

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Thamiza Laureany da Rosa dos Reis

**AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E
NASCIMENTO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS**

Santa Maria, RS
2017

Thamiza Laureany da Rosa dos Reis

**AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: UM
ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

da Rosa dos Reis, Thamiza Laureany
Autonomia feminina no processo de parto e nascimento:
Um estudo fenomenológico na perspectiva de profissionais
/ Thamiza Laureany da Rosa dos Reis.- 2017.
110 p.; 30 cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Saúde da Mulher 2. Parto 3. Autonomia Pessoal 4.
Enfermagem 5. Enfermagem Obstétrica I. de Mello Padoin,
Stela Maris II. Título.

Thamiza Laureany da Rosa dos Reis

AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 20 de fevereiro de 2017:

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Valdecyr Herdy Alves, Dr. (UFF)

Ivis Emilia de Oliveira Souza, Dra. (UFRJ)

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

*Inicialmente, agradeço a **Deus** por todas as oportunidades que me foram concedidas e pela força que me proporcionou ter chegado até o final desta etapa.*

*À minha amada família, em especial à minha mãe, **Suzete**, meu pai, **Jorge**, e minha irmã, **Suzeany**, pela fonte de carinho e apoio inesgotáveis durante toda minha vida. Obrigada pelo incentivo na busca de conhecimento e por não terem medido esforços para mais esta conquista!*

*Ao meu noivo, **Romulo**, pelo amor e companheirismo nesses anos, e por compreender que a distância era necessária para que o nosso sonho se tornasse realidade. Obrigada por me motivar nos momentos difíceis e estar ao meu lado nas conquistas.*

*A todos os meus amigos e às ex-colegas de residência por dividirem comigo os momentos de dificuldade durante esse processo de formação. Em especial minha colega e amiga **Jacqueline Quadros** por nossa convivência quase diária nestes últimos quatro anos, compartilhando angústias e alegrias. Valeu a parceria!*

*À minha orientadora, professora **Stela Maris de Mello Padoin**. Obrigada pela oportunidade de convívio e aprendizado pessoal e profissional, pelo carinho, por toda sabedoria compartilhada e a capacidade de tornar mais leve os momentos de dificuldades nesta trajetória.*

*Agradeço aos membros da banca de defesa, professora **Ivis Emilia de Oliveira Souza**, professor **Valdecyr Herdy Alves** e professora **Marlene Gomes Terra** por fazerem parte deste momento contribuindo para o enriquecimento deste trabalho.*

*À professora **Cristiane Cardoso de Paula** pela acolhida sempre carinhosa e por estar aberta aos meus questionamentos desde os primeiros passos na pesquisa.*

*A todos os meus colegas do **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS)**. Obrigada por compartilharem comigo conhecimento, tardes com chimarrão e risadas e, principalmente, amizade.*

*À **Universidade Federal de Santa Maria** por proporcionar a construção do conhecimento e aprimoramento de minha formação profissional e, principalmente, aos colegas de mestrado e professores do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pela convivência agradável e pelas oportunidades de discussão teórica e troca de experiências.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** e a **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul** pela concessão da bolsa de mestrado.*

*Agradeço imensamente aos **profissionais de saúde do Centro Obstétrico do HUSM** que disponibilizaram uma parcela do seu tempo para contribuir nesta pesquisa.*

E, finalmente, a todas as pessoas que, de alguma forma, se fizeram presente nessa trajetória, meu profundo agradecimento.

Fazer isso, devolver o parto às mulheres, não é uma ambição pequena. Pois, no cômputo final, a história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa das mães no seu papel central no processo de nascimento.

(Michel Odent)

RESUMO

AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS

AUTORA: Enf. Mda. Thamiza L. da Rosa dos Reis
ORIENTADORA: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

O parto como um evento fisiológico da vida sexual e reprodutiva da mulher, deve ser acompanhado e assistido de maneira que a mesma o vivencie de forma ativa, exercendo o papel de protagonista do processo. Neste contexto, percebe-se a necessidade de aprofundamento das investigações acerca da autonomia da mulher no cenário do parto, sobretudo na perspectiva dos atores sociais envolvidos. Assim, a partir das reflexões sobre o tema, compõe-se a questão fenomenológica: Como se dá, para os profissionais de saúde que participam da atenção obstétrica, o exercício da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento? Tomam-se como objetivos: descrever as ações promotoras do exercício da autonomia realizada pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento; apreender os motivos para as ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento; apreender os motivos porque as ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento; apreender o típico da ação dos profissionais que assistem mulheres em processo de parturição. Trata-se de uma investigação qualitativa, fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz. O cenário do estudo foi o Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria e os participantes foram 17 profissionais de saúde atuantes na assistência ao parto e nascimento. A produção dos dados ocorreu no período de março a maio de 2016, por meio da entrevista fenomenológica, encerrada quando houve a suficiência de significados. Foi desenvolvida a interpretação compreensiva e a análise fenomenológica do típico da ação dos profissionais que assistem mulheres em processo de parto e nascimento. Desvelaram-se as categorias concretas do vivido dos motivos para e dos motivos porque. Em relação aos motivos para emergiram as categorias: “o melhor para todos envolvidos no processo de parto e nascimento” e “reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência obstétrica” e aos motivos porque: “história de vida e condição de ser humano” e “experiência profissional e acesso a evidências científicas”. Na perspectiva social, desvelou-se que as ações realizadas pelos profissionais na assistência ao processo parturitivo são orientadas a partir de diversas situações do mundo da vida, sendo influenciadas pelo grupo social no qual estão inseridos, por suas próprias vivências e acervo de conhecimentos advindos da formação profissional. Ancorados em sua posição moral e ideológica, por vezes, os profissionais apresentaram uma concepção desfigurada do princípio da autonomia feminina frente ao processo de parturição. Com tais subsídios pretende-se fomentar o fortalecimento de um olhar atento e uma postura compreensiva à vivência autônoma da parturição a partir da possibilidade de os profissionais de saúde repensarem suas práticas e paradigmas.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Parto. Autonomia Pessoal. Enfermagem. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

WOMEN'S AUTONOMY IN LABOR AND DELIVERY PROCESS: A PHENOMENOLOGICAL STUDY FROM PROFESSIONAL'S PERSPECTIVE

AUTHOR: THAMIZA L. DA ROSA DOS REIS
ADVISER: STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Childbirth as a physiological event of women's sexual and reproductive life must be accompanied and assisted in a way that the woman experiences it actively, acting as protagonist during process. The need to deepen researches on women's autonomy in physiological delivery scenario; it is perceived that need especially from the involved social actors' perspective. Thus, reflecting about the theme, the guiding research question is: How do professionals who participate in obstetric care provide to women the exercise of their autonomy during labor and delivery? The objectives are: To describe the actions taken for professionals that promote women's exercise of autonomy; To apprehend the "reasons why" for the actions carried out by health professionals involved in assisting women during labor and delivery; To apprehend the characteristics of actions of professionals who assist women during labor. Qualitative investigation based on the social phenomenology of Alfred Schütz. The study setting was the University Hospital of Santa Maria's Obstetric Center and the participants were 17 health professionals working in the care for obstetric labor and delivery. Data collection occurred from March to May of 2016 using the phenomenological interview; the collection was closed when there was sufficiency of meanings. The characteristics of actions developed for professionals who assisted women during labor and delivery were analyzed through comprehensive interpretation and phenomenological analysis. Were disclosed the concrete categories of lived experiences for the reasons "for" and "why". Regarding the "reasons for" emerged the categories: "the best for everyone involved in labor and delivery" and "recognition and expectation of changes in obstetric care". For the "reasons why" emerged: "history of life and the condition of being human" and "professional experience and access to scientific evidence". From the social perspective it was revealed that the actions carried out by professionals assisting during labor are oriented from different situations in lifeworld being influenced by the social group in which they are inserted; by their own experiences and the knowledge derived from the professional qualification. Anchored in their moral and ideological position, professionals sometimes presented a disfigured conception of women's autonomy in relation to the process of parturition. Based on these results, it is intended to foment the strengthening of an attentive look and a comprehensive attitude towards the autonomous experience of parturition based on the possibility of professionals to rethink their practices and paradigms.

Keywords: Women's Health. Parturition. Personal Autonomy. Nursing. Obstetric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Fluxograma da seleção independente dos pares dos estudos corpus da pesquisa de revisão integrativa da literatura. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996 – 2015.33
- Figura 2 - Gráfico da distribuição quadrienal da frequência de publicação da produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996-2015.....35
- Figura 3 - Evidências das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996-2015.....36

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro da entrevista fenomenológica.....	103
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
Apêndice C - Termo de Confidencialidade.....	106

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	107
---	-----

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	13
1.2 OBJETO, QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVO DO ESTUDO	17
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA ATENÇÃO OBSTÉTRICA	18
2.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO	18
2.2 DIMENSÃO EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL DA MORTALIDADE MATERNA	23
2.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E A AUTONOMIA FEMININA	25
2.4 PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO, 1996 - 2015.....	27
2.4.1 Artigo: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ	46
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	49
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
4.4 APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO AO CENÁRIO DO ESTUDO	51
4.5 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA	52
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	55
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	56
5 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA	58
5.1 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
5.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS AO ASSISTIREM MULHERES EM PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.....	62
5.3 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	63
5.3.1 Categorias concretas do vivido dos motivos para	63
5.3.1.1 <i>O melhor para todos envolvidos no processo de parto e nascimento</i>	63
5.3.1.2 <i>Reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência obstétrica</i>	67
5.3.2 Categorias concretas do vivido dos motivos porque	70
5.3.2.1 <i>História de vida e condição de ser humano.</i>	70
5.3.2.2 <i>Experiência profissional e acesso a evidências científicas.</i>	73
5.4 TÍPICO DA AÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM MULHERES EM PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO	77
6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	79
6.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA	80
6.2 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PORQUE.....	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA	103
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	106
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	107

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Para muitas mulheres, o nascimento de um filho é um dos aspectos mais significativos e intensos da existência humana, estando geralmente associado a um momento de renovação da vida, que envolve o parceiro, a família e a comunidade. Marcado por expectativas, medos, anseios e inseguranças, o parto deve ser acompanhado e assistido de maneira que as mulheres o vivenciem de forma ativa, exercendo seu papel de protagonistas e tendo respeitados seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014, DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017).

No entanto, a atenção obstétrica tem passado por paradigmas ao longo da história, principalmente no que se refere à conduta dos profissionais que a realizam, à concepção da sociedade em torno do parto e às suas formas de resolução. Este processo é permeado pela institucionalização e medicalização, que impõem rotinas e padronizações ao ato de parir, desconsiderando a singularidade de cada mulher. Inegavelmente alcançaram-se avanços à saúde materna e fetal, porém, como consequência, as mulheres foram expropriadas da autonomia sobre o próprio corpo (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017, SANFELICE; SHIMO, 2016).

Preservar a autonomia das mulheres na cena do parto implica em uma assistência centrada nas necessidades femininas e baseada em evidências científicas, no acesso às informações de qualidade e participação ativa no processo de parturição. Para isso, há a necessidade de uma prévia tomada de consciência por parte das mulheres acerca das práticas assistenciais que serão utilizadas e do encorajamento por parte da equipe de saúde para que as mesmas atuem como sujeitos do processo. Utilizadas em conjunto, estes fatores promovem o protagonismo das mulheres, que passam a reconhecer o parto além de um processo natural e fisiológico, como um parto consciente e participado (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Apesar disso, o modelo obstétrico tem sido caracterizado pela prática abusiva da cesariana, bem como pela falta de privacidade e de respeito à autonomia sobre o processo de parturição. Tanto no sistema público de saúde como no privado, aponta-se a relação entre este modelo hegemônico e o aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Tais indicadores tem sido uma preocupação constante à saúde pública mundial nas últimas décadas. Evidência deste fato é a presença explícita destes temas na Declaração do Milênio que, firmada no ano

2000 por 189 nações na Conferência do Milênio das Nações Unidas, tenta dar uma resposta aos problemas mundiais como: a extrema pobreza, a doença e outros males da sociedade. Para tanto, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre eles: melhorar a saúde das gestantes, reduzindo a mortalidade materna (UNITED NATIONS, 2015, BRASIL, 2014a).

Sensível a este contexto, o Ministério da Saúde vem tentando se alinhar às propostas e recomendações internacionais por meio de Políticas de Atenção Integral à Saúde, que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos da mulher e da criança. Na trajetória evolutiva destas políticas públicas destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, que tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Esse programa indica a humanização da atenção obstétrica e neonatal como elemento primordial para o adequado acompanhamento de todo processo parturitivo e de nascimento, além de preconizar a mudança ética na atitude dos profissionais de saúde e na organização institucional (BRASIL, 2000).

Ainda se tratando de programas ministeriais, destaca-se a Rede Cegonha, que reforça a proposta do PHPN constituindo uma linha de cuidados que visa garantir o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis a criança, assim como ações de estímulo a mudanças de comportamento dos profissionais de saúde por meio de educação permanente e também a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde segundo estratos de risco (BRASIL, 2011a). Outra ação relevante, deste programa é a busca pela ruptura da concepção de que as mulheres devem sujeitar seus corpos a saberes biomédicos, respeitando sempre o princípio da autonomia feminina, com foco, portanto, na abordagem humanizada, interdisciplinar e direcionada à família (RATTNER, 2014; VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

Contudo, no cotidiano assistencial, percebe-se a persistência do modelo obtétrico tradicional, em que as mulheres são expostas a práticas cujo uso não considera as evidências científicas e que, muitas vezes, são desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil, além de desapropriá-las do controle sobre o próprio corpo (FUJITA; SHIMO, 2014). De tal modo, percebe-se a necessidade de aprofundamento das investigações acerca do exercício da autonomia da mulher na cena do parto, sobretudo na perspectiva dos profissionais de saúde que as assistem, com o intuito de desvelar conceitos fundamentais no direcionamento da

valoração da assistência obstétrica e tendo como eixo norteador as relações sociais estabelecidas no mundo da cotidiana.

Destaca-se que o tema seja atual e de maior importância num país em que as desigualdades na assistência à saúde são tão marcadas. As questões políticas que envolvem a atenção ao parto e nascimento no Brasil estão em processo de transição, assim, considera-se imprescindível ampliar a discussão para além dos aspectos clínicos, focando no reconhecimento dos direitos humanos e no estabelecimento de uma atitude feminina emancipatória no cenário da parturição¹. Além disso, ressalta-se que durante a incursão pela literatura da área, encontrou-se um número reduzido de estudos com os atores sociais da assistência multiprofissional, permanecendo obscuros os significados e intencionalidades das ações sociais realizadas na atenção ao parto, eixo central deste estudo. Aponta-se, ainda, que a temática delineada configura-se como Prioridade de Pesquisa em Saúde, a qual aponta para questões inerentes à vulnerabilidade das mulheres e a morbimortalidade associada à utilização de tecnologias no parto (BRASIL, 2015).

O interesse pela temática da assistência ao processo de parto e nascimento e suas implicações e repercussões à saúde materno-infantil vem sendo construído desde a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria/RS (UFSM). Entretanto, tais inquietações intensificaram-se a partir da vivência enquanto enfermeira da primeira turma do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria/RS (UNIFRA). Neste, pude presenciar diariamente os entraves à implementação desta modalidade de especialização e os desafios da inserção profissional e social da enfermeira obstetra na realidade do Sul do Brasil.

No convívio com as próprias mulheres, compreendi que apesar de muitas vezes elas desconhecem seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos, ao adentrar na instituição hospitalar, anseiam por apoio e desejam ser encorajadas neste momento tão especial que é o nascimento do seu filho. A observação das relações assimétricas de poder estabelecidas entre os atores sociais que participam da atenção obstétrica gerou questionamentos sobre como se dá, por parte dos profissionais, o reconhecimento da autonomia feminina e quais ações realizam para promovê-la? Isto contribuiu significativamente para instigar inquietações acerca dessa temática, bem como da ação profissional frente ao fenômeno singular do parto.

¹ REIS, T. L. R.; PADOIN, S. M. M.; TOEBE, T. F. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J.S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre; 38(1): 646-77, 2017.

Este artigo é produto da disciplina EFM850: Prática baseada em evidência e sua aplicabilidade na enfermagem, foi aceito para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

Neste sentido, a fenomenologia caracterizou-se como alternativa de investigação, uma vez que permitiu um olhar efetivo sobre as ações realizadas na assistência ao parto, reconhecendo a essência das relações e dos indivíduos envolvidos nesse processo. Enfatiza-se que o campo de pensamento de Alfred Schütz é marcado pela busca da compreensão da vida social e do conjunto de ações sociais no qual as relações mútuas são estabelecidas de maneira conscienciosa. Este sociólogo estudioso da intencionalidade da ação analisou fatores fundamentais determinantes do comportamento do indivíduo no mundo da vida, de modo que sua ação neste mundo da vida é vista como um processo fundamentado em funções de motivação, razões e objetivos, guiados por antecipações na forma de planejamento e projeções (SCHUTZ, 2012).

Também interferiam no direcionamento deste estudo o estímulo à reflexão crítica e o aprofundamento teórico exigido ao longo do curso de mestrado, assim como a participação em atividades assistenciais, de ensino e extensão que me aproximaram à saúde materno-infantil. Buscar um conhecimento acerca da atenção obstétrica implicou na percepção de uma faceta da realidade social dos profissionais diferente dos pressupostos decorrentes de minha bagagem de conhecimento e situação biográfica² despertando-me para a necessidade de ampliar a compreensão do tema e de produzir conhecimento especialmente à área multiprofissional. Aliado a isso, as inquietações acerca da temática vinham sendo discutidas no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS), na linha de pesquisa *Políticas e práticas de cuidado na saúde da mulher: vivências em aleitamento materno e violência*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM).

Apona-se que a necessidade de apreender as ações sociais, desvelando o vivido pelos profissionais e indo ao encontro do fenômeno como percebido em sua consciência², assim como o desafio de desvelar os significados do vivido da equipe multiprofissional, articulada em diferentes bagagens de conhecimentos e situações biográficas, revelam a importância deste estudo. Acredita-se que a busca por aprofundamentos teóricos e conceituais sobre a temática contribuirá para uma reflexão ampliada no que tange as relações entre profissionais e as usuárias atendidas e a aspectos fundamentais ao resgate do protagonismo das mulheres e práticas do contexto vigente da assistência obstétrica. Assim, tem-se a pretensão de, nesta pesquisa, propor como suporte teórico metodológico a Fenomenologia Social de Alfred Schütz como um novo olhar para o problema em tela.

² Estes termos referem-se a elementos conceituais da fenomenologia social de Alfred Schütz e serão explanados ao longo deste trabalho.

1.2 OBJETO, QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVO DO ESTUDO

Frente ao exposto, formula-se como **objeto de estudo**: a ação promotora do exercício da autonomia realizada pelo profissional de saúde no processo de parturição. A partir das reflexões sobre o tema compõe-se a **questão orientadora** deste estudo: Como os profissionais de saúde que participam da atenção obstétrica agem para promover o exercício da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento?

Para tanto, objetiva-se:

- 1) descrever as ações promotoras do exercício da autonomia realizada pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento;
- 2) apreender o motivos para das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento.
- 3) apreender o motivos porque das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento.
- 4) apreender o típico da ação dos profissionais que assistem mulheres em processo de parturição.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Este capítulo versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, os quais dizem respeito à bagagem de conhecimento da autora (SCHÜTZ, 2012). Assim, neste tópico realiza-se uma pré-reflexão sobre a temática, sendo elaborados os seguintes eixos: Contexto histórico e político da assistência obstétrica; Dimensão epidemiológica e social da mortalidade materna; Humanização da assistência e resgate da autonomia feminina e Práticas de assistência à saúde materna.

2.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

Durante o último século, a assistência obstétrica sofreu graduais e significativas mudanças. Historicamente, o processo de parturição era descrito pela igreja católica como um designo divino, pena pelo pecado original, sendo ilegalizado qualquer auxílio que aliviasse os riscos e dores do parto. Nesse contexto, a assistência médica passa a reivindicar seu papel de salvadora das mulheres, oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, resolvendo o problema da dor na parturição. Ou seja, a obstetrícia cirúrgica, prática essencialmente masculina na época, se sobrepõe ao ofício feminino de partejar (DINIZ, 2005, CAUS et al., 2012).

Na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto estava instalado, expandindo-se como padrão da assistência nas áreas urbanas (CAUS et al., 2012). Durante várias décadas, utilizou-se em parturientes de classe média e alta do continente Europeu e Norte Americano, em especial nos Estados Unidos, o parto sob sedação total. O processo envolvia o uso de morfina e do amnésico escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o feto retirado com fórceps (DINIZ 2005).

Este modelo foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Entretanto, as mulheres passaram a viver seus partos conscientes, mas imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, tendo o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas e separadas de seus parentes, sendo submetida a uma “cascata de procedimentos” (DINIZ, 2005, p. 629). No Brasil, incluíram-se ainda procedimentos rotineiros como a abertura

cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Modelo esse, aplicado ainda hoje à maioria das pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEAL et. al, 2014).

Todavia, esse tipo de assistência passou a gerar diversas críticas, e o movimento internacional em busca de um novo modelo de assistência ao parto passou a ganhar força. A partir da década de 1980, passou-se a criticar fortemente o modelo obstétrico vigente. Questionava-se, principalmente, a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso rotineiro de intervenções desnecessárias (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Enfatiza-se que o feminismo, em suas diferentes versões, teve um papel central neste movimento, desde a busca pela Reforma no Parto, na década de 1950, até a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres nas décadas de 1960 e 1970. Destacam-se alguns movimentos como: o Movimento pelo parto sem dor na Europa, os ativistas do Método *Dick- Read* e o Parto sem medo, posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência). Outra vertente é a do parto natural do movimento hippie, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como *The Farm* nos EUA (RATTNER, 2009).

Já em 1979, ano internacional da criança, a crítica ao modelo de assistência obstétrica denominada tecnocrática acelerou-se com a criação do Comitê Europeu, o qual tinha por objetivo estudar intervenções capazes de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Assim, a partir da década de 1980, inicia-se uma colaboração internacional apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde vários grupos se organizaram para sistematizar estudos de eficácia e segurança na assistência ao parto e nascimento. Foi desenvolvida a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências (DINIZ, 2005, CAUS et al., 2012).

No contexto nacional, as questões ligadas à saúde das mulheres ganharam espaço na agenda de políticas públicas. Em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, que, posteriormente daria origem ao Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era a ampliação e qualificação das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011b). Considera-se ainda como um marco político deste período, e um avanço para o reconhecimento dos direitos reprodutivos, o lançamento em 1983, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa de Assistência Integral da Saúde Mulher (PAISM), o qual pretendia oferecer às mulheres um conjunto de ações com amplo acesso e esperava obter forte impacto na mortalidade e

morbidade materna do país (BRASIL, 1984).

No início da década de 1990, a informação circulante na sociedade decorrente da atuação de ativistas pela humanização deixava claro que o modelo de atenção ao parto e nascimento era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher (RATTNER, 2014). Nesse cenário de grandes transformações no campo da saúde e da saúde da mulher, as enfermeiras obstetras brasileiras se organizaram politicamente e criaram a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO-Nacional), no ano de 1992. As duas primeiras seccionais a serem criadas foram a de São Paulo em 1993 e a do Rio de Janeiro em 1994. Nos dias atuais, a ABENFO-Nacional possui seccionais nos 26 estados brasileiros e vem participando ativamente junto aos órgãos federais no sentido de fortalecer a formação e a prática da enfermeira obstetra e da obstetrix, com o objetivo de transformar o modelo medicalizado no campo obstétrico (MOUTA; PROGIANTI, 2017).

Outra estratégia delineada nesta época foi à constituição dos Comitês Estaduais de Morte Materna. Estes comitês são de natureza interinstitucional e multiprofissional e se propõem a analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua prevenção (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). No entanto, somente em 1994 foi criada a Comissão Nacional de Morte Materna, composta por representantes de organizações governamentais, sociedade científica, movimentos de mulheres e técnicos da área, tendo como atribuição elaborar o diagnóstico da mortalidade materna no país e propor diretrizes para sua diminuição (BRASIL, 2007a). Em 1996, reforçando o movimento em busca da dignificação da assistência ao parto, ocorreu a publicação das Recomendações da Organização Mundial de Saúde, a qual consiste em uma síntese de uma revisão sistemática com mais de 40.000 estudos sobre práticas perinatais. No Brasil esta publicação ocorreu somente no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, sob o título “Assistência ao Parto Normal - Um Guia Prático” (OMS, 2000).

Em 1994 surge no Rio de Janeiro uma primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o nome de Leila Diniz (RATTNER, 2009). Todavia, a denominação Humanização somente foi adotada oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Seu objetivo era ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e melhorar sua qualidade (BRASIL, 2000a).

Paralelamente, foram criados os Centros de Parto Normal no SUS (BRASIL, 1999) e possibilitou-se a remuneração da enfermeira obstetra no atendimento ao parto eutócico, ou

seja, àquele parto normal efetuado sem intervenção instrumental com ou sem episiotomia (BRASIL, 1998) e, a partir de 2002, foram financiados cursos de especialização em enfermagem obstétrica. No mesmo período o valor da remuneração do parto vaginal aumentou em 160%, instituiu-se pagamento de analgesia de parto e foi instituído o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea (BRASIL, 2000b). Também foram publicadas e distribuídas normas técnicas sobre: pré-natal normal e de alto risco, parto normal, urgências e emergências obstétricas, a tradução das recomendações da OMS, a Cartilha dos Direitos da Gestante e o Livro da Parteira (RATTNER, 2014).

Como uma iniciativa para o enfrentamento da mortalidade materna, em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os diferentes níveis de governo e representações da sociedade civil (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Entre seus princípios norteadores estão: a mobilização política para investimentos na melhoria e humanização da atenção obstétrica e neonatal, o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças e a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais (BRASIL, 2004).

O movimento global pela humanização do parto refletiu em iniciativas como a Conferência Internacional pela Humanização do Parto, realizada em 2000 em Fortaleza e sua segunda edição em 2005, no Rio de Janeiro (RATTNER, 2014). Em 2008, ocorreu ainda a I Conferência Nacional e I Conferência Internacional sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio no âmbito da Saúde, sendo um deles, “Melhorar a saúde materna”, com duas metas a serem atingidas: a redução da mortalidade materna em 75% do nível observado em 1990 e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2014).

Cabe, ainda, mencionar a publicação de outras legislações, que buscaram garantir a humanização e qualificação do cuidado obstétrico e neonatal. Ressalta-se: a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito de ter um acompanhante durante sua internação (BRASIL, 2005a), o lançamento da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005b), a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que estabelece a vinculação do pré-natal ao local de parto, afirmando como direito da gestante conhecer a maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS (BRASIL, 2007b). E a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, incluindo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços dessa área.

Outra importante iniciativa do MS foi a Rede Cegonha, instituída pela Portaria número 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual compreende princípios e diretrizes que norteiam o

atendimento às mulheres, homens, adolescentes, jovens e crianças garantindo-lhes atendimento integral e humanizado desde o planejamento familiar, respeitando os direitos de cada um (BRASIL, 2011). Como estratégia associada e com a finalidade de capacitar enfermeiros obstetras, o Governo Federal, por meio dos Ministérios da Saúde e Educação, lançou em 2012 o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica.

Ressalta-se ainda a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, a qual estabelece diretrizes para implantação e habilitação do Centro de Parto Normal, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento. Em consonância com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, essa dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento e custeio. Também a Resolução Normativa nº 368, lançada em julho de 2015 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que determina que as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico e também serão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, assim como o preenchimento do partograma (BRASIL, 2015).

Entre as estratégias brasileiras atuais, está a aprovação, no ano de 2017, das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Essas são produto do esforço conjunto entre diversas áreas do MS e outras instituições, sociedades e associações de profissionais e das mulheres, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil. Fundamentadas em evidências científicas, as diretrizes objetivam promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal, bem como reduzir intervenções desnecessárias e seus agravos. Dentre os consensos apresentados, destaca-se a normatização dos critérios éticos para a realização de cesarianas eletivas, estabelecendo que sejam realizadas a partir da 39ª semana de gestação, de modo a minimizar os riscos para o feto (BRASIL, 2017).

Ainda assim, na assistência obstétrica atual, alguns procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes, como o uso excessivo da episiotomia e de ocitócitos, continuam sendo utilizados como rotina nos serviços do Sistema Único de Saúde (LEAL et al., 2014). Essa forma de assistência, pautada no sofrimento físico e emocional desnecessário, ocasionou o atual paradoxo mundial: o uso tecnologias cada vez mais avançadas no processo de parto e nascimento é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

2.2 DIMENSÃO EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna, por ser um desfecho evitável em aproximadamente 92% dos casos, é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2009). Além de ser um importante indicador da assistência à saúde da mulher, das condições socioeconômicas do país e políticas públicas que promovem as ações de saúde coletiva e da qualidade de vida de sua população (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

Conforme descrito no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2007a, p. 12),

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Em âmbito mundial existe uma grande disparidade entre as Razões de Mortalidade Materna (RMM) em países desenvolvidos e àqueles em desenvolvimento. Em vista dos óbitos serem evitáveis, a OMS preconiza como meta a RMM de até 20 óbitos em 100 mil nascidos vivos (WHO, 2010). Ressalta-se que a RMM no Brasil permanece acima do preconizado, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2009).

As elevadas taxas de mortes maternas denota a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento reprodutivo prestado às mulheres brasileiras (BRASIL, 2014). O estudo de Carreno, Bonilha e Costa (2012) evidencia que o período de ocorrência da maioria dos óbitos é durante o parto e no pós-parto imediato, apontando que estes momentos críticos devem ser adequadamente assistidos pela equipe de saúde. Apontando dessa forma que as complicações maternas que levam ao óbito são quase sempre devidas à inadequada e/ou tardia assistência de saúde.

O modelo tecnocrático hegemônico acaba por desapropriar a mulher das decisões sobre o seu próprio corpo, fortalecendo a cultura da submissão feminina diante do profissional de saúde, e por vezes, causando sofrimentos físicos e emocionais desnecessários. O uso excessivo de tecnologia no parto levou ao atual paradoxo da saúde enfrentado por muitos países, impedindo a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Tem-se apontado através de evidências científicas, a relação entre aumento da morbimortalidade materna e perinatal e o modelo intervencionista hegemônico presente, tanto no sistema

público como no privado de saúde. Tal fato é exemplificado pela expressiva taxa de partos cesarianos no mundo, ultrapassando significativamente os 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

O Brasil é mundialmente reconhecido como um dos países com as mais altas taxas de cesariana. Entre 2000 e 2011, esses índices foram correspondentes a 41% e 54%, respectivamente, mesmo com o Pacto para a Redução das Taxas de Cesarianas para 25%, firmado entre as administrações estaduais e o MS, no ano de 2000. A realização indiscriminada de cesarianas envolve riscos desnecessários tanto para a mulher quanto para a criança. Mulheres submetidas a cesáreas correm 3,5 vezes mais risco de morte (BRASIL, 2014a).

De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2013), divulgado pela ONU, de 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Esta redução se deve, em grande medida, à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas resultantes de complicações surgidas durante o ciclo gravídico puerperal; decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, percebe-se que a evitabilidade das mortes maternas é viável em nosso país, porém demanda esforços governamentais de incentivo as ações e estratégias voltadas à redução da morte materna. Destaca-se, também, a necessidade do uso de tecnologias por meio da disseminação de informações às gestantes durante o pré-natal. Desta forma, deve-se incentivar o parto normal sem intervenções desnecessárias, promover a redução da dor do parto, reservar as cesarianas para os casos de risco à saúde materna e fetal. (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

Para tanto, são imprescindíveis ações amplas e articuladas que visem uma mudança do atual modelo assistencial na atenção obstétrica. Para prevenção das mortes maternas são necessárias medidas para qualificação dos profissionais que prestam assistência às gestantes, parturientes e puérperas à garantia de um parto seguro, além da organização de um sistema de referência para atendimento eficiente às emergências obstétricas e a redução das desigualdades na assistência, facilitando o acesso aos serviços de saúde (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012, SOARES et al, 2012,).

2.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E A AUTONOMIA FEMININA

Ao longo da história, a assistência ao parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva. Desde a época em que os partos eram assistidos por parteiras em ambiente domiciliar até os dias atuais, em que os partos são predominantemente hospitalares, cirúrgicos e realizados pelos médicos, muitas práticas se modificaram (MALHEIROS et al, 2012). Inegavelmente alcançaram-se avanços, contudo, como consequência dessa terceirização do parto, têm-se o excesso de intervenções que acaba por destituir a mulher da autonomia sobre o próprio corpo (SANFELICE; SHIMO, 2016).

No campo da bioética Beauchamp e Childress (1994) admitem que a autonomia tenha diferentes significados, tão diversos como autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa. Histórica e filosoficamente, o conceito de autonomia adquire especificidades no contexto de cada teoria da bioética, entretanto, todas concordam que duas condições são essenciais à autonomia: a liberdade e a ação.

No campo da saúde a autonomia é um conceito central para a promoção da saúde. Autonomia (auto = próprio, nomos = norma, regra, lei) conduz o pensamento à ideia de liberdade, de livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida (FLEURY-TEIXEIRA, P. et al, 2008).

Na cena do parto e nascimento, o livre exercício da autonomia permite que as mulheres tomem decisões referentes aos seus corpos, a assistência que lhes é prestada e as intervenções que afetam as suas vidas e as de seus filhos (GUEDES; FONSECA, 2011). Nessa perspectiva, a humanização do parto é um movimento das últimas décadas que vem buscando garantir este princípio à assistência às mulheres, além de afirmar a dignidade humana na cena do parto e nascimento (CARVALHO, et al, 2012).

A visão humanista procura articular diversas áreas de conhecimento necessárias no cuidado integral à mulher, assim como o compartilhamento de saberes e o reconhecimento dos direitos. De tal modo, a assistência ao parto necessita resgatar a subjetividade, assegurar direitos inalienáveis e construir relações humanas democráticas, superando as assimetrias de poder que ainda permeiam nossa sociedade, em particular na assistência à saúde da mulher (PEREIRA; BENTO, 2011).

Diante do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde das mulheres, as políticas de saúde também têm sido ampliadas sob a perspectiva do cuidado integral. Nas

últimas décadas, o Ministério da Saúde propôs programas e políticas que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres e crianças. Destaca-se, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, que tem como principal estratégia, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (CARVALHO, et al, 2012). Preconiza a assistência obstétrica baseada em evidências científicas, com intervenção sobre a fisiologia somente quando essa se prove mais segura e/ou efetiva que a não intervenção. Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporada como diretrizes institucionais (BRASIL, 2002).

Para tanto, os profissionais de saúde são de suma importância. Porém, a formação dos médicos obstetras tem se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar estes profissionais habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas. Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizada e voltada para o respeito à fisiologia do parto. No entanto, estes profissionais ainda encontram-se pouco atuantes na prática assistencial, tanto pela resistência do modelo biomédico à sua inserção, quanto pelo pequeno quantitativo de profissionais frente a grande demanda (MALHEIROS et al, 2012).

Nesta perspectiva, evidencia-se que a prestação de uma atenção obstétrica e neonatal humanizada não depende apenas de medidas governamentais que assegurem legalmente os direitos das gestantes, mas perpassa também o comprometimento dos profissionais responsáveis pelo cuidado das mulheres neste momento tão singular de sua vida. Para garantir o sucesso da humanização do parto, faz-se necessária a qualificação, a conscientização e o engajamento dos profissionais de saúde, reconhecendo a mulher como um ser único, respeitando seus direitos e desejos, possibilitando assim o exercício de sua autonomia no cenário do parto e nascimento (BRASIL, 2014b).

2.4 PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO, 1996 - 2015

Nesta seção será apresentado o artigo científico intitulado “Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura” (REIS et al., 2017), que tem por objetivo: identificar as evidências disponíveis na produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. Este é produto da disciplina EFM850: Prática baseada em evidência e sua aplicabilidade na enfermagem e foi publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem (Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/64677>>). Destaca-se ainda, que os elementos textuais do mesmo foram redigidos na sua totalidade e em conformidade às normas específicas do periódico, o que vai ao encontro do proposto pelo Manual de Dissertações e Teses (2015) da UFSM.

2.4.1 Artigo: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura

AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências disponíveis na produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. **Método:** A busca dos artigos foi desenvolvida nas bases de dados LILACS, SCOPUS e PubMed, no período entre 1996 e 2015, tendo como eixo orientador a questão norteadora e os critérios de exclusão, sendo selecionados 22 artigos como *corpus* de análise. **Resultados:** Foram evidenciadas como práticas que favorecem o exercício da autonomia feminina: práticas assistenciais extra-hospitalares; práticas assistenciais de o apoio e conforto; e práticas assistenciais educativas. Em contra partida revelaram-se como práticas limitantes ao exercício da autonomia: práticas assistenciais autoritárias; práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e prática assistencial impessoal e fria. **Conclusão:** Revelou-se uma situação de alerta relativa ao grande descompasso existente entre o cotidiano assistencial e as recomendações ministeriais.

Palavras chave: Saúde da Mulher. Obstetrícia. Parto. Autonomia Pessoal. Preferência do Paciente. Tomada de Decisões.

ABSTRACT

Objective: To identify the available evidence in the scientific literature about health care practices that interferes with the exercise of autonomy of Brazilian women in the labor and delivery process. **Method:** The search for articles was developed in the databases LILACS, Scopus and PubMed, in the period between 1996 and 2015, with the guiding principle the

guiding question and exclusion criteria, and selected 22 articles as an analytical corpus.

Results: *We highlighted as practices that favor the exercise of women's autonomy: outpatient care practices; care practices to support and comfort; educational and care practices. By contrast they have proved as limiting the practical exercise of autonomy: authoritarian care practices; standardized care practices or routine; care practices that enhance the painful childbirth feeling; and impersonal and cold care practice. Conclusion:* *It was revealed an alert condition on the large mismatch between their everyday life and ministerial recommendations.*

Keywords: *Women's Health. Obstetrics. Parturition. Personal Autonomy. Patient Preference. Decision Making.*

**TITLE: EMPOWER WOMEN IN THE PROCESS OF LABOR AND BIRTH:
INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

RESUMEN

Objetivo: *Identificar la evidencia disponible en la literatura científica acerca de las prácticas de atención de salud que interfieren con el ejercicio de la autonomía de las mujeres brasileñas en el proceso de parto y el parto. Método:* *La búsqueda de artículos se desarrolló en las bases de datos LILACS, SCOPUS y en PubMed, en el período comprendido entre 1996 y 2015, con el principio rector de los rectores criterios de interrogación y exclusión, y seleccionó 22 artículos como un corpus de análisis. Resultados:* *Hemos puesto de relieve como las prácticas que favorecen el ejercicio de la autonomía de la mujer: las prácticas de atención ambulatorial; cuidado prácticas de apoyo y consuelo; prácticas educativas y atención. Por el contrario se han demostrado como una limitación del ejercicio práctico de la autonomía: las prácticas de atención autoritarias; prácticas de cuidados estandarizados o de rutina; cuidado prácticas que mejoran la sensación dolorosa del parto; y la práctica de la*

atención impersonal y frío. Conclusión: Se puso de manifiesto una situación de alerta en el gran desajuste entre su vida cotidiana y recomendaciones ministeriales.

Palabras clave: Salud de la Mujer. Obstetricia. Parto. Autonomía Personal. Prioridad del Paciente. Toma de Decisiones.

TÍTULO: AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL PROCESO DE TRABAJO Y NACIMIENTO: REVISIÓN INTEGRADORA

INTRODUÇÃO

A experiência do nascimento de um filho está associada à renovação da vida, representando, para muitos, um dos momentos mais intensos e significativos da existência humana⁽¹⁾. Devido às suas especificidades, relacionadas a aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos, o parto deve ter a assistência centrada nas necessidades das mulheres, considerando seus direitos e a sua participação ativa no processo de parturição^(2,3).

No entanto, paulatinamente esses direitos e, portanto, condições para a saúde e para a cidadania, têm sido violados. Caracterizado pela crescente dependência de intervenções técnicas e tecnológicas e pela ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer, o modelo de assistência obstétrica vigente é marcado pela desapropriação do controle do corpo das mulheres, inviabilizando assim o exercício de sua autonomia^(4,5).

A fim de resgatar a autonomia feminina na cena do parto, a partir da década de 1980, o movimento feminista juntamente com outros setores da sociedade, passou a criticar fortemente esse modelo obstétrico tecnocrático. Questionava-se principalmente a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso rotineiro de intervenções desnecessárias. Este movimento culminou em conferências, documentos e na busca de evidências científicas que articulassem as diversas áreas de conhecimento⁽³⁾.

Diante do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde das mulheres, as políticas de saúde também têm sido ampliadas sob a perspectiva do cuidado integral. Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde propôs programas e políticas que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos das mulheres e crianças. Destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento⁽⁶⁾, instituído no ano de 2000, que tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

Considera-se incontestável ampliar a visão acerca do parto para além dos aspectos biológicos da mulher e da criança, focando no reconhecimento dos seus direitos. A partir da necessidade de discussão de aspectos relacionados ao protagonismo das mulheres no processo do parto e as dificuldades para o cuidado de si e do filho de forma autônoma⁽²⁾, realizou-se a presente revisão integrativa da literatura. Teve-se como objetivo, identificar as evidências disponíveis nas produções científicas acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura segundo os seis passos metodológicos propostos⁽⁷⁾. O primeiro passo consistiu na seleção do tema e da questão norteadora: Quais as práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento?

No segundo passo, foram definidos os critérios de inclusão: artigos de pesquisa desenvolvidos no Brasil, que respondam à temática, publicados em português, inglês ou espanhol, no período entre 1996 e 2015, disponíveis integralmente *online*. Selecionaram-se apenas estudos desenvolvidos no Brasil devido ao modelo de assistência obstétrica prestado. Quanto ao recorte temporal, utilizou-se o período entre 1996 a 2015, quando houve um

movimento intenso de incentivo à humanização e qualificação da assistência obstétrica a partir da publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) das “Recomendações da OMS - Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”⁽⁸⁾. Devido à busca de evidências específicas das práticas de assistência à saúde no processo de parto, independente do tipo/via de nascimento, foram excluídos os estudos com enfoque na decisão pela via de parto e na presença do acompanhante.

A busca dos artigos foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health (PubMed)* e *SciVerse Scopus (SCOPUS)*. Em virtude das características específicas das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para busca dos artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a questão de revisão e os critérios de inclusão adotados pelos pesquisadores.

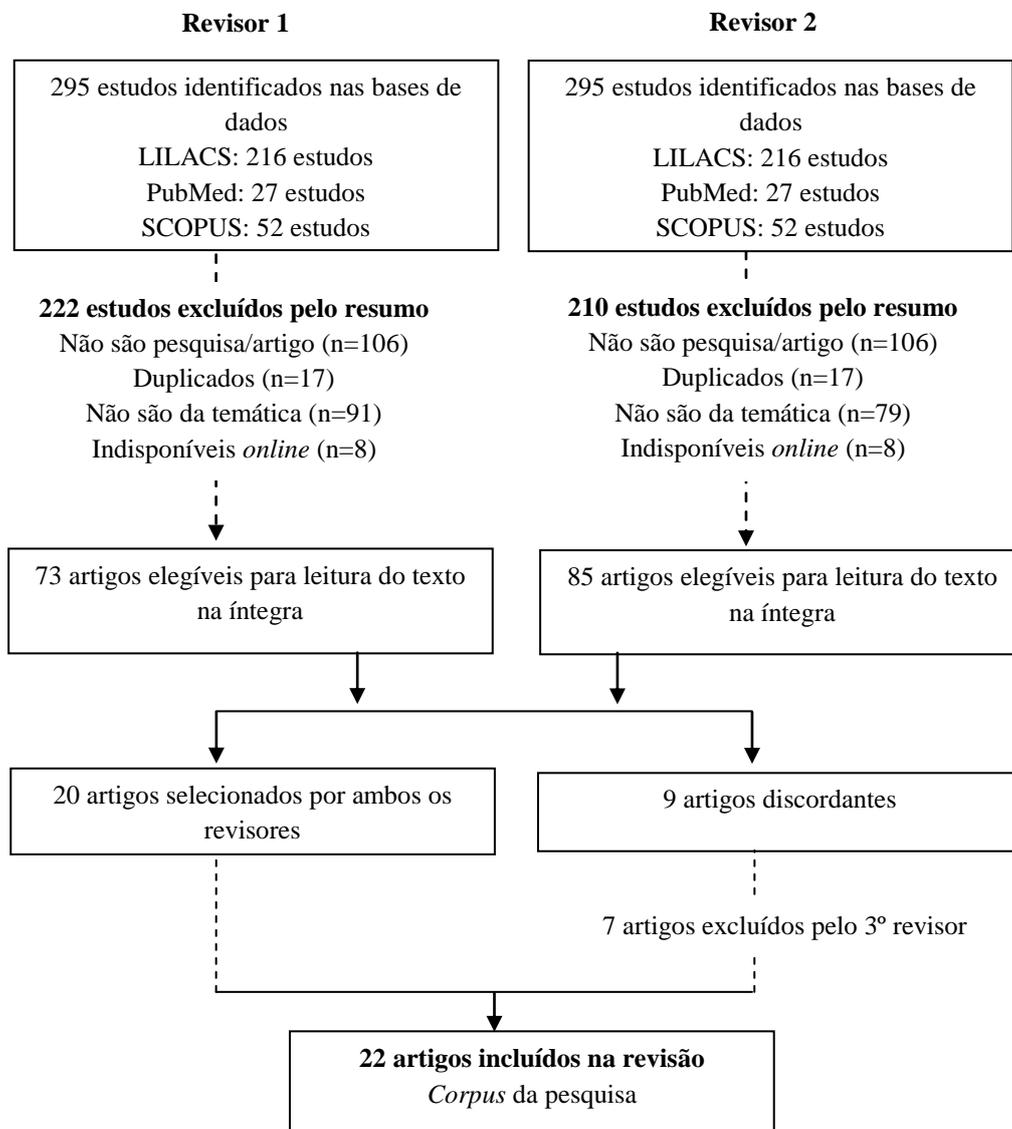
Na base de dados LILACS, foram usados os descritores controlados obtidos junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “tociologia” or “parto” or “parto humanizado” or “parto normal” or “parto obstetrico” or “trabalho de parto” or “saude reprodutiva” or “cesarea”. Estes descritores foram combinados por meio do operador booleano *AND* com palavras definidas a partir do conceito de autonomia, quais sejam: “decisao” or “autonomia” or “direito” or “preferencia” or “escolha” or “participacao”. Utilizou-se esta estratégia de busca com o propósito de ampliar a possibilidade de localização de evidências que respondessem a questão de pesquisa.

Com o mesmo propósito, nas duas bases de dados SCOPUS e PubMed, foram usadas as palavras-chave: “*midwifery*” or “*parturition*” or “*humanizing delivery*” or “*reproductive health*” *AND* “*autonomy*” or “*patient reference*” or “*decision*”, todas selecionando o item “*All Fields*”. O levantamento dos estudos ocorreu no mês de janeiro de 2016. Para aqueles artigos que não foram encontrados disponíveis integralmente na base de dados, esgotaram-se

totalmente as estratégias de busca através de contato com os próprios autores e com as instituições de origem do estudo. Estudos duplicados foram analisados somente uma vez.

A partir disso foram selecionados, por dois revisores de modo independente, 22 artigos como *corpus* de análise. Quando houve divergência, estes foram avaliadas por um terceiro revisor (Figura 1). Salienta-se que, para minimizar possíveis erros de interpretação, a busca, a avaliação e a análise dos artigos também foram realizadas por dois revisores de forma independente.

Figura 1 - Fluxograma da seleção independente dos pares dos estudos *corpus* da pesquisa de revisão integrativa da literatura. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996-2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No terceiro passo, as informações dos artigos selecionados foram extraídas e transcritas com auxílio de um instrumento validado⁽⁹⁾, possibilitando detalhamento e organização dos dados encontrados que, posteriormente, foram descritos em quadros elaborados no Microsoft Word® 2007. Foram respeitados os aspectos éticos, por meio da citação fidedigna das ideias, conceitos e as definições empregadas pelos autores das produções utilizadas como resultados no presente estudo.

O quarto passo consistiu na análise, para tanto, cada estudo foi classificado segundo informações para responder a pergunta de investigação e em relação ao nível de evidência. O método utilizado para classificação da força da evidência propõe três níveis, a saber: 1- Intervenção ou diagnóstico; 2- Prognóstico ou etiologia; 3- Significado. Em vista do *corpus* desta pesquisa, utilizamos a classificação de evidência de estudos com questão clínica direcionada para o significado, com a seguinte hierarquia: I- Metassíntese de estudos qualitativos; II- Estudos qualitativos individuais; III- Síntese de estudos descritivos; IV- Estudos descritivos individuais; V- Opinião de especialistas⁽¹⁰⁾.

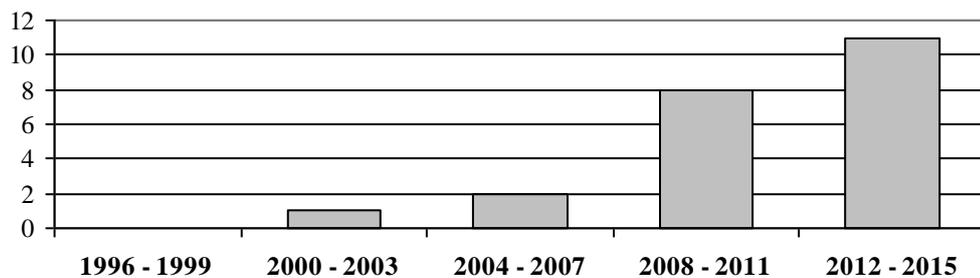
Na sequência os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva. Primeiramente, descreveu-se dos dados de identificação das publicações (autores, ano, Estado de origem e instituição sede do estudo). Posteriormente, foram avaliadas as características metodológicas dos estudos, classificando-os de acordo com o delineamento de pesquisa e avaliação crítica dos níveis de evidências⁽¹⁰⁾.

No quinto passo, as evidências foram agrupadas por similaridade e as práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento foram descritas. E, por último, no sexto passo a partir da discussão e interpretação dos resultados, elaboraram-se considerações às práticas assistenciais obstétricas, bem como sugestões de pesquisas.

RESULTADOS

Quanto à distribuição quadrienal de frequência de publicação, houve destaque de publicações entre os anos de 2012 e 2015 (Figura 2). Em relação ao Estado de origem, observou-se uma maior concentração nos Estados da região Sudeste (8 artigos) e da região Sul (7 artigos) do Brasil. Observou-se ainda que 13 estudos foram desenvolvidos em instituições hospitalares e 9 em instituições extra-hospitalares (unidades básicas de saúde e casas de parto). Destes, 15 foram realizados em instituições únicas, 7 foram realizados de forma multi-institucional.

Figura 2 - Gráfico da distribuição quadrienal da frequência de publicação da produção científica acerca das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996-2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

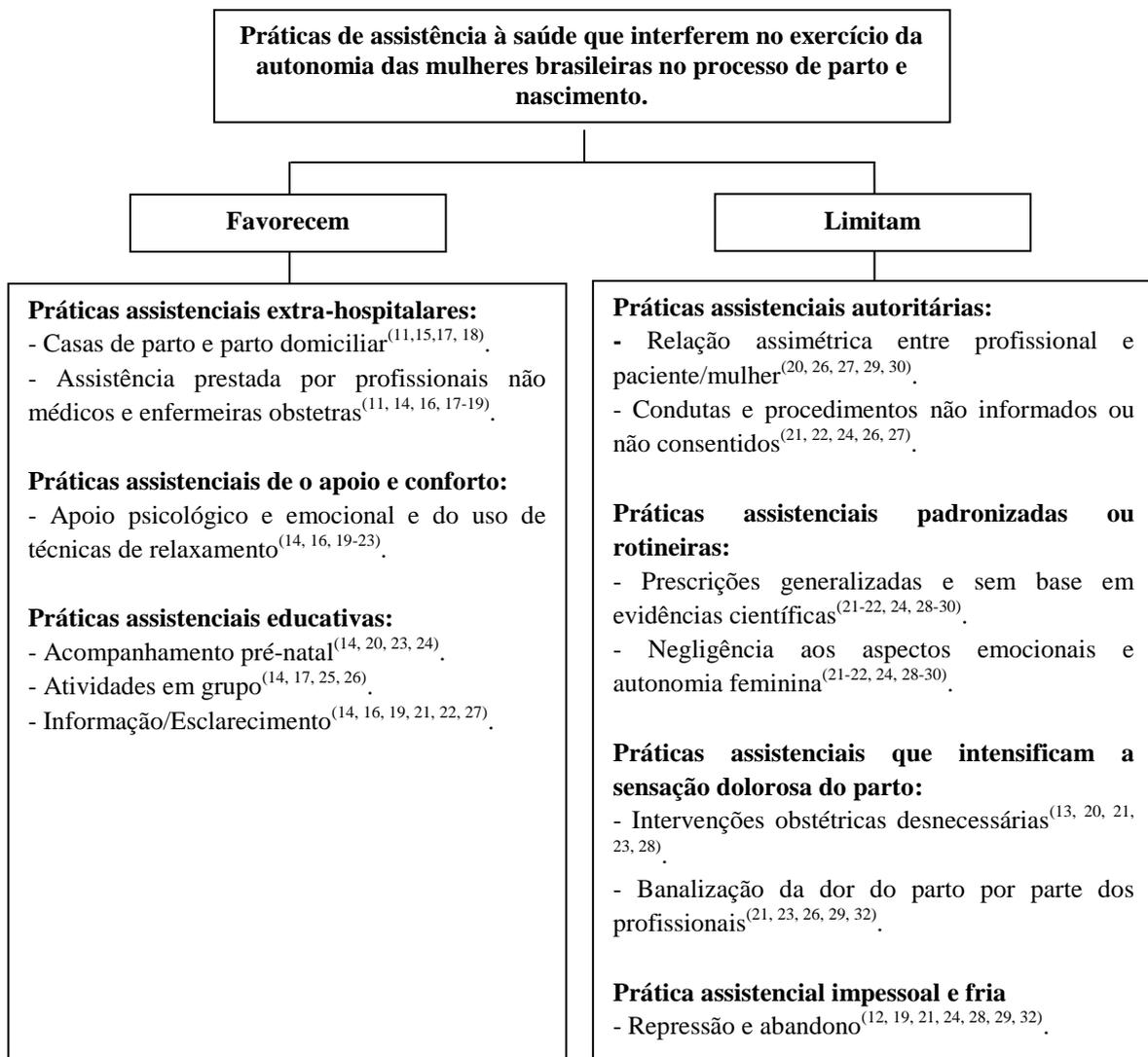
Dentre as publicações analisadas, 18 artigos têm entre seus autores somente enfermeiros, 1 foi redigido por fisioterapeutas e enfermeiros e 2 são de autoria exclusiva de médicos. Evidenciou-se ainda que a totalidade dos estudos caracterizou-se metodologicamente como pesquisa qualitativa. Em relação à força das evidências, os 22 artigos pertencem à categoria de significado e possuem nível de evidência 2.

Em relação ao objetivo desta revisão, os artigos evidenciaram como resultados um conjunto de práticas de assistência à saúde no processo de parto e nascimento, apresentadas, segundo as interferências positivas e negativas no exercício da autonomia das mulheres.

Foram evidenciadas como práticas que favorecem o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento: as práticas assistenciais extra-hospitalares; as práticas assistenciais de o apoio e conforto; e as práticas assistenciais

educativas. Como práticas que limitam o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento revelaram-se: as práticas assistenciais autoritárias; as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e a prática assistencial impessoal e fria (Figura 3).

Figura 3 - Evidências das práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. LILACS/PubMed/SCOPUS, 1996-2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

Observou-se o reduzido quantitativo de produções científicas voltadas à saúde das mulheres na perspectiva do exercício da autonomia no processo de parto e nascimento. As

pesquisas selecionadas, em sua maioria, priorizaram o uso das boas práticas de assistência ao parto recomendadas⁽⁸⁾, havendo um déficit de produções que discutiam o assunto sob a ótica desse princípio que é uma precondição para a saúde e cidadania das mulheres.

A prática assistencial extra-hospitalar foi evidenciada como benéfica ao protagonismo feminino na cena do parto^(11, 14-19). Bastante associada à busca por uma assistência diferenciada daquela prestada no cenário tradicional hospitalar, esta prática reflete a busca de estratégias para fugir da falta de autonomia e do medo que as mulheres sentem de não estarem no controle durante a vivência do processo parturitivo.

Neste contexto, as casas de parto e o parto domiciliar ganham força. Baseadas em evidências científicas e alicerçadas em um profundo respeito frente às decisões femininas, esta prática extra-hospitalar possibilita a assistência centrada na mulher, principalmente do ponto de vista da autonomia^(11, 15). Outro aspecto positivo do cenário extra-hospitalar é a possibilidade de práticas não tradicionais, como as posições verticalizadas durante o processo de nascimento, as quais estão relacionadas à participação mais ativa da parturiente e à assistência por profissionais não médicos que acreditam no potencial do corpo feminino para parir^(17, 18).

Entre esses profissionais, destaca-se a enfermeira obstetra, a qual demonstra ser favorável à vivência do parto normal e fisiológico, respeitando a autonomia e o exercício da tomada compartilhada de decisões^(14, 16, 17). Sua assistência caracteriza-se pelo diálogo e pela valorização das vivências das mulheres, contribuindo para a potencialização do empoderamento feminino na condução do parto^(11, 19).

As práticas de o apoio e o conforto realizadas pelos profissionais também se revelam como práticas promotoras da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento,^(14, 16, 19-23) uma vez que a assistência não é apenas técnica ou procedimentos assistenciais. Apresentam-se como importantes facilitadores dessa prática os profissionais de enfermagem,

principalmente por meio do respeito aos sentimentos das mulheres e valorização de suas queixas, do apoio psicológico e emocional e do uso de técnicas de relaxamento recomendadas pela OMS⁽⁸⁾ que tragam alívio e conforto às parturientes^(19, 22, 23).

Evidenciam-se ainda como práticas assistenciais que favorecem o exercício da autonomia feminina àquelas relacionadas às ações educativas, corroboradas por grande parte dos estudos^(14, 16, 17, 19-27). Estas possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas, permitindo que as mulheres se percebam como sujeitos centrais de sua gravidez e parto, tornando-se ativas nas decisões relacionadas à sua assistência. A informação adquirida pelas mulheres não é utilizada apenas para sustentar as suas escolhas, mas também para que elas vivenciem o nascimento de seus filhos conforme imaginam independente do local.

Dentre as ações educativas, destacam-se como principais estratégias a assistência pré-natal e as atividades em grupo. A assistência pré-natal possibilita o acesso a informações indispensáveis à preservação da autonomia feminina e ao fortalecimento das decisões ligadas ao parto^(14, 20, 23, 24). Já as atividades em grupo contribuem para a segurança e autonomia do casal, gerando mudanças de atitudes e comportamento. O processo educativo desenvolvido em grupo gera um impacto positivo não apenas nas mulheres, mas na sociedade como um todo, podendo representar um instrumento de mudança no cenário obstétrico atual^(14, 17, 25, 26).

A informação caracteriza-se como fator essencial e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia para escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo, assim como o apoio dos profissionais e a assistência extra-hospitalar. No entanto, se não estiver claro para as mulheres quais são seus direitos e como elas podem reivindicá-los, esta possibilidade torna-se ainda mais distante. O desconhecimento sobre o próprio corpo e os processos reprodutivos dá sustentação aos mecanismos de controle e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar^(14, 16, 19, 21, 22, 27).

Oposto ao descrito anteriormente, o modelo de assistência obstétrica técnico-assistencial esteve diretamente atrelado às práticas que restringem a autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento, sendo descrito na totalidade dos estudos⁽¹¹⁻³²⁾. Evidencia-se como princípio básico desse modelo: as práticas autoritárias de assistência à saúde^(17, 20-22, 24, 26-30), ou seja, a posição de autoridade assumida pelo profissional sobre a pessoa cuidada, neste caso, a mulher desapropriada do controle do próprio corpo.

Neste modelo de assistência predomina a ideia da existência de uma relação assimétrica entre profissional e paciente^(20, 26, 27, 29, 30), o que se torna visível no momento do parto, pois, mesmo quando a mulher participa, é para colaborar com o trabalho do profissional e não para garantir o exercício de sua autonomia. Não lhe é permitido expor seus sentimentos ou opinar sobre seu parto, silencia-se. Seu corpo não lhe pertence; mesmo que falem, as mulheres parecem não serem escutadas.

Somam-se a esse modelo de atenção obstétrica as práticas assistenciais não informadas ou não consentidas^(21, 22, 24, 26, 27). Comumente alguns procedimentos são impostos ou realizados sem que as mulheres ao menos sejam informadas. A imposição de práticas assistenciais é considerada uma violação do direito da mulher à sua integridade corporal e de estar livre de maus tratos. Nos casos em que são informadas, não lhes é oferecida a oportunidade de participar da decisão sobre o seu corpo, o que limita e impede o exercício de sua autonomia. Essa ausência de comunicação por parte dos profissionais demonstra, de certo modo, o descaso quanto ao direito à informação dessas mulheres.

Igualmente, as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras revelaram-se limitadoras do exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento^(21, 22, 24, 26, 28-30). Sobrepõe-se a ideia de que a mulher que está passando pelo parto é incapaz de decidir os cuidados que necessita, subordinando-as à aceitação do discurso do

profissional. Prescrições generalizadas e sem base em evidências caracterizam uma assistência massificada e autoritária, onde as mulheres são tomadas como corpos iguais.

Em meio às estas práticas não individualizadas e sem base científica, destacam-se a preparação para o parto, envolvendo banhos de aspersão, retirada de pêlos, enema, jejum prolongado, infusão de ocitocina e a episiotomia no momento do parto, procedimento nos quais os profissionais são unânimes em afirmar que a decisão não compete às mulheres^(21, 22, 24, 28-30). Da mesma forma, na assistência ao parto cesáreo se incluem práticas como: amarrar as mãos das mulheres durante a cirurgia, o uso de medicamentos sedativos e a postergação do primeiro contato com o recém-nascido, o que reforça a negligência com os aspectos emocionais e a autonomia feminina⁽³¹⁾.

Reconhece-se que a indicação e realização de determinadas práticas é de responsabilidade do profissional presente no momento do parto, uma vez que este possui qualificação para avaliar a necessidade de intervenções e evitar complicações. Porém, a padronização ou imposição autoritária e a não solicitação do consentimento informado às mulheres subjagam-nas, dificultando sua emancipação como agente ativo do processo de parturição^(22, 24, 26).

Evidenciou-se ainda que as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto interferem negativamente no exercício da autonomia das mulheres brasileiras^(13, 20, 21, 23, 26, 29, 28, 32). Muitas vezes são intervenções obstétricas não recomendadas⁽⁸⁾ como: o isolamento e abandono no centro obstétrico, o uso abusivo de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller e a episiotomia^(21, 23, 28). Este quadro agrava-se na medida em que não são utilizados métodos para o alívio da dor e analgesia de parto^(13, 20).

O sofrimento causado pela dor é determinante para impotência feminina, ao aliviar ou minimizar a experiência da dor, permite-se que a mulher assuma o controle sobre o processo de parturição, tornando-se mais ativa e participativa. Porém, apesar do uso de técnicas para

alívio da dor durante o trabalho de parto ser amplamente recomendado, sua utilização varia conforme a filosofia da instituição⁽²³⁾. Quando o profissional banaliza ou não considera as queixas físicas da parturiente, acreditando que a dor é legítima da vivência do parto, não há escuta e nem negociação possível, mas sim, limitação, imposição e violência^(21, 26, 29, 32).

A prática assistencial impessoal, fria e distanciada das recomendações ministeriais também se revelou uma barreira ao exercício da autonomia das mulheres brasileiras no nascimento de seus filhos^(12, 19, 21, 24, 28, 29, 32). É reflexo da solidão, do medo e da tristeza diante do abandono no centro obstétrico. Muitos profissionais transferem totalmente para as mulheres a responsabilidade do enfrentamento do processo do trabalho de parto, distanciando-se e priorizando as prescrições médicas durante a assistência^(19, 21, 24).

Durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres almeja a presença permanente e qualificada dos profissionais, em especial quando estão vivenciando contrações dolorosas^(21, 24). Todavia, quando os limites do comportamento esperado pela equipe são ultrapassados pelas mulheres, é gerada uma forte tensão entre os profissionais. Passa a ser adotada então, uma postura que denota desrespeito com a cultura feminina e, através de atitudes de repressão, obriga-se a mulher a agir conforme as regras de comportamento impostas^(12, 28, 29, 32).

Compreende-se que algumas condutas obstétricas perpetuadas por longos períodos são difíceis de serem mudadas, sendo necessário um processo de discussão, com intuito de fomentar a mudança no cenário obstétrico atual⁽²⁴⁾. É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, visando oferecer a todos os envolvidos no processo de gestação e nascimento a individualização e melhoria do atendimento e o resgate da autonomia feminina^(19, 23, 24).

CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa da literatura apresentou a produção científica sobre as práticas de assistência à saúde que interferem na participação ativa e tomada de decisões das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. Evidenciou-se como práticas que interferem positivamente no exercício de sua autonomia: as práticas assistenciais extra-hospitalares; as práticas assistenciais de apoio e conforto; e as práticas assistenciais educativas. Como práticas assistenciais que interferem negativamente: as práticas assistenciais autoritárias; as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e a prática assistencial impessoal e fria.

Considera-se como possível limitação desta revisão a análise apenas de estudos realizados no Brasil, não sendo possível avaliar o panorama geral da assistência obstétrica, no entanto este fato justifica-se pelos modelos díspares de assistência obstétrica prestada em âmbito mundial.

Destacou-se a potencialidade das práticas educativas como estratégias para promoção do protagonismo das mulheres no cenário obstétrico e na efetivação de seus direitos. Entretanto, revelou-se uma situação de alerta relativa ao grande descompasso existente entre o cotidiano assistencial e as recomendações ministeriais, uma vez que a maioria dos estudos evidenciou práticas que limitam a autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento. Claramente há um retrocesso no reconhecimento e concretização dos direitos femininos na sua plenitude, impossibilitando o exercício de sua autonomia diante do próprio corpo e parto.

Os resultados encontrados valorizam a necessidade de maior intervenção da enfermagem em prol da autonomia das mulheres, propiciando um resgate do seu protagonismo no processo de parto e nascimento. Ressalta-se ainda a importância da enfermagem obstétrica neste cenário, pois além de fundamentar sua assistência nos preceitos da desmedicalização e valorização do parto fisiológico, encontra-se em ascensão

profissional e possui forte representatividade no campo da enfermagem em geral. Assim, tornam-se relevantes estudos pautados na valorização das singularidades e subjetividades femininas, na democratização das relações entre profissionais e pacientes e na percepção dos envolvidos na cena do parto sobre aspectos conceituais e éticos relacionados à autonomia das mulheres.

Referências

- 1 Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl):S11-S13.
- 2 Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2013 [citado 26 set 2016]; 17(2): 446-453. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>.
- 3 Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(3):424-31.
- 4 Oladapo OT, Souza JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Vogel JP, Fawole B, Gülmezoglu AM. WHO Better Outcomes in Labour Difficulty (BOLD) project: innovating to improve quality of care around the time of childbirth. *Reproductive Health*. 2015; 12,48.
- 5 Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto contexto - enferm*. 2016; 25(1):e3570014.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento. Brasília, 2002.
- 7 Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 Feb;10(1):1-11.
- 8 Organização Mundial da Saúde- OMS. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.
- 9 Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- 10 Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p. 25-39.)
- 11 Zveiter M, Souza IEO. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. *Esc. Anna Nery*. 2015; 19(1):86-92.

- 12 Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. A construção cultural do processo de parto. R. pesq.: cuid. fundam. online [Internet]. 2013 [citado 19 fev 2016]; 5(4):591-98. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2344>.
- 13 Barbosa CM, et al. Mulheres e parteiras tradicionais: práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. R. pesq.: cuid. fundam. Online [Internet]. 2013 [citado 19 Fev 2016]; 5(1):3206-20. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1893>.
- 14 Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. Rev Rene. 2011; 12(3):471-7.
- 15 Clementino MOS, Silva JV. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. O Mundo da Saúde São Paulo. 2008; 32(4):452-7.
- 16 Gonçalves R, et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):62-70.
- 17 Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. Texto contexto - enferm. 2015; 24(3): 875-82.
- 18 Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2009; 17(2):153-9.
- 19 Oliveira ASS, et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. Rev. Rene. 2010; 11(esp):32-41.
- 20 Melo KL, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Rev. pesqui. cuid. fundam. online [Internet]. 2014 [citado 19 Fev 2016]; 6(3): 1007-20. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3124>.
- 21 Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. Physis. 2012; 22(1): 77-97.
- 22 Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Esc. Anna Nery. 2008;12(4):645-50.
- 23 Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal. 2013; 25(3)585-602.
- 24 Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46(1):30-7.
- 25 Almeida MRCB, et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. Rev. Min. Enferm. 2011;15(1):79-85.

- 26 Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1): 60-5.
- 27 Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto contexto - enferm.* 2006;15(1):107-14.
- 28 Pimenta LF, et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *R. pesq.: cuid. fundam. Online [Internet].* 2014 [citado 19 Fev 2016]; 6(3):987-97. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165>
- 29 Nakano AMS, et al. Childbirth experience according to a group of Brazilian primiparas. *Midwifery.* 2012; 28 e844–e849.
- 30 Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(1):82-9.
- 31 Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development.* 2013;23(2):190-7.
- 32 Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(Sup. 2):S419-S427.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ

A fenomenologia ganhou força no final do século XIX e início do século XX, na Alemanha, a partir das ideias Edmund Husserl e identifica-se por assegurar o sentido dado ao fenômeno e descrevê-lo tal como acontece (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008). Nessa abordagem filosófica, o pesquisador busca compreender como as pessoas estão vivenciando o mundo da vida, reconhecendo nessa caminhada as relações sociais em um determinado tempo e espaço (TERRA et al., 2006).

Considerando o objeto estudado, ou seja, a ação promotora do exercício da autonomia realizada pelo profissional de saúde, optou-se pela abordagem fenomenológica como referencial teórico-metodológico, pois se busca desvelar as ações intencionais dos sujeitos frente aos fenômenos, neste estudo, a assistência ao processo de parto e nascimento. Isso ocorre por meio de um olhar atento para o vivido das experiências de cada ator social envolvido, as quais somente serão descritas e compreendidas no mundo da vida (ROSAS, 2003). Buscou-se aqui a aproximação com a fenomenologia de natureza social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). Esta, tem por fundamento a compreensão da ação das pessoas no mundo social, tendo por referência as relações intersubjetivas inscritas em suas experiências cotidianas. Propõe a análise das relações mútuas que envolvem os sujeitos, cujas ações ocorrem de maneira consciente, uma vez que são intencionais e possuem significado àquele que a vivencia. De tal modo, põe em pauta a relação entre a consciência e a ação (ZEFERINO; CARRARO, 2013).

Nascido em Viena em 1899 e falecido em Nova Iorque, no ano de 1959, Alfred Schütz estudou Direito e Ciências Sociais e, interessado pela sociologia de Max Weber e pela filosofia de Edmund Husserl, contribuiu para estabelecer os fundamentos de uma Fenomenologia Sociológica. Sua primeira obra, entendida como fundamental por trazer a fusão dos pensamentos de Weber e Husserl, foi publicada em 1932. Em vida, publicou ao todo 33 textos, a maioria em inglês, alguns traduzidos para os idiomas francês, alemão ou espanhol. Postumamente, a maior parte de seus textos foi publicada em uma coletânea de três volumes intitulada *Collected Papers* (WAGNER, 1979).

Para sustentar suas ideias, Schütz apropriou-se dos conceitos weberianos de ação, relações sociais e compreensão, bem como do arcabouço filosófico de Husserl, o qual lhe permitiu compreender os fenômenos sociais a partir do significado atribuído pelo sujeito à ação, amparando-se nos conceitos de intencionalidade, intersubjetividade e mundo da vida

(CAPALBO, 1998). Teve como tarefa e legado à obra dos dois pensadores, o esclarecimento do sentido objetivo e do sentido subjetivo da ação. Dessa forma, Schütz debruçou-se sobre o mundo da vida social, recorrendo para tal a um método de análise descritiva da constituição da experiência cotidiana (ZEFERINO; CARRARO, 2013).

O conceito de intersubjetividade é essencial nesta linha de pensamento. Ao ponderá-la como uma categoria ontológica da existência humana, o autor trata a intersubjetividade como algo dado aos sujeitos que vivenciam o mundo da vida ou mundo da vida cotidiana, sobre o qual se ergue qualquer atividade do eu de relação e da própria ciência social. Já o conceito de intencionalidade representa a característica mais básica da consciência. É conduzida para algo e, portanto, é definida pelo objeto intencional em relação ao qual há uma consciência. Segundo a concepção do fenomenólogo, as ações humanas só são compreensíveis se encontrarmos nelas motivações, pois em toda a ação há um sentido intencional e, somente o próprio indivíduo que a vivencia, pode revelá-lo (SCHÜTZ, 2012).

O mundo da vida ou mundo cotidiano é o cenário onde o homem vive, e que fora estruturado previamente, anterior ao seu nascimento. É considerado um mundo cultural e intersubjetivo, pois os homens coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente similar. Além disso, têm a capacidade de modificá-lo através de suas ações, transformando-o continuamente. Schütz denomina a forma como o sujeito coloca-se no mundo da vida de atitude natural (SCHUTZ, 2012).

Para viver neste mundo, o homem orienta-se pela sedimentação de todas as experiências prévias transmitidas por seus antecessores e contemporâneos, somadas ao conhecimento agregado pelos educadores e por suas próprias experiências subjetivas, que estruturam continuamente este acervo de conhecimento. Essa experiência está disponível e acessível, de acordo com a situação biográfica do sujeito, ou seja, a maneira específica como ele situa-se no mundo da vida. Assim, cada pessoa interpretará o mundo de forma única, de acordo com seus próprios interesses, motivos, desejos e experiências, constituindo-se em base para uma ação subsequente (SCHÜTZ, 2012).

A fenomenologia social define ação como a conduta humana dotada de propósito, isto é, uma ação projetada de maneira intencional. Esta é interpretada a partir dos motivos existenciais de cada sujeito, derivados das vivências inscritas na subjetividade, constituindo fios condutores da ação no mundo social. Os motivos que se relacionam a experiências passadas, as quais determinam que o indivíduo aja como agiu, são chamados “motivos porque”. Fundamentam-se nos antecedentes, no acervo de conhecimento, ou mais

precisamente, na história de vida. Os denominados “motivos para” ou “motivos a fim de” são aqueles que, por sua vez, referem-se a expectativas ou projetos a serem realizados e à motivação para fazê-los, ou seja, a orientação para a ação futura. Referem-se à finalidade, ao que o sujeito tem em vista ao realizar determinada ação, o que a torna uma categoria subjetiva da ação, isto é, os objetivos estão estreitamente relacionados com a ação e a consciência do sujeito (SCHÜTZ, 2012).

À luz deste referencial, compreende-se que a significação com que se designa uma ação é interpretada pelos sujeitos a partir dos seus motivos “porque” e “para”, e a reunião desses motivos formam categorias com características típicas das ações humanas passíveis de análise. Por meio da tipificação, é possível reunir vivências conscientes de uma pessoa ou de um grupo no mundo social. Trata-se de uma caracterização da ação em processo ou da pessoa/grupo que a torna homogênea, abstendo-se das características individuais (CAPALBO, 1998). Nesta pesquisa buscou-se apreender o típico da ação dos profissionais que assistem mulheres no processo de parturição.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve as questões referentes ao método, tipo de estudo, participantes, cenário, etapa de campo e produção dos dados, análise e interpretação compreensiva e os aspectos éticos observados neste estudo. Cabe enfatizar que os princípios aqui apresentados estão entrelaçados entre si, e o trabalho acontece em etapas estanques. Foi construído por meio de uma caminhada contínua entre as etapas da pesquisa e o retorno aos ensinamentos de Schütz (2012), uma vez que o método fenomenológico é recorrente. Somente organizou-se em sessões para oferecer uma ordem didática de apresentação.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha pela abordagem qualitativa é coerente, uma vez que ela está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e vivências e à maneira como as pessoas compreendem o mundo (POPE; MAYS, 2008). Este tipo de abordagem é ideal para investigação de grupos delimitados, pela descrição características acerca de fenômenos e histórias sociais em dado tempo e circunstância sob a ótica dos próprios sujeitos (MINAYO, 2014).

A fenomenologia social de Alfred Schutz fundamenta-se naquele que vivencia a experiência de determinado fenômeno, pois só o próprio indivíduo que vivencia a ação poderá expressá-la. Propõe ainda que em toda a ação estabelecida há um sentido intencional (SCHÜTZ, 2012). Assim, a opção por este referencial teórico-metodológico possibilitou a apreensão das motivações das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento, a partir de suas experiências intersubjetivas e de uma realidade vivenciada somente por eles em seu mundo da vida. Além disso, converge com as implicações sociais da temática, uma vez que a assistência ao parto não é vivida apenas no contexto individual da ação, mas em um mundo de relações com os outros, no qual possui um significado intersubjetivo, contextualizado no mundo social.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizada no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um hospital público, geral, de nível terciário, que atua como hospital de ensino por ser

órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão no âmbito das Ciências da Saúde. É integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual mantém sua assistência pautada nos princípios e diretrizes do referido sistema.

No que se refere à especialidade de obstetrícia, destaca-se o Centro Obstétrico, o qual é considerado referência no atendimento de mulheres em processo de parturição para os municípios que fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a qual compreende duas regiões de saúde, Verdes Campos e a Entre Rios, que representam 32 municípios, com uma população de 541.247 habitantes. O serviço funciona como pronto atendimento obstétrico durante 24 horas por dia, atendendo mensalmente aproximadamente 700 consultas e 200 partos. Também fornece assistência no nível secundário através do ambulatório de obstetrícia destinado a realização de pré-natal para gestação de alto risco.

A estrutura física do centro obstétrico contempla: hall de entrada para a espera de familiares; área de recepção; dois boxes para consulta e exame ginecológico; um banheiro para as usuárias; espaço para prescrição; espaço para preparação de medicação; ambiente para acomodação dos médicos-residentes, preceptores e acadêmicos de medicina de plantão; sala de aula; sala de preparo de medicações; vestiário; sala de lanche e vestiário para equipe de enfermagem; sala de chefia de enfermagem; rouparia e sanitário; uma sala de parto normal com duas camas para pré-parto, parto e pós-parto, uma sala cirúrgica para cesariana e uma sala de recuperação pós-anestésica com quatro leitos. Além disso, é provido por seis leitos de internação para mulheres em trabalho de parto ou no pós-parto, quatro leitos de internação pós-cesárea, três leitos de observação para o atendimento de intercorrências obstétricas e ginecológicas.

Esta unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por: médicos obstetras e pediatras neonatologistas, enfermeiras, enfermeiras obstetras, fisioterapeuta, assistente social, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem, totalizando 64 profissionais, além de residentes médicos e do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Esse cenário também é local de aulas práticas e de estágio supervisionado dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem e em Medicina, ambos da UFSM.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram desta pesquisa profissionais da saúde do Centro Obstétrico do HUSM. Compreende-se que a determinação dos sujeitos de pesquisa acontece a partir: do

conhecimento científico produzido; da problematização da temática de pesquisa; e do objeto do estudo (PAULA et al., 2014). Desse modo, a escolha dos sujeitos participantes deu-se a partir da necessidade de estímulo à reflexão e discussão entre profissionais e gestores sobre esta temática tão relevante socialmente (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Além disso, o desvelamento da motivação das ações dos profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica pode servir de apoio para a adoção de novas estratégias para mudança de paradigmas e a adoção de um modelo de atenção que valorize as necessidades e particularidades das mulheres.

A escolha ocorreu, conforme o critério de espontaneidade, ou seja, todos os profissionais de saúde, sem distinção de categoria, que demonstraram interesse e desejo de participar, tornaram-se participantes da pesquisa. Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência ao processo de parturição. E, como critérios de exclusão: profissionais que estivessem licença saúde ou afastados do serviço no período de coleta de dados.

O número de participantes não foi previamente determinado, pois o estudo de natureza fenomenológica considera a essência do que se mostra e não a quantidade de entrevistas realizadas (BOEMER, 1994, PAULA et al. 2012). Para tanto, a etapa de campo foi desenvolvida concomitante à análise, sendo possível alcançar a suficiência de significados convergentes aos objetivos da pesquisa na décima sétima entrevista.

4.4 APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO AO CENÁRIO DO ESTUDO

A aproximação ao cenário de pesquisa tem por objetivo que o pesquisador seja conhecido pelas pessoas e conheça a estrutura e dinâmica de funcionamento do cenário, assim como, apresente a proposta da pesquisa. Já a ambientação oportuniza o desenvolvimento de um compromisso entre o pesquisador e as pessoas que fazem parte do cenário a ser pesquisado, estabelecendo atitudes que servem de apoio para seleção do local para realização da entrevista e acesso aos sujeitos da pesquisa (PAULA et a., 2014).

Iniciou-se a aproximação ao cenário de estudo após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFMS) e duas semanas antes do começo da produção das falas junto aos profissionais. No primeiro momento entrou-se em contato com a profissional responsável técnica pelo referido serviço, uma médica obstetra, e posteriormente com a enfermeira responsável pela equipe de enfermagem. Para ambientação realizou-se três visitas em turnos de trabalho diferentes, com a finalidade de conhecer a

dinâmica da assistência obstétrica prestada, bem como conhecer os membros da equipe multiprofissional de saúde. Essa etapa foi essencial, pois permitiu estabelecer relações de familiaridade para desenvolver a entrevista fenomenológica.

Procurou-se observar como acontece o processo de trabalho dos profissionais e as atividades desenvolvidas por eles no cotidiano assistencial. Concomitantemente dialogava-se sobre o estudo em questão e a intencionalidade e posição da pesquisadora ao estar no serviço. Esta aproximação aconteceu no mês de abril de 2016. Os encontros aconteceram em horários estipulados pela equipe conforme a demanda de trabalho no setor, geralmente na metade do turno. Evitou-se horários de trocas de equipe do plantão de enfermagem.

Para que acontecesse a ambientação foi necessário observar o ambiente e estabelecer uma relação com o outro. Nesse sentido, fez-se necessário que a pesquisadora assumisse uma atitude fenomenológica em direção aos profissionais, a qual necessita ter clareza das inquietações e do estranhamento do/a sujeito pesquisador/a de modo a apontar obscuridades inerentes à constituição do objeto de estudo. Para tanto, a pesquisadora buscou perceber a singularidade, os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, e respeitá-las, exercitando a escuta, para mergulhar no exercício de redução dos pressupostos (PAULA et al., 2014).

4.5 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

A fim de descrever a ação promotora do exercício da autonomia realizada pelo profissional de saúde, foi utilizada a entrevista fenomenológica, que possibilita acessar o vivido do ser humano, por meio de um movimento de compreensão (CARVALHO, 1991). Este acontecimento conduz para a intencionalidade e para a causa, o que permitirá chegar ao típico da ação dos profissionais que assistem mulheres em processo de parturição.

Para Carvalho (1991), a entrevista fenomenológica é “uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma do seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura”, e solicita do pesquisador interesse em desvelar o fenômeno e compreender os significados, explorando-os na maior diversidade possível. Essa abordagem de entrevista tem características peculiares como a empatia e a intersubjetividade, e pretende alcançar a compreensão das experiências e vivências, bem como acessar ao ser. É desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre o sujeito pesquisador e cada sujeito pesquisado (MARTINS & BICUDO, 1989, PAULA et al., 2014).

Fundamentada na metodologia fenomenológica, este tipo de entrevista não inclui etapas rigorosas, além disso, não se dispõe de estudos que apontem as operacionalizações metódicas exatas ou os passos a serem seguidos para se chegar às peculiaridades deste tipo de entrevista (SIMÕES; SOUZA, 1997, ZEFERINO; CARRARO, 2013). Entretanto, o encontro pesquisador-sujeito da pesquisa é um encontro de subjetividades que permite compartilhar compreensões, interpretações e comunicações na esfera da intersubjetividade e promove uma escuta além do aparente para alcançar a expressão dos significados. A partir da análise dessa significação, determina-se: como perguntar, como encerrar a entrevista e para quantos perguntar (PAULA et al., 2014).

Na etapa de campo, ao aproximar-se dos profissionais de saúde para convidá-los a participarem do estudo, a pesquisadora explicava sobre o tema e a sua importância à área obstétrica. Para iniciar a entrevista, apresentava-se e reiterava alguns aspectos éticos da pesquisa, reforçando o sigilo e o anonimato. Iniciava-se então uma conversa informal, descontraída, para que o participante se sentisse à vontade com a pesquisadora, possibilitando que o mesmo desvelasse o fenômeno vivido, experienciado e conscientemente percebido no mundo da vida. Para isso, foram utilizadas questões abertas que permitiram que os profissionais expressassem espontaneamente as suas vivências (CAVALHERI; MERIGHI; JESUS, 2007).

Com o entendimento de que a entrevista fenomenológica solicita questões que evoquem a motivação, a qual fundamenta e impulsiona a ação (JESUS; CAPALBO; MERIGHI et al., 2013), empregou-se um roteiro (APÊNDICE A) que versava sobre a situação biográfica dos profissionais e apresentava questões sobre suas ações no cotidiano assistencial: “Fale-me sobre as ações que você realiza no seu cotidiano de trabalho na assistência às mulheres em trabalho de parto e parto.” e “destaque àquelas ações que você acredita serem promotoras do exercício da autonomia feminina no processo de parturição”. Na sequência, a questão fenomenológica orientadora: “O que você tem em vista quando assiste mulheres em processo de parturição?” Essa questão foi adaptada conforme a necessidade de entendimento dos profissionais entrevistados. Adaptava-se a questão substituindo a expressão “*O que você tem em vista*” por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [...]; qual seu objetivo quando presta assistência às mulheres em processo de parturição.

As entrevistas foram realizadas individualmente mediante autorização de cada um dos participantes, no período de abril e maio de 2016. Para que pudessem ocorrer, foi necessário criar um ambiente favorável, onde o entrevistado se sentisse à vontade, pois a entrevista

fenomenológica ocorre sob a forma de encontro existencial, mediado pela subjetividade (PADOIN; SOUZA, 2008). Desta forma e, com o intuito de preservar a identidade e a confidencialidade das informações fornecidas pelos profissionais, pactuou-se o uso das salas de descanso da medicina e enfermagem. Além disso, os profissionais da equipe multiprofissional eram informados do início de cada entrevista, de modo a evitar possíveis interrupções. Destaca-se que havia a possibilidade de realização da entrevista em locais alternativos conforme preferência dos participantes, contudo, nenhum deles solicitou essa opção.

A partir disto, a pesquisadora posicionava-se de frente para os participantes, sem que nada ficasse entre eles, na posição sentada, uma vez que esta postura demonstra disposição para ouvir (SIMÕES; SOUZA, 1997), e posicionava o gravador ao lado, em uma distância que assegurasse a qualidade da gravação e que, se possível, não interferisse na relação e interação durante a entrevista (PAULA et al., 2014). As falas foram gravados por meio de um gravador digital, o qual possibilitou à pesquisadora a disponibilidade de ficar mais livre para escutar os profissionais e permitiu a apreensão das suas expressões. Convém reforçar que todos os participantes concordaram com a gravação dos depoimentos, o que foi expresso na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

O tempo de duração das entrevistas não foi pré-determinado, variando de acordo com a disponibilidade de cada participante e conforme o tempo que ele considerasse necessário, desse modo, a variação temporal das entrevistas oscilou entre 15 e 55 minutos. Quanto ao número de participantes, este não foi previamente estabelecido, uma vez que na pesquisa fenomenológica pretende-se alcançar a variação e a amplitude do fenômeno e não a sua quantificação (BOEMER, 1994). A etapa de campo encerra-se no momento em que os significados expressos nos depoimentos mostram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado (PAULA et al., 2012). Assim, integraram o corpus da pesquisa 17 entrevistas, quando se obteve suficiência de significados convergente com os objetivos do estudo.

Ainda na etapa de campo, foi necessário que a pesquisadora realizasse o exercício constante de retomar o objetivo do estudo. Para tanto, à medida que eram realizadas as entrevistas, as mesmas eram transcritas e ouvidas repetidas vezes a fim de chegar à apreensão da intencionalidade da ação expressa nas falas dos profissionais, que remetem para o modo de agir destes. Além disso, priorizou-se que as falas expressas face a face na interação pesquisadora-profissional fossem transformadas em discursos escritos o mais breve possível, a fim de que as lembranças da mesma não se perdessem. A transcrição dos depoimentos foi

realizada e revisada pela própria pesquisadora, com objetivo de resgatar a comunicação verbal e não verbal, assim como a subjetividade dos participantes.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das falas, foi utilizada a estratégia metodológica sugerida por estudiosos da Fenomenologia Social (TOCANTINS, 1993, TOCANTINS; SOUZA, 1997), com a finalidade de apreender as motivações das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento e, posteriormente, o típico da ação dos profissionais que assistem mulheres em processo de parturição.

Ressalva-se que anterior à etapa de análise propriamente dita, desenvolveu-se uma análise preliminar tendo como horizonte o objeto do estudo e com intuito de refletir quanto à conformidade da questão orientadora e das questões empáticas utilizadas na entrevista e quanto à compreensão das mesmas pelos profissionais. Para tanto, foi se realizando as entrevistas, transcrevendo, analisando e voltando ao campo para outras entrevistas, até haver suficiência de significado para o alcance do objetivo proposto.

Além de oportunizar a percepção de que as questões estavam adequadas, este momento mostrou a necessidade de redução de pressupostos da própria pesquisadora enquanto enfermeira obstetra e estudiosa da temática, bem como a adoção de uma atitude científica deixando-se guiar pelo conjunto metodológico adotado. Zeferino e Carraro (2013) enfatizam que a todo o momento a situação biográfica do pesquisador pode falar mais alto e, com isto corre-se o risco procurar na pesquisa aquilo que os próprios pressupostos predizem, deixando velados o que se busca desvelar. Nesta perspectiva, Paula et al. (2014) destacam a importância da redução fenomenológica, colocando os conhecimentos de ser humano do senso comum entre parênteses, pois o que se pretende é a compreensão do próprio entrevistado, que não acontece guiada pelo conhecimento científico, mas pelos significados expressos por ele.

Quanto à análise dos dados, foram desenvolvidas as seguintes etapas respectivamente: transcrição das entrevistas; leitura e releitura das mesmas, visando identificar as ações desenvolvidas e captação dos motivos atribuídos pelos profissionais de saúde às ações que realizam na assistência obstétrica. Para tanto foi feito um recorte das respostas à questão fenomenológica: O que você tem em vista quando assiste mulheres em processo de parturição? A partir de então, foi possível iniciar a compreensão dos significados individuais pela correspondente análise e junção em categorias.

Posteriormente, procurou-se apreender como os profissionais da saúde vivenciam o fenômeno pesquisado e as similaridades das experiências vividas, das quais emergiram as categorias concretas do vivido e, a partir dessas, o típico da ação, aquilo que é comum a esse grupo social. Passou-se então à análise compreensiva, retornando ao referencial teórico-metodológico de Schütz, e procedendo a uma comparação dos achados com os seus ensinamentos. Outros autores que estudaram a mesma temática foram consultados com o propósito de verificar a evolução do conhecimento a partir de pesquisas na área. De tal forma, pôde-se descrever as causas e intencionalidades das ações realizadas na assistência obstétrica, constituindo os “motivos para” e “motivos porque” (SCHUTZ, 2012).

Destaca-se que, a fim de manter o anonimato, a identificação dos participantes está representada pela letra P, seguida do número correspondente à ordem em que a entrevista foi realizada. Assim, P1 representa o primeiro profissional entrevistado, P2 o segundo e assim sucessivamente até a P17. Na redação das falas, utilizou-se alguns símbolos para facilitar o entendimento do texto, a saber: reticências - [...] - no fim ou no início de uma frase para suprimir a mesma quando é muito extensa, porém com o cuidado de manter a essência das mesmas. Da mesma forma, algumas palavras e expressões foram suprimidas do corpo do texto, como “né”, “sabe!”, “aham”, “hum!”, entre outras, sem alterar, contudo o seu sentido. Além disto, preservou-se nas falas a linguagem coloquial utilizada pelos profissionais entrevistados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como mérito dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos de pesquisa (BRASIL, 2012). Para isso foram realizados os seguintes procedimentos: o projeto de pesquisa foi apresentado à Banca de Exame de Qualificação e, posteriormente, foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM.

Na sequência, foi submetido à apreciação da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do HUSM, a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da pesquisa, seguindo para o registro na Plataforma Brasil e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o parecer nº 1.387.340 (ANEXO A). Desta forma, a

produção de dados teve início após aprovação da pesquisa nas instâncias citadas.

Após a aproximação e ambientação nos cenários de pesquisa, em momento oportuno os profissionais de saúde do Centro Obstétrico foram convidados pela pesquisadora a participar da pesquisa. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), o qual foi assinado voluntariamente em duas vias, ficando uma cópia para cada participante e outra para a pesquisadora. Também foi assegurada a confidencialidade dos dados pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C). Ambos os termos foram assinados pela pesquisadora responsável, para garantir a privacidade e confidencialidade das informações.

No TCLE estavam descritos os objetivos da pesquisa, justificativa, riscos e benefícios, bem como autonomia no que diz respeito à participação espontânea, direito de desistência das participantes em qualquer etapa da pesquisa; direito à privacidade e anonimato. No termo de Confidencialidade os pesquisadores responsáveis pela pesquisa asseguram que as informações obtidas seriam de uso exclusivamente científico, com a finalidade de produção de conhecimento para a área da saúde. Comprometem-se ainda que os instrumentos de pesquisa, a transcrição das entrevistas (em arquivo digital) e os TCLE serão guardados no laboratório de pesquisa, por um período de cinco anos, e após esse, serão destruídos.

Quanto aos benefícios, consistiram-se em gerar maior produção de conhecimento na área obstétrica, podendo auxiliar na qualificação da assistência, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Os desconfortos ou riscos possíveis referiam-se ao cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou ao desconforto por ter de lembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Contudo, essas situações não aconteceram nesta pesquisa.

5 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

5.1 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A situação biográfica determinada é todo momento de vida em que um indivíduo se encontra. Esse conceito é descrito por Schütz (2012) como à sedimentação de todas as experiências anteriormente vividas pelo homem em seu mundo social, cujo conteúdo e sequência são posses únicas e exclusivas dele, bem como sua posição, não apenas em termos de espaço físico e de tempo exterior, mas também sua posição social, moral e ideológica. Por essa razão, duas pessoas jamais poderão vivenciar a mesma situação de maneira semelhante.

Neste estudo, cada profissional teve seus propósitos e objetivos peculiares, enraizados na história singular de suas vidas, influenciando assim suas motivações para realizar ações promotoras do exercício da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento. Nessa Destarte, buscou-se nas falas informações que situassem os profissionais em sua situação biográfica determinada, a partir de sua vida cotidiana e relações sociais. Algumas informações foram suprimidas devido à possibilidade de quebra de anonimato da identidade dos profissionais.

Profissional 1 (P1): Sexo feminino, possui pouco tempo de serviço na instituição hospitalar e tem interesse em especializar-se na área de obstetrícia. Não tem filhos nem vivências de parto, mas traz consigo impressões e relatos de sua história pessoal e familiar. Acredita que: “escutar é uma forma de dar autonomia”, no entanto não se sente livre para promovê-la às mulheres durante o processo de parturição devido à organização de trabalho adotada pelo serviço.

Profissional 2 (P2): Sexo feminino, possui especialização e mestrado na área de saúde da mulher. Sente-se insegura ao prestar assistência às mulheres em processo de parto e nascimento devido ao pouco tempo no serviço, todavia acredita que esta deve estar pautada na empatia e no respeito ao outro como ser humano. Destaca a interferência do contexto cultural no cenário do parto: “Elas tem conhecimento, mas mantém a atitude passiva porque sempre foi assim e vai continuar sendo assim”. Identifica muitas fragilidades no serviço e defende a necessidade de mudanças no atual modelo obstétrico.

Profissional 3 (P3): Sexo feminino, possui vivências e experiências em saúde

coletiva, mas é a primeira vez que trabalha na área obstétrica. Acredita que o exercício da autonomia da mulher no processo de nascimento do seu filho se dá no pós-parto e que a impossibilidade de escolher o tipo de parto (parto normal ou cesariana) restringe a autonomia feminina. Percebe que, devido ao medo, as mulheres em trabalho de parto são dependentes dos profissionais que lhes assistem, o que as torna totalmente suscetíveis. Discorda de algumas rotinas do serviço, mas não questiona: “Uma rotina é uma rotina”.

Profissional 4 (P4): Sexo feminino, teve sua formação e especialização focadas na área de ginecologia e obstetrícia, sendo este o seu primeiro emprego. Relata ter pouco contato com as mulheres em trabalho de parto devido à burocracia do serviço e, principalmente, pela falta de espaço para sua atuação profissional, preferindo evitar conflitos com outros profissionais. Sente que apenas cumpre protocolos e que, apesar de querer, não consegue estimular que as mulheres para que sejam autônomas: “Apesar de elas serem bem tratadas, a autonomia delas é zero, zero mesmo!”.

Profissional 5 (P5): Sexo feminino, possui grande interesse em especializar-se na área de ginecologia e obstetrícia. Compreende que a informação é essencial à autonomia no processo de parto e nascimento: “Para a mulher ter autonomia ela tem que saber o que está acontecendo”. Acredita que o exercício da autonomia feminina é respeitado o serviço, no entanto, em alguns casos, a sua restrição se faz necessária para atender às indicações médicas, sendo este o seu limite.

Profissional 6 (P6): Sexo feminino, atuou em outros serviços de saúde antes de ingressar neste, realizou especialização na área de ginecologia e obstetrícia. Possui a vivência do parto cesariano. Acredita que o esclarecimento está diretamente relacionado à autonomia da mulher no momento do parto, no entanto existe um limite: “Desde que não coloque em risco a vida dela nem do bebê, a opção de via de parto deveria ser da mulher”. Reconhece que por ser um hospital escola, algumas condutas causam desconforto às mulheres, no entanto, são necessárias a formação de novos profissionais.

Profissional 7 (P7): Sexo feminino, atua na profissão há alguns anos, no entanto ingressou no serviço recentemente. Sua vivência de acadêmica contribui para o acesso a informações e materiais que a estimulam a promover o empoderamento feminino. Presta assistência às mulheres baseada em evidências científicas e destaca que a promoção da

autonomia deve ser baseada nas diferenças: “As mulheres devem ser tratadas nas suas particularidades, mas aqui no serviço todas são iguais, todas tem os mesmos caminhos”. Aponta barreiras enfrentadas pelos profissionais do serviço e indica meios de modificar este cenário.

Profissional 8 (P8): Sexo feminino, possui experiência na assistência em atenção básica de saúde e pretende cursar uma graduação na área da saúde. Apesar da pouca experiência na assistência obstétrica, tem aprendido muito com as colegas do serviço. Acredita que as mulheres atendidas no serviço são livres para exercer sua autonomia no momento do parto: “Eu acho a maioria é bem consciente que não é obrigada a nada”, no entanto reconhece que a mesmas são encaminhadas “muito cedo” para sala de parto o que lhe causa um grande desconforto.

Profissional 9 (P9): Sexo feminino, realizou sua graduação em outro Estado e retornou ao município devido ao bom conceito atribuído à instituição de ensino. Executa suas ações assistenciais pautada em protocolos em indicações médicas. Compreende que a autonomia feminina no processo do parto é preservada no serviço, mas seu limite é dado pelas indicações médicas e manutenção do bem estar fetal. Defende que o conhecimento é essencial para o exercício da autonomia: “A pessoa tem o direito de exercer a autonomia no momento em que ela conhece aquilo que está optando vivenciar”.

Profissional 10 (P10): Sexo feminino, especialista em obstetrícia, trabalha na área há muitos anos. Tem filhos, todos nascidos de partos cesarianos e não se sente “menos mãe por isso”. Acredita que, por ser um hospital-escola, a instituição oferece uma assistência mais intervencionista. Nos plantões noturnos consegue atuar com mais proximidade às mulheres em processo de parto devido ao menor número de estudantes, no entanto, sente-se frustrada com essa limitação profissional. Destaca a falta de um pré-natal de qualidade como principal limitador da autonomia feminina: “80% das nossas pacientes vêm completamente despreparadas para o trabalho de parto, parto e amamentação. Que autonomia elas vão ter assim?”“.

Profissional 11 (P11): Sexo feminino, relata que sua formação teve pouca ênfase em saúde materno-infantil, sendo este seu primeiro contato com a obstetrícia. Inserida há pouco tempo no serviço, sente-se insegura, mas motivada a ter novas experiências e aprendizados.

Apesar da pouca experiência, surpreendeu-se com a assistência obstétrica prestada neste hospital, pois se comparado à realidade onde realizou sua graduação, o atendimento é ótimo. Acredita que ajuda as mulheres em processo de parturição a preservar sua autonomia, desde que não interfira na conduta médica: “Algumas condutas médicas têm que ser adotadas pelo bem estar dela (mulher) e do bebê, para a segurança dos dois”.

Profissional 12 (P12): Sexo masculino, pós-graduado em nível de mestrado e especialista em ginecologia e obstetrícia. Realiza supervisão de acadêmicos da área da saúde e atua diretamente no processo de parto das mulheres atendidas no serviço. Enfatiza que a má qualidade do pré-natal dificulta a assistência obstétrica para todos envolvidos: “Muitas mulheres fazem um pré-natal só de consultas, em que elas são atendidas por um profissional que acaba determinando uma via de parto, geralmente a cesariana, e sobra para a gente desconstruir todo esse mito”.

Profissional 13 (P13): Sexo feminino, trabalha há muitos anos na área obstétrica, foi uma das pioneiras de sua especialidade no Estado. Por escolha, vivenciou o parto normal, o qual considera “maravilhoso” e usa essa vivência para se aproximar das mulheres que assiste. Acredita que o conhecimento dos profissionais e a qualidade do acompanhamento pré-natal contribuem diretamente na autonomia feminina. No entanto, estimula a autonomia das mulheres com cautela: “Se eu instigar a autonomia e elas não conseguirem ter um bom resultado, eu posso frustrar elas, então eu procuro ir com cautela”.

Profissional 14 (P14): Sexo feminino, especialista na área obstétrica, tem dois filhos nascidos de parto cesariano. Só consegue realizar uma assistência mais próxima às mulheres em trabalho de parto durante o turno da noite. Aponta o pré-natal como principal “culpado” pela falta de autonomia feminina e não acredita que as mulheres sejam autônomas no serviço: “As mulheres que querem ter alguma autonomia são taxadas como difíceis ou que só dão problema”.

Profissional 15 (P15): Sexo feminino, possui experiência em obstetrícia, se diz apaixonada pela área e tem interesse em graduar-se na área da saúde. Possui uma vivência de parto normal que considera “traumática”. Não recebeu nenhum treinamento para trabalhar no setor, aprendeu muito com as colegas, mas buscou conhecimento para clarear o que é “certo e errado”. Não se sente livre para atuar profissionalmente. Acredita que promove a autonomia

das mulheres com suas ações, mas de maneira velada: “Ainda é uma coisa muito velada. Não pode falar abertamente porque senão tu acabas te comprometendo”.

Profissional 16 (P16): Sexo feminino, pós-graduada na área da saúde e possui experiência tanto na assistência como na docência na área de ginecologia e obstetrícia. Possui a vivência do parto cesariano. Acredita que a autonomia das mulheres no processo de parto é relativa, e tem seu limite indicado pela conduta médica: “É uma autonomia relativa, no momento de urgência eu não vou respeitar a autonomia da paciente”.

Profissional 17 (P17): Sexo feminino, especialista em ginecologia e obstetrícia, trabalha há anos no serviço e também atua na supervisão de acadêmicos vinculados à instituição. Possui a vivência do trabalho de parto e do parto cesariano. Acredita que as pacientes tenham pouca autonomia no serviço, onde a conduta é, sobretudo, médica, incluindo a escolha do tipo de parto. Defende que a autonomia no processo de parto depende do conhecimento da mulher: “Para a paciente ser plenamente autônoma ela deveria ter conhecimento do que está acontecendo. Então parte de educação para àquele momento, de uma preparação”.

5.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS AO ASSISTIREM MULHERES EM PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.

Em meio às ações sociais que os profissionais realizam ao assistirem as mulheres em processo de parto e nascimento, observam-se àquelas realizadas de forma prescrita ou pertencentes a protocolos do serviço e àquelas que os profissionais identificam como promotoras da autonomia feminina durante a parturição.

As ações prescritas ajudam os profissionais a operarem no mundo da vida, reconhecendo a imposição das normas nas quais o serviço encontra-se moldado. São elas: o acolhimento à unidade hospitalar, incluindo classificação de risco e orientações sobre as rotinas hospitalares; o acompanhamento durante o período de internação hospitalar, o qual inclui ações burocráticas indicadas pelos profissionais como: prescrição de cuidados, condutas e medicações e, especificamente no processo de parturição, ações relativas à avaliação e manutenção do bem-estar materno e fetal e recepção do recém-nascido. Neste período incluem-se ainda orientações aos acompanhantes de livre escolha das parturientes.

As ações promotoras da autonomia feminina durante o processo de parto e nascimento

foram identificadas após os profissionais serem questionados da seguinte forma: No seu cotidiano assistencial, quais ações você realiza que promovem a autonomia das parturientes? A totalidade dos profissionais destacou as orientações relativas ao processo de parto e às condutas obstétricas como principal estratégia de promoção da autonomia feminina. Também de forma unânime, os profissionais elencaram ações baseadas em recomendações da OMS e MS, associando-as ao exercício da autonomia das mulheres, a saber: o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, das posições verticais no primeiro e segundo períodos do parto, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher e as práticas humanizadas de recepção ao RN, além de ações que visam reduzir a utilização de práticas intervencionistas sem a adequada indicação clínica e respaldo científico.

5.3 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

As categorias concretas, como denominadas pela fenomenologia social de Alfred Schütz, reúnem sínteses objetivas dos diferentes significados da ação que emergem das experiências dos sujeitos (SCHÜTZ, 2012). Tais significados não são necessariamente excludentes, pois determinados pontos podem estar presentes em mais de uma categoria, visto que são inter-relacionadas na experiência dos sujeitos. Além disso, as categorias envolvem tanto a reflexão dos sujeitos como a visão do pesquisador (JESUS; CAPALBO; MERIGHI et al., 2013).

Nesta perspectiva, a constituição das categorias concretas do vivido deu-se a partir do agrupamento das falas dos profissionais que vivenciam a assistência às mulheres em processo de parturição. A apreensão da vivência e da intencionalidade desses sujeitos sociais permitiu desvelar os significados que se configuram em projetos para o futuro (motivos para) e àqueles expressos no tempo passado e presente (motivos porque). Os “motivos para” da ação dos profissionais são traduzidos neste estudo pelas categorias: **O melhor para todos envolvidos e Reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência obstétrica**. Os “motivos porque” foram revelados nas categorias: **História de vida e condição de ser humano e ser mulher** e **Experiência profissional e acesso a evidências científicas**.

5.3.1 Categorias concretas do vivido dos motivos para

5.3.1.1 *O melhor para todos envolvidos no processo de parto e nascimento*

A intencionalidade da ação profissional em promover a autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, mesmo que, por vezes, condicionada às questões biológicas e fisiológicas do parto, exprime o desejo de que àquele momento seja bom para todos os atores sociais envolvidos: a mulher, o recém-nascido, o profissional e o serviço de saúde.

Os profissionais esperam, por meio das ações que realizam, poder contribuir para evolução do trabalho de parto e para um desfecho favorável, quando todos ficam bem, seguros e satisfeitos. Têm em vista que este seja um momento especial para a mulher, buscando empoderá-la para que participe do processo de parto e nascimento e tenha apenas boas recordações.

Minha motivação é o bem estar delas (gestantes). [...] Fazer com que elas se sintam melhor. (P1)

Minha motivação é que elas (gestantes) entendam principalmente o que está acontecendo com o corpo delas e possam opinar, [...] tenham o direito de perguntar e de escolher o que querem fazer. O é corpo delas e são elas que estão vivenciando a gestação, então tem que ser bom pra elas! (P2)

Elas (gestantes) não estão doentes, estão em um processo que muda a vida delas. Então pra mim a motivação é essa: ver ela em um momento mágico e ficar tudo bem. Quero que ela se sinta segura comigo ou com as orientações que eu dou e que aquele momento seja especial. (P3)

Minha motivação é a satisfação da paciente. É ver a cara deles (pacientes) quando está nascendo o neném, quando nasce bem e fica tudo bem depois. E principalmente ver que deu tudo certo: neném bonito e mãe bem. (P5)

A gente tenta que elas (gestantes) tenham um bom primeiro encontro, que seja uma fase legal, um momento bonito. (P6)

Fazemos um trabalho coletivo, sempre buscando o melhor pra

paciente. [...] Eu acho que a gente participa do empoderamento das mulheres, tentamos fazer elas se sentirem mais elas, mais confiantes e seguras. [...] Eu tento passar força e energias boas para não tornar aquele momento traumatizante nem pra elas (gestantes) e nem pro neném. (P7)

Eu acho que facilita o trabalho de parto e ajuda elas (gestantes) a terem um parto melhor, [...] menos sofrido. Porque a gente vê que quanto mais tempo elas ficarem ali (em trabalho de parto), mais tempo elas vão ficar com dor, sofrendo. (P8)

A gente tem com único objetivo pensar no bem estar dela (gestante) e do feto. [...] Na medida do possível, trabalhamos de uma maneira que seja boa pra elas (gestantes) e para nós (profissionais de saúde) [...] Estamos aqui para fazer o nosso trabalho, então se está correndo tudo bem, está bom! (P9)

A gente tenta, na medida do possível, fazer o melhor. [...] O que mais me motiva é poder respeitar a paciente, é ela poder confiar em mim e o desfecho daquele momento ser um nascimento bonito, em que ela se sinta realizada como mulher e como mãe. (P10)

A dor do parto elas (gestantes) têm que sentir, mas posso ajudar para que seja um trabalho de parto tranquilo e rápido. (P11)

Por experiências e por evidências a gente sabe que o parto normal é melhor para a paciente e para o bebê, que a recuperação é melhor e em termos de custos para o hospital é uma internação mais rápida. Então acho que faz bem para todo o conjunto: para mãe e bebê, para o hospital e para tudo! (P12)

A gente procura ajudar para que elas não se sintam frustradas. [...] Nesse processo acabamos cuidando o bebê também. O objetivo é que o neném nasça bem e que saia daqui bem. (P13)

O objetivo sempre é o mesmo, o bem estar da mãe, da criança e da família. (P14)

Eu ainda me emociono quando eu vejo um parto, a emoção daquela mãe recebendo aquela vida. [...] O que a gente tenta fazer é que aquela história seja mais bonita. (P15)

Quanto mais à vontade e melhor a parturiente estiver se sentindo, melhor vai ser o processo de parturição. [...] Ela vai colaborar mais e a tendência é que evolua melhor. (P16)

Os profissionais, também, manifestam como finalidade de suas ações a satisfação profissional, pois consideram gratificante participar desse momento único de renovação da vida, onde são reconhecidos profissionalmente e trabalham na especialidade em que gostam.

Claro, não vou te dizer que não me sinto melhor quando elas agradecem, mas é meu trabalho. (P1)

Minha motivação é gostar muito do que eu faço. [...] Saio todo dia daqui com a minha cabeça tranquila, porque eu fiz tudo o que eu podia fazer. Vou pra casa feliz. (P7)

Eu vejo cada nascimento como uma satisfação em poder ajudar a colocar uma criança no mundo. (P9)

Me motiva saber que ela (gestante) pode ter mais 10 filhos, mas que pra ela aquele momento foi único. [...] Isso é gratificante pra gente: saber fazer alguma coisa que ajude o próximo. (P10)

Eu tenho certeza que faço o que gosto. Eu entro aqui e tento ser cada dia uma profissional melhor. [...] Essa semana mesmo uma gestante me disse: “Eu queria tanto que tu estivesse lá comigo!” Pra mim isso é bom. Eu fico feliz por ela reconhecer a minha importância! (P11)

Eu me sinto motivada por ser importante nesse processo. Uma dor que eu alivie ou um conforto já é o bastante. Gosto muito do meu trabalho e de saber que como profissional eu posso fazer algo que de forma leiga não poderia. (P13)

Eu gosto do que faço e, mesmo que pouca, a gente acaba fazendo alguma diferença e beneficiando aquela mãe e o seu bebê. Por menos que isso seja pra elas, é um ponto positivo para mim. (P14)

A gente sente nos olhos da paciente a confiança e elas dizem: “Ainda bem que tu estás aqui para me dar um apoio”. [...] Essa é uma recordação que ela (gestante) vai levar para sempre e gente está participando desse momento (parto). (P15)

Eu acho lindo acompanhar um parto! Te realiza conduzir a paciente e ter bom êxito, ter um parto bom. [...] Como profissional, fazer parte disso é fantástico! A pessoa vai lembrar: “Fulado de tal que me atendeu, que fez o parto”. Então eu acho que é um privilégio participar desse momento. (P17)

5.3.1.2 Reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência obstétrica

Os profissionais que assistem as mulheres em processo de parturição identificam situações em desacordo com o conhecimento adquirido ao longo de sua experiência e reconhecem a necessidade de mudanças, que variam desde a ampliação de recursos humanos e disponibilidade de recursos materiais, a modificações no modelo de assistência obstétrica vigente.

É necessária uma mudança e pra isso a gente tem que parar de fazer obstetrícia sem evidências. Tem muita coisa que a gente podia fazer pra melhorar. (P4)

A situação, às vezes, é constrangedora, a gente implora por melhora

de estrutura. (P5)

Eu acho que melhoraria muito se tivessem mais profissionais engajados trabalhando e um espaço físico melhor. (P6)

A gente tem ainda muito a melhorar. Muito, muito e muito! [...] Na verdade, é que todo (modelo obstétrico) que tem que mudar. (P7)

A gente nota algumas coisas que poderiam ser melhores. (P8)

Não é uma coisa que eu possa mudar sozinha, depende de toda a estrutura, da maneira como o serviço é organizado, né? (P9)

Uma coisa que mudaria era colocar mais uma fisioterapeuta lá dentro (centro obstétrico). Se eu pudesse mudava a infraestrutura também, porque se os quartos fossem separados seria melhor para gestantes. (P11)

A princípio, eu acho que teria que mudar toda a estrutura do centro obstétrico, porque esse modelo de leitos separados por uma cortininha não é bom pra paciente, não é bom pra ninguém. E também temos só um chuveiro no serviço, o nosso espaço físico aqui é bem limitado. (P12)

Eu gostaria que fosse diferente a estrutura aqui dentro que tivesse uns quartos mais privativos. (P13)

O acompanhamento (do trabalho de parto) não é tão bom quanto eu gostaria que fosse. [...] A gente tem uma equipe boa, embora precise mudar algumas coisas, temos pessoas que estão dispostas a melhorar. (P14)

Eu acho que tem muita mudança pra acontecer ainda. Não só a mulher ter empoderamento dos direitos que ela tem, mas a

enfermagem também se empoderar, agir e saber o papel dela. (P15)

Eu queria que tivesse analgesia de parto para todas as gestantes, uma sala individual para cada gestante, mais equipe de fisioterapia pra poder acompanhar o trabalho de parto, pra dar um suporte físico durante o trabalho de parto e mais aparelhagem também. (P16)

Eu acho que aqui elas não têm privacidade e eu não consigo conceber qualidade sem privacidade. Eu começaria mudando a estrutura física. [...] Tem muito que melhorar, em todos os aspectos. (P17)

Nessa categoria apreende-se a motivação dos profissionais ao perceberem que, apesar de lentas, estão cocorrendo mudanças no cotidiano assistencial. Eles têm a expectativa de uma qualificação da assistência prestada às mulheres em processo de parturição, valorizando sua autonomia, e da concretização de um modelo obstétrico diferente do vigente.

A gente sabe que não é como a gente gostaria, mas a gente tenta. [...] Aos pouquinhos a gente vai tentando uma coisinha aqui, outra ali. (P1)

Eu acredito que se tivesse uma mudança no sentido de a enfermeira conduzir o trabalho de parto e parto, mudaria absurdamente a questão da autonomia da mulher. (P4)

As coisas estão mudando! São passos largos de tartaruga, mas devagarzinho se chega lá! [...] Me motiva saber que a credibilidade da enfermeira está mudando. Estamos conseguindo nosso espaço e ele está sendo ampliado. Está sendo enxergado o modo como atuamos durante todo trabalho de parto. (P10)

A gente tem que tentar né? Não podemos desistir! [...] Acredito que seja um processo e que com o tempo essa mudança vai ir acontecendo. (P13)

Atualmente, está se encaminhando para a enfermeira ser mais livre para atuar (no parto). Nem sempre isso é bem visto, mas a gente está tentando melhorar a assistência devagarzinho, bem devagarzinho. [...] Se dá para melhorar, não pode continuar na mesma porque sempre foi assim. (P14)

Tem uma corrente nova (de pensamento) que está mudando essa questão de que o parto ter que ser institucionalizado, assim ou assado. [...] É um trabalho de formiguinha, [...] mas eu tenho esperança de que as coisas melhorem e que a mulher tenha mais liberdade de manifestar a vontade dela. (P15)

Pensando na autonomia das mulheres no parto: tem muito que avançar! [...] Vamos ter que reinventar a roda! [RISOS] É complicado, mas não é impossível. [...] Precisa de duas gerações pra mudar um modelo, uma ideia, um comportamento, Não é fácil e nem tão rápido como a gente gostaria. (P17)

5.3.2 Categorias concretas do vivido dos motivos porque

5.3.2.1 História de vida e condição de ser humano.

As situações ocorridas no mundo da vida e na situação biográfica dos profissionais se fizeram presentes como motivações porque das ações realizadas na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento. Os profissionais descrevem motivações relacionadas as suas histórias de vida e de nascimento, incluído situações cotidianas das suas relações sociais, sejam elas vividas no mundo da vida familiar ou traumas e dificuldades pessoais.

Minha motivação vem da minha história pessoal, a minha mãe teve três partos normais e ela conta que foram bons, que foram tranquilos. Já sobre as cesáreas da minha família, ninguém conta nada muito bom, foram por algum outro motivo de risco. (P1)

Em um curso que eu fiz me frustrei como mãe, porque como eu tinha

feito somente partos cesarianos, parecia que eu não era mãe. Eu não sou menos mãe que aquela que ganhou de parto normal! [...] Então eu respeito a paciente independente da via de parto. (P10)

Eu tive parto normal e foi por escolha! Tive a sorte de tudo se desencadear bem e evoluir pra parto. [...] Claro, eu tive bastante dor, mas foi maravilhoso! Até costumo usar essa experiência com as pacientes, porque eu sei que dói muito. (P13)

Se eu tivesse todas as informações que eu tenho hoje, eu não teria tido cesáreas. Eu seria diferente naquela hora. Na verdade, me deixei conduzir, como muitas (gestantes) se deixam, única e exclusivamente pela palavra do médico. (P14)

A minha mãe também teve os filhos de parto normal e um dia ela me disse: “Minha filha, nunca trata mal ninguém, porque eu fui muito mal tratada quando tu nasceste” e chorou. Então, quando eu quero ficar sem paciência, me lembro da minha mãe e penso que estou aqui para isso. (P15)

Quando eu tive meu primeiro parto, eu planejei um parto normal com analgesia. Tinha mais ou menos esse desejo, essas opções e essa escolha, mas precisou ser de outra forma e o meu plano não aconteceu, não foi possível. [...] Então nós (mulheres) temos que ter certa maleabilidade, porque nem sempre sai como a gente espera. (P17)

Nessa categoria, as falas dos profissionais sinalizaram ainda que o reconhecimento da condição de ser humano reflete nas ações realizadas no cotidiano da assistência obstétrica. Ao considerarem sua condição feminina, àquelas profissionais que vivenciaram ou pretendem vivenciar o nascimento de um filho, colocaram-se imaginariamente no lugar das mulheres a quem assistem.

Eu não consigo nem me imaginar numa situação que era para ser o

primeiro encontro com o filho e muitas vezes é brutal [emocionada] [...] Eu fico pensando: Como vai ser comigo um dia? Eu vou querer estar no lugar dela (gestante) e vivenciar o que ela está vivenciando naquele momento? (P1)

Me coloco no lugar como se fosse alguém na minha família. [...] Acho que a minha motivação é uma coisa feminina sabe? Poxa, eu sou mulher e ela (gestante) também é mulher! [...] Eu fico me colocando no lugar delas (gestantes). É uma coisa do feminino, mas também do humano, a final não é um objeto, não é um boneco que eu faço o que quero e nem preciso me preocupar se está doendo, se está machucando ou se ela (gestante) está gostando. Eu não faço para o outro aquilo que eu não quero pra mim. (P2)

Eu me coloco no lugar delas (gestantes): E se fosse a minha hora? E se fosse comigo? O que eu gostaria que um profissional fizesse por mim? Como eu gostaria de ser tratada? Quais as coisas que eu gostaria que me perguntassem ou que me oferecessem? Eu acho que a motivação é mais pessoal mesmo, é como eu quero que seja comigo quando for a minha vez. (P3)

Pra nós, que somos mulheres, é mais fácil nos colocarmos no lugar delas (gestantes). [...] Também passamos por esse momento (nascimento de um filho), então tentamos reproduzir os mesmos cuidados que gostaríamos de receber. (P6)

Na medida do possível, a gente tenta respeitar a autonomia porque no lugar delas (gestantes) eu também queria poder ter a minha decisão. Claro, conhecendo todos os riscos a que eu estivesse sendo submetida. Eu acho que é uma uma motivação pra mim: me colocar no lugar da paciente. (P9)

Eu não ia querer chegar a um lugar totalmente estranho, com pessoas desconhecidas e alguém me impondo alguma coisa [...] Então eu me

coloco no lugar delas (gestantes) e espero que se um dia eu engravidar, as pessoas que me atenderem façam no mínimo metade do que eu faço por elas (gestantes). (P11)

Eu já fui mãe, ganhei um filho de parto normal e sei o medo que a gente sente [...] Meu parto foi muito traumático, me senti a pior coisa no mundo. Não é fácil! Só quem viveu pra saber que, por mais que tu tenhas esclarecimento de tudo que está acontecendo, é difícil! Envolve dor, envolve angústia e às vezes é a primeira vez que tu estás passando por aquele processo. A minha experiência não foi boa, mas eu acredito que a experiência com o parto vaginal pode ser boa sim! (P15)

5.3.2.2 *Experiência profissional e acesso a evidências científicas.*

A categoria desvelou que os motivos porque das ações promotoras da autonomia estão relacionadas à bagagem de conhecimento dos profissionais que prestam assistência às mulheres no processo de parto e nascimento. Ao se referirem às ações que realizam, reportam-se a conhecimentos prévios, advindos de sua formação e experiência profissional e de evidências científicas as quais têm acesso.

Acho que durante a faculdade somos (profissionais) preparadas pra ter um olhar mais diferenciado, não tão biologicista. (P1)

Nós (profissionais) temos muito conhecimento, as evidências que estudamos são atualizadas. (P2)

Eu quero o que está preconizado, o que está escrito que é melhor para paciente. Eu faço o que está certo. Há vários artigos que eu tenho acesso que falam sobre o empoderamento da mulher e a privação imposta pelos serviços de saúde. Então eu já li muito sobre esse assunto e sei do que eu estou falando. (P7)

Hoje em dia, com a humanização do parto, a gente tenta ficar mais

próxima das pacientes. [...] Isso a gente aprende com os profissionais, com as pacientes, com os bebês e também a gente aprende coma vida. (P10)

Não se indica uma coisa que é desnecessária, enfim, está se fazendo o trabalho que é baseado em evidencia científica, [...] que vem dos cursos de formação, dos estudos, da atualização e das recomendações do Ministério da Saúde. (P12)

A gente aprende todos os dias, inclusive com os usuários, com os familiares e com a equipe. Estamos em aprendizado constante. O que achávamos que era certo há um tempo, hoje não é mais, mas a gente tem que estar aberto pra aprender e crescer também. (P13)

O curso de doulas resgatou minha vontade e coragem de fazer as coisas (práticas humanizadas). [...] Eu pelo menos peguei um ânimo pra fazer o que eu sempre gostei e sempre fiz. (P14)

Hoje eu vejo que muitas coisas que eu aprendi não são certas, mas eu percebo isso porque procurei conhecimento em outros lugares. A graduação me ajudou bastante! (P15)

Pelas normativas do parto humanizado a paciente tem o direito de escolher de que forma vai ter seu filho: como vai ser o parto, o que ela aceita ou não fazer, o que ela pretende, inclusive as vias de parto, se vaginal ou de cesárea. [...] Se ela quiser um parto natural, sem episiotomia, que é a tendência, se procura levar pra isso. (P17)

Nessa categoria, por vezes, as “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” (OMS, 2000) estiveram presentes nas falas dos profissionais. Estas, atualmente se encontram em destaque na área obstétrica e são amplamente recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde. Os profissionais demonstram orientar suas ações ao assistirem as mulheres a partir do entendimento de que o exercício da autonomia está condicionado à liberdade de escolha das mulheres em realizar ou não práticas baseadas em evidências científicas, principalmente

àquelas relacionas ao alívio da dor.

Quando elas (gestantes) querem, a gente tenta todas aquelas condutas que sabemos que são mais humanizadas. Muitas vezes falamos: “Vamos ficar numa posição mais verticalizada, tentar caminhar, ir para o cavalinho, para a bola...”. (P1)

Eu sempre pergunto se elas (gestantes) sabem que existem medidas pra aliviar a dor, se elas querem apagar a luz ou ouvir música, [...] explico os benefício do banho, mostro que temos a bola, o cavalinho e as posições que elas podem adotar (P2)

A gente sabe tudo o que vai dar continuidade nesse trabalho de parto [...] Tem toda a questão do banho e da água quente, então sempre tento perguntar para elas (gestantes): “Vamos para o banho? Tá confortável pra ti? Tu aceita fazer isso?”. (P3)

O hospital não segue todas as normas do parto humanizado, mas eu acho que informação é o primeiro passo pra autonomia da paciente [...] Eu faço orientação em relação ao banho de aspersão, deambulação, cavalinho, bola suíça, [...] a questão do acompanhante, posição do parto e essas coisas assim. (P4)

Eu acho que conversar com a paciente trás mais autonomia e informação, então a gente tenta explicar bastante como é trabalho de parto, suas vantagens e desvantagem, [...] orienta que elas (gestantes) podem caminhar ou fazer ducha, que tem a bola suíça e o cavalinho, estimula que o próprio acompanhante faça uma massagem nas costas ou ajude no sentido moral. (P5)

Se nós tivéssemos uma sala de parto mais equipada, quando ela (mulher) pedisse: “Tira essa luz da minha cara porque está me incomodando!”, eu poderia deixar mais escuro, fazer isso fazer aquilo, sabe? (P6)

A gente tenta fazer o máximo possível, se ela (gestante) quiser, vai lá e toma banho, por exemplo. [...] Porque isso existe, é verídico, está protocolado e divulgado, tem artigo, livro e autor. Teoria e prática aliadas, sabe? (P7)

A gente dá bastante liberdade para elas (gestantes), se quiserem deambular, ir para o banho, ficar na bola ou no cavalinho. [...] No leito elas também tem autonomia para ficar agachadinha, de joelhos ou de cócoras. (P8)

Basicamente, se ela (gestante) e o bebê estão bem, com a ajuda da fisioterapia e da enfermagem, nós tentamos colocar ela no banho, fazer alguns exercícios na bola suíça, deixar que ela caminhe para a gravidade ajudar, e toda aquela coisa... (P9)

A gente acompanha, orienta, tenta introduzir o uso das boas práticas [...] através de estudos, através de um papel que colocamos na cabeceira do leito com fotos das técnicas de relaxamento. (P10)

A gente adota algumas posições, pode ser no leito ou fora dele, pode ser no cavalinho ou usar bola suíça, depende do que vai sendo conversado com a equipe médica. [...] Quando está no início ou não tem muita dilatação eu também oriento pra ir para o banho. (P11)

A gente oferece alternativas de alívio da dor e de posições, a gente encoraja no sentido de que existem vias para que o trabalho de parto não seja tão doloroso. (P12)

A gente orienta o quanto elas (gestantes) podem ajudar trabalhando a respiração e algumas técnicas de relaxamento como: o banho morno, as posições alternativas, o cavalinho e a bola suíça. Tudo isso ajuda muito! (P13)

Quando é possível, eu não tiro o bebê de perto da mãe e, quando ela vai para sala de recuperação, eu já faço o contato pele a pele e o bebê vem mamando. Se não der pra fazer isso, no mínimo, deixo perto. (P14)

Pra mim o natural é deixar a paciente em trabalho fazer o que ela quiser: caminhar, sentar, levantar, ajoelhar, deitar, ficar com a mãe ou com a doula, tomar banho ou não, ganhar seu filho onde ela quiser. (P15)

Quando o parto está transcorrendo bem, a gente estimula as pacientes a deambular, ficar na bola, tomar banho, essas coisas mais relaxantes e mais estimulantes para o parto. [...] Ela também pode comer uma refeição leve, desde que não tenha nenhuma contra indicação. (P16)

Normalmente as pacientes são estimuladas a algumas ações objetivas, como por exemplo: que a caminhar, ficar na bola, fazer exercícios e etc. (P17)

5.4 TÍPICO DA AÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM MULHERES EM PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

Na fenomenologia social, a tipificação é uma das concepções mais importantes e representativas, a qual oportuniza a apreensão de um conhecimento anônimo e objetivo do fenômeno estudado, que se desvelará a partir das vivências e experiências subjetivas e intersubjetivas (JESUS; CAPALBO; MERIGHI et al, 2013). Remete-se a um esquema conceitual, o qual reúne as vivências conscientes de um indivíduo ou de um grupo no mundo social; consiste em representação da ação, do indivíduo ou grupo que a torna homogênea, em detrimento das características singulares de cada uma (SCHUTZ, 2012).

Zeferino e Carraro (2013) destacam que, para compreensão da realidade social, deve-se apreender as tipificações que surgem nas falas dos sujeitos. Para tanto, por meio das descrições das experiências dos sujeitos, são captados os pontos comuns mais enfatizados, elaboram-se as categorias da ação humana e, através de uma processo de interpretação da

vivência subjetiva dos atores, procura-se chegar à apreensão do típico do vivido ou ao típico da ação. Os aspectos de maior significado do vivido traduzirão o ponto de vista, o modo de agir dos sujeitos, para que assim os significados das ações possam ser compreendidos e, desta forma, compreenda-se o fenômeno investigado.

Apresenta-se, então, o construto elaborado pela reflexão sobre a vivência do sentido comum que se dá no cotidiano do mundo social do profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres em processo de parto e nascimento. A apreensão do típico da ação neste estudo, possibilitou compreender que o agir do profissional de saúde é fundamentado em seus pontos de vista e intenções. Nesta perspectiva, a análise das falas possibilitou captar os aspectos típicos da ação vivida pelos profissionais de saúde que vivenciam a assistência ao processo de parto e nascimento: *Têm em vista o melhor para todos envolvidos: mulher, recém-nascido, profissional e serviço. Apesar de reconhecerem a necessidade de mudanças estruturais e de comportamento, mantém a expectativa de estar contribuindo futuramente à qualificação da assistência obstétrica. São orientados por suas histórias de vida e nascimento, por sua condição de ser humano colocando-se, imaginariamente, no lugar do outro e por sua experiência profissional e acesso a evidências científicas.*

6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

A interpretação compreensiva das categorias concretas do vivido foi desenvolvida a partir do agrupamento dos *motivos para* e dos *motivos porque* das ações realizadas pelos profissionais na assistência ao processo de parto e nascimento, fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz para a interpretação dos achados. Deste modo, torna-se importante lembrar que os *motivos para* se referem a algo que se pretende realizar, a finalidade de atingir, a vontade de fazer. Referem-se ao futuro, àquilo que realmente se pretende com a ação, neste estudo a ação de assistir as mulheres em processo de parturição. Desvelam-se quando olhamos para o processo da ação acontecendo, portanto aludem à perspectiva de futuro, configurando uma categoria essencialmente subjetiva que se revela ao observador somente se ele perguntar ao ator sobre o significado que ele próprio atribuiu à sua ação (SCHÜTZ, 2012).

Já os *motivos porque* remetem ao passado sedimentado, a situação em que o ator já possui sua bagagem de conhecimentos disponíveis (gostos, preferências, preconceitos) e que irão determinar o projeto. Sua ação é determinada por sua situação pessoal ou mais precisamente, por sua história de vida. Estes motivos somente podem ser expressos a partir do ato já concluído pelos atores sociais e, para compreensão desses motivos, há que se fazer uma reflexão do passado, reconstruída a partir da reflexão do ator em relação ao seu próprio ato (SCHÜTZ, 2012).

Cabe ressaltar que foi realizado o diálogo entre os resultados da pesquisa, o referencial teórico da fenomenologia social e as evidências científicas relacionadas à temática em estudo. Essa tríade permite uma visão contextualizada e teoricamente embasada do fenômeno estudado, além disso, possibilita que pesquisador garanta a validade científica dos modelos construídos, a significação subjetiva da ação e a compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum da realidade social (JESUS, CAPALBO, MERENGHI, 2013).

A partir disso, resgata-se as categorias concretas do vivido desveladas dos motivos para: “o melhor para todos envolvidos no processo de parto e nascimento” e “reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência obstétrica”. E as categorias desveladas dos motivos porque: “história de vida e condição de ser humano” e “experiência profissional e acesso a evidências científicas” e interpreta-se cada categoria separadamente.

6.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA

Na categoria **“melhor para todos envolvidos no processo de parto e nascimento”** evidenciam-se os relacionamentos sociais vivenciados pelos profissionais no cotidiano assistencial. Segundo a concepção de Schütz (1979, pag. 160), viver no mundo da vida cotidiana significa viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais. Essa interação social envolve a ação social de pelo menos duas pessoas que se orientam uma em relação à outra. Argumenta ainda que a relação social constitui-se como elemento fundamental na interpretação dos significados da ação dos sujeitos no mundo cotidiano.

Durante a assistência à saúde, as ações sociais são vividas de maneira diferente por cada um dos atores envolvidos, mas inseridas no mundo da vida social. Inscrevem-se em relações intersubjetivas, sendo significadas e ressignificadas a partir do tipo de relação estabelecida com o outro (JESUS, CAPALBO, MEREGHI et al., 2013). De modo semelhante, a assistência obstétrica implica um tipo de relação social pautada na intesubjetividade, no acervo de conhecimentos e na situação biográfica dos sujeitos que dela participam. Além disso, os profissionais compartilham com as mulheres o mesmo tempo e espaço e vivenciam sua experiência lado a lado, participando simpaticamente das vidas um do outro. Trata-se portanto, do estabelecimento de uma relação social que Schütz (2012) denomina relação face a face, caracterizada pela proximidade, quando um está voltado para o outro.

Os profissionais voltam-se às mulheres quando as compreendem como semelhantes dotados de direitos, em especial o de viver o parto como um evento único e especial. Neste momento, agem de maneira a alcançar o melhor para todos os envolvidos, o que inclui: o bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família, além de uma atenção obstétrica de qualidade e sem intercorrências. Em contrapartida, as mulheres voltam-se aos profissionais ao reconhecerem sua importância na resolução da gestação, despertando nos mesmos um sentimento satisfação profissional. Ressalta-se que apenas neste momento, o parto assume características típicas positivas, sendo compreendido como um dos momentos mais felizes para todos os atores sociais envolvidos.

A OMS (2015) ressalva que todas as mulheres, em especial as grávidas, têm direito a uma assistência digna e respeitosa e a usufruírem do melhor padrão atingível de saúde física e mental, incluindo saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantirem os direitos humanos das mulheres,

responsabilizando-se pela maneira como as mesmas são tratadas durante o parto, garantindo e implementando políticas claras sobre direitos e normas éticas.

Nesta perspectiva, a assistência à saúde deve ser norteada por quatro princípios fundamentais: respeito, justiça, beneficência e não maleficência. Substancialmente pode-se dizer que o respeito deve primar pela autonomia dos indivíduos em deliberar sobre suas escolhas, enquanto que a justiça prima por uma atenção de qualidade para todos. O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e o da não maleficência em minimizar danos ou prejuízos, ou seja, assegurar o bem-estar das pessoas assistidas (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Assim, para prestar uma assistência obstétrica de qualidade, deve-se tomar por base estes princípios, reduzindo intervenções obstétricas desnecessárias, evitando causar danos à saúde das mulheres e seus filhos e, principalmente, assegurando integridade e autonomia às decisões que lhes dizem respeito

Entretanto, nesta categoria observou-se que os profissionais esperam inicialmente o bem-estar clínico das mulheres e recém-nascidos e, por vezes, reduzem sua interpretação do “melhor para todos envolvidos” a procedimentos bem sucedidos tecnicamente, o que denota a inserção destes em uma rede de saúde permeada pelo modelo tecnocrático e medicalizado. Embora os profissionais tenham mencionado o respeito à autonomia feminina durante as entrevistas, tiveram dificuldades em expressar as ações que realizavam a fim de promovê-lo, descrevendo apenas ações voltadas para o reconhecimento dos direitos das mulheres e dos recém-nascidos, entre elas: o direito a presença do acompanhante no processo de nascimento e receber informações necessárias sobre o parto.

Mais uma vez, a bagagem de conhecimento constituiu-se como orientadora das ações dos profissionais no cotidiano obstétrico. Sob a égide da proteção da saúde materno-infantil face à concepção negativa do parto, os profissionais por vezes agiram desconsiderando aspectos sociais, afetivos e sexuais vivenciados na experiência do parir. Enfrentar esta realidade exige a instituição de políticas públicas que atuem na mudança das práticas de atenção ao parto nos serviços de saúde, nos currículos e campos de prática dos cursos de graduação e especialização em obstetrícia e neonatologia. Afinal, a inclusão de programas de atenção humanizada e a problematização das políticas durante a formação profissional pode ser considerada uma medida estratégica para garantir que a humanização esteja presente nos serviços de saúde. É necessário atuar junto aos acadêmicos e médicos obstetras na avaliação do modelo vigente e seus resultados maternos e perinatais, tendo como subsídio dessa discussão as evidências científicas (PASCHE et al., 2014)

A categoria **“reconhecimento e expectativa por mudanças na assistência**

obstétrica” torna evidente a consciência dos profissionais acerca dos conhecimentos e recomendações amplamente divulgados pelo movimento em prol da qualificação da atenção ao parto. Unânime em todas as falas, o reconhecimento da necessidade de transformação da realidade dos serviços de saúde instiga os profissionais. Incluem-se desde modificações na infraestrutura, transformando o espaço hospitalar em um ambiente acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas, até mudanças da atuação profissional na direção de um novo paradigma de assistência.

A tendência atual de transformação parte do modelo obstétrico que considera o parto um evento médico e de risco, cujo cenário é o ambiente hospitalar, para outro que tem como foco o resgate do protagonismo e da autonomia feminina, percebendo o nascimento como evento fisiológico onde a família deve ser reinserida. Neste sentido, o Ministério da Saúde tem apoiado a implementação de estratégias baseadas nas recomendações da OMS, que assegurem às mulheres uma vivência mais positiva na parturição, de forma qualificada e segura (FUJITA; SHIMO, 2014, SOUSA et al., 2016).

Apreendeu-se ainda que as ações intencionais com vistas a mudanças no modelo obstétrico estão relacionadas muitas vezes às relações sociais, principalmente àquelas entre profissionais com diferentes formações acadêmicas e pontos de vista. Nestas, estão presentes situações vividas cotidianamente no serviço hospitalar e que, de alguma maneira, implicam na restrição do exercício profissional. Alguns profissionais, principalmente àqueles que compõem a equipe de enfermagem, expressaram a dificuldade que encontram para realizar práticas voltadas à humanização da assistência devido ao modelo tecnocrático e médico centrado no qual o serviço cenário deste estudo encontra-se moldado.

Nesta perspectiva, discute-se uma situação presente na realidade brasileira, na qual, mesmo sendo reconhecida a necessidade de mudanças em busca da valorização da atenção obstétrica, não se consegue instituir efetivamente o modelo pautado nos princípios da humanização devido à sobreposição do típico da ação alicerçado no contexto sócio-histórico de sujeitos, o que, conseqüentemente, estabelece uma determinada ordem social. No entanto, Jesus, Capabo, Mereghi et al. (2013) defende que as características típicas da assistência não devem ser fixas, sendo continuamente reestruturadas a partir de situações diferentes que servirão de base para motivações que conduzirão a novas ações sociais.

Dentre as conseqüências do modelo vigente está a crescente insatisfação das mulheres com a experiência do parto. Sabe-se que a satisfação com a assistência obstétrica é uma forma indireta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde e está associada principalmente a conseguir vaga para internação, ao tempo de espera para serem atendidas, ao respeito dos

profissionais, a privacidade no trabalho de parto e parto, a clareza nas explicações e o tempo disponível para fazer perguntas, a participação nas decisões e à rapidez do nascimento de seus filhos (D'ORSI et al., 2014, DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017).

As falas demonstraram que, apesar de reconhecerem a necessidade de mudanças no modelo obstétrico vigente e vislumbrarem o exercício da autonomia feminina como ponte para efetivação da humanização da assistência ao parto, os profissionais, por vezes restringem esse princípio a liberdade de escolha de práticas previamente determinadas por protocolos e rotinas do serviço. Todavia, para uma prática humanizada, não pode ser negada a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2005). No processo de parto, autonomia significa que as mulheres participem ativamente de todo processo, livres de coerções e pressões, sendo respeitados os seus direitos de cidadania e recebendo uma assistência baseada em evidências científicas (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Todavia, os profissionais presenciam e percebem que, apesar de lentas, estão ocorrendo mudanças no cotidiano assistencial. Motivados por esta situação, agem esperando contribuir futuramente à qualificação da atenção obstétrica. Neste sentido, realizam o que Schütz (2012) denomina de ação projetada, quando há o objetivo de atingir uma meta. Ao projetarem a ação, os profissionais antecipam um comportamento, sendo que as possibilidades de fazê-lo estão diretamente ligadas aos elementos do presente vivido. Logo, a projeção de suas ações estão condicionadas a sua situação biográfica e estoque de conhecimento, principalmente àquele relacionado às evidências científicas que emergem do movimento pela humanização do parto.

Reitera-se assim que os motivos para a ação demonstram que os profissionais agem conscientemente ao assistirem as mulheres em processo de parturição, uma vez que antes de agirem tem uma representação na mente daquilo que irão fazer, em um projeto preconcebido. Por meio das ações promotoras da autonomia, os profissionais esperam contribuir para efetivação de um novo modelo de atenção obstétrica, bem como auxiliar as mulheres na vivência humanizada, segura e feliz do parto.

O conceito de humanização adquire significado especial se pensado na perspectiva do parto e nascimento. Prestar uma assistência humanizada significa compreender as mulheres em sua individualidade, tomando suas necessidades específicas como foco central da atenção obstétrica. Para tanto, é importante considerar seu direito a autonomia, ao acesso às informações de qualidade e a participação ativa durante todo processo parturitivo. Esses fatores promovem o protagonismo feminino, colaborando para que o parto passe a ser visto como um processo consciente e participado (PIESZAK et al., 2015, SILVA; NASCIMENTO;

COELHO, 2015).

Na assistência obstétrica, a humanização ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e sociedade. Diversas estratégias possíveis esbarram no modelo de atenção predominante, focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento. Contudo, gradativamente, estados e municípios estão aderindo às recomendações ministeriais reforçadas por meio do programa da Rede Cegonha, e recebendo incentivos financeiros para adequação das infraestruturas e processos de assistência. Além da ampliação do número destes serviços, é necessária a qualificação e incorporação de outros profissionais na assistência à gestação, ao parto e nascimento, tais como enfermeiras obstetras (MOTTA et al., 2016, OLIVEIRA et al., 2016).

A inserção de enfermeiros, sobretudo de especialistas em obstetrícia, nos serviços de atenção ao parto é estratégica e prioritária. Capaz de direcionar e sensibilizar a equipe multiprofissional à assistência humanizada, o enfermeiro obstétrico possui papel fundamental nas mudanças do atual cenário da obstetrícia (MOTTA et al., 2016). Resultados obtidos em estudos nacionais e interacionais apontam experiências exitosas no sentido de refigurar práticas em saúde presentes em diferentes campos obstétricos, permitindo identificar assim o compromisso destes profissionais com a promoção da saúde na qualidade da assistência e com os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento (VIEIRA et al., 2016, OLIVEIRA et al., 2016, MEDEIROS et al., 2016, REIS et al., 2015).

Fica clara, deste modo, a importância dos enfermeiros obstétricos para efetivação de uma assistência integral e com competência técnica e científica, capaz de mensurar as necessidades humanas, para se utilizar as condutas úteis e preconizadas pelo MS e OMS no trabalho de parto e parto (VIEIRA et al., 2016). Entretanto, faz-se necessário inseri-los no SUS não apenas nos serviços de assistência ao parto, sendo incorporados também à atenção primária de saúde de modo a participar e realizar progressivamente o pré-natal das usuárias, o que facilitaria a atuação e construção da legitimidade desse profissional junto à sociedade em geral e às mulheres brasileiras (NORMAN; TESSER, 2015).

Humanizar a assistência à saúde significa romper com o paradigma biologicista, prescindindo da percepção do sujeito como objeto de intervenção em razão de uma visão ampliada do ser humano com suas necessidades, sentimentos e condicionantes biológicos, sociais, culturais e econômicos (CASSIANO et al., 2015). Neste ínterim, a enfermagem obstétrica assumiu um importante papel nas distintas faces da implementação do processo de humanização ao apropriar-se de uma nova concepção do fazer em saúde,

admitindo a sensibilidade, o respeito e o amor pelo ser humano como aspectos inerentes a assistência obstétrica, devolvendo, assim, às mulheres seu direito de ser mãe com humanidade e segurança, sendo esta realidade ainda um desafio para todos os profissionais, como promotores de saúde (ZVEITER; SOUZA, 2015).

6.2 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PORQUE

Na categoria “**história de vida e condição de ser humano**” observa-se que as motivações atribuídas às ações que os profissionais realizam junto às mulheres em trabalho de parto estão relacionadas a diversas situações do mundo da vida, como: a influência de grupos sociais por meio de experiências vivenciadas por seus semelhantes, a influência de suas próprias vivências (de parto ou na assistência ao parto) ou planos para ações futuras. Cabe lembrar que para Schütz (1979, pag. 19) o mundo da vida é o cenário onde o indivíduo vive. Significa um mundo intersubjetivo que existia antes do seu nascimento e continuará a existir após a sua morte. Portanto, é um mundo social, pré-estruturado por outros, nossos antecessores, e sua estrutura particular é fruto de um processo histórico diferente em cada cultura e sociedade.

Estas relações sociais do mundo da vida e a sedimentação de todas as experiências anteriores vivenciadas pelo profissional constituem a sua situação biográfica determinada, incluindo o ambiente físico e sociocultural, dentro do qual o mesmo tem a sua posição moral e ideológica. Conforme Schütz (2012), subjetivamente, duas pessoas jamais vivenciarão a mesma situação de forma igual, pois cada uma chegou a ela tendo em mente seus próprios propósitos e objetivos enraizados no seu passado e história singular de vida.

Ao apreender os motivos porque atribuídos pelos profissionais para prestar assistência ao processo de parturição, observa-se que a situação biográfica deles foi marcada por experiências negativas de parto repassadas por pessoas do seu convívio. Isso é consonante com o pensamento de Schütz (1979), quando diz que recebemos a maior parte de nossos conhecimentos em formas aceitas pelo grupo social onde nascemos e crescemos. Recebemos uma visão do mundo e uma série de tipificações e maneiras típicas de se comportar para alcançar certos fins típicos, são os costumes e normas que regulam a conduta humana.

A tipificação constitui-se em uma elaboração objetiva, reconhecida e compreendida por aqueles que vivenciam uma relação semelhante (SCHÜTZ, 2012). Nessa perspectiva, considera-se a visão de mundo dos profissionais acerca do parto como algo preestabelecido socialmente. Em muitas culturas e grupos sociais, inclusive no Brasil, o parto é associado à

insegurança, ansiedade e ao medo. Tais sentimentos geram uma expectativa negativa em relação ao nascimento que, transmitida entre gerações, constitui um componente cultural que fortalece a representação do parto normal como sinônimo de sofrimento (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Compreende-se que esta visão tipificada do parto normal também esteja relacionada a um grave problema de saúde pública: a falta de investimentos na saúde da mulher e precarização da assistência obstétrica que, juntamente com as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos, resulta em obstáculos para a qualificação da assistência e a manutenção dos índices de mortalidade materna no país (RODRIGUES et al., 2015). Neste cenário onde o parto foi desfigurado em um procedimento médico-cirúrgico, a mulher é retirada do seu papel de protagonista, perde sua autonomia e submete-se cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, descaracteriza e violenta (WEIDLE et. al, 2014).

O conhecimento acessível por meio características típicas expressas em situações negativas contribui para o declínio da capacidade das mulheres em lidar com o fenômeno do parto, suas dores e imprevisibilidade e, conseqüentemente, impacta na forma como elas irão encarar o processo de parturição e a maternidade. Tal fato contribui diretamente à supervalorização da cesariana pela população em geral e às elevadas taxas desse tipo de parto encontradas internacionalmente (LANINSKY, 2014, PIMENTA et al, 2013). Cita-se como exemplo o Brasil, um dos países com maiores taxas de cesárea em todo o mundo, 53,9% no ano de 2011. Este é um problema complexo e multifatorial que indica o grau de hipermedicalização da maternidade em que se situa o país (BRASIL, 2014).

Estudo nacional aponta que, apesar da preferência pela cesariana ter aumentado nas últimas décadas, no início da gestação a maioria das mulheres estudadas (66%) desejava ter um parto vaginal. No entanto, ao final da gestação, um terço já havia decidido pela realização de uma cesariana. As razões para preferência por este tipo de parto diferiram conforme a paridade e a fonte de pagamento do parto. Corroborando aos achados deste trabalho, predominam àquelas razões associadas às percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor. Fato surpreende se considerada a disponibilidade atual de analgesia peridural e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor (DOMINGUES et al., 2014).

De modo semelhante, estudo fenomenológico destacou entre os motivos que justificaram a decisão das mulheres pela cesariana: o medo do parto vaginal, geralmente oriundo de experiências repassadas por pessoas próximas ao seu convívio, como a sua mãe e marido (SILVA et al., 2014). Corroborando a este achado, a constatação de que às notícias

negativas acerca das experiências de outras gestantes fazem com que essas fiquem receosas diante do que vão vivenciar (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017), enquanto experiências positivas, principalmente àquelas transmitidas pela figura materna, auxiliam para uma vivência integral e enriquecedora em relação ao parto, e estão relacionados à preferência pelo parto normal (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Os profissionais de saúde, apesar de possuírem uma conduta pautada em conhecimentos científicos, também são influenciados pelas tipificações dadas por seu grupo social, sendo incitados e guiados por instruções e concepções apoiadas na crença do parto como evento amedrontador e inseguro. Soma-se a isso, uma formação profissional fundamentada em um modelo biomédico, que privilegia e supervaloriza os avanços tecnológicos em detrimento de uma assistência baseada na subjetividade, nos direitos e na dignidade dos usuários. Nesse modelo, o saber técnico-científico se sobrepõe à competência própria das mulheres para lidar com seu processo de parir que, paradoxalmente, é delegado a agentes técnicos, passando a compor o rol das práticas médicas (PASCHE et al., 2014).

Assim, pode-se considerar o parto como um processo que reflete valores históricos e culturais prevalentes em cada sociedade e que o discurso do mundo social influencia no conhecimento e comportamento de todos os atores sociais envolvidos, despertando sentimentos como medo, ansiedade e insegurança. Neste sentido, são necessários trabalhos educativos voltados para as mulheres e para a população geral, divulgando informações sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, sobre as práticas assistenciais disponíveis, incluindo os métodos para alívio da dor, visando conceder autonomia na escolha feminina (WEIDLE et. al, 2014, CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Em outro momento, as ações dos profissionais foram pautadas na própria experiência ou na vivência de parto que projetam para si, por meio da compreensão subjetiva e genuína. Ao prestar a assistência obstétrica, os profissionais identificam suas próprias experiências de parto com as das mulheres a quem assistem e imaginam-se vivenciando o processo de parturição. De acordo com Schütz, (1979, pag. 33, pag. 172) este tipo de compreensão pode ser alcançado quando nos colocamos, imaginariamente, no lugar do outro e projetamos seu objetivo como se fosse o nosso. Esse tipo de experiência supera o sentimento de empatia, uma vez que o outro é compreendido com um ser semelhante, dotado de consciência, que vivenciará a situação de acordo com suas experiências singulares e de forma diferente do que imaginamos que faríamos.

Ao imaginarem o processo de parturição que gostariam de vivenciar, os profissionais são motivados a promover o exercício da autonomia das mulheres as quais assistem, pois, na

mesma situação, desejam ter seus direitos respeitados. A ideia de autonomia conduz à ideia de liberdade, capacidade do exercício ativo de si, livre decisão e direito de escolha dos indivíduos sobre suas ações e capacidade para construir a própria trajetória de vida (LEÃO et al., 2013). Defender a autonomia das mulheres é reconhecer seus valores, expectativas, necessidades e desejos, frutos do seu mundo social, que precisam ser considerados na assistência obstétrica (SANFELICE; SHIMO, 2016).

Apreende-se assim, à luz do referencial da fenomenologia social, que a situação biográfica única dos profissionais, juntamente com sua situação sociocultural, o momento da vida em que se encontravam (mulheres jovens que pretendem ter filhos) e as interferências das suas vivências passadas (àquelas que já foram mães), constituíram-se como fatores orientadores das ações realizadas na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento. Tal achado é corroborado por Zeferino e Carraro (2013), que consideram primordial o conhecimento da história de vida do ator social estudado para compreensão daquilo que o levou a praticar ações em seu cotidiano social, seus “motivos porque”.

Evidenciou-se ainda que ao depararem-se diante das mulheres em processo de parturição, os profissionais orientam-se pela interpretação de suas experiências anteriores de trabalho e conhecimentos advindos de sua formação profissional, seu próprio estoque de conhecimento. Fato este encontrado na categoria “**experiência profissional e acesso a evidências científicas**”.

Na concepção de Schütz (1979, pag. 74), o estoque de conhecimento a mão serve como um código de interpretação de suas experiências passadas e presentes, e também determina sua antecipação das coisas que virão. Assim, para compreender as situações que se apresentam no cotidiano assistencial, os profissionais reportaram-se ao acervo de conhecimentos adquiridos ao longo de suas vidas. Este é constituído primariamente por valores e crenças repassadas por seus antecessores e semelhantes, como mencionado anteriormente e, posteriormente pelos educadores e experiências concretas de sua formação profissional.

Nesta categoria as falas foram permeadas constantemente pelo conhecimento dos profissionais sobre as “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”, pertencentes a um guia de recomendações para atenção ao parto normal desenvolvido em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e amplamente divulgado no Brasil. Conforme evidências científicas, as práticas mais comuns na assistência ao parto foram classificadas em quatro categorias: A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; C - práticas poucas

evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 2000)

Estas categorias foram criadas visando promover uma assistência neonatal e obstétrica menos intervencionista no momento do trabalho de parto e parto. Baseadas no alívio da dor, conforto físico e emocional, liberdade de escolha e melhor via de parto, as práticas preconizadas viabilizam o resgate da autonomia e protagonismo das mulheres, do recém-nascido e dos familiares, respeitando os direitos reprodutivos e dando suporte (material, pessoal e emocional) para que as mulheres vivenciem o processo de parturição de forma segura, satisfatória e feliz (BRASIL, 2014, VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

No entanto, ao citarem as evidências científicas as quais tem acesso, os profissionais, por vezes, descrevem-nas com vagueza ou não demonstram reflexão consciente sobre as mesmas. O que pode ser reiterado ao pensamento de Schütz (1979, pag. XX), que descreve o estoque de conhecimento como uma estrutura heterogenia e apresentada em sistemas de relevância. Nas situações da vida, alguns elementos do estoque de conhecimento podem ser mais relevantes que outros ou ainda irrelevantes. Destaca-se aqui a situação dada atualmente pelo movimento em busca da humanização do parto. As falas evidenciaram conhecimentos que condizem com o que este modelo obstétrico propõe, porém estes conhecimentos mostraram-se por vezes marginais ou irrelevantes, apresentando incoerências e contradições, sendo reproduzidos durante as entrevistas apenas por pertencerem ao estoque de conhecimento a mão dos profissionais.

Àqueles profissionais que receberam uma formação baseada em um modelo intervencionista e biomédico, mesmo reconhecendo a tendência atual de uma assistência onde as mulheres reassumem o papel central na cena do parto, percebem essa situação como algo problemático. Entretanto, a ampla divulgação desta temática no seu mundo social, seja por parte de recomendações ministeriais, dos profissionais com quem convivem ou das mulheres a quem assistem, tem despertado seu interesse atual, exigindo atividades de investigação para que sejam capazes de adequarem-se a este novo paradigma.

Cabe ressaltar que um dos aspectos impressionantes da prática assistencial pautada no modelo obstétrico vigente é a pressa em provocar o nascimento das crianças, bem como, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e de respeito à autonomia feminina. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão dos profissionais de saúde e não na

dinâmica do corpo da mulher (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017, LEAL et al., 2014).

Embora haja amplo esforço para a mudança do modelo vigente de atenção ao parto, a hipermedicalização é considerada um dos maiores problemas da saúde materna no Brasil. Estudo contemplando uma amostra representativa dos partos hospitalares de todo o país avaliou o uso das boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual. Alarmantemente, foi demonstrado que as práticas reconhecidas como boas foram implementadas para menos da metade das mulheres que poderiam tê-las recebido. Por outro lado, as intervenções obstétricas foram excessivas sobre o trabalho de parto e o parto, não considerando nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas atuais. Destacou-se que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual vivenciaram seu parto de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia (LEAL et al., 2014).

De fato, muito se tem trabalhado para mudanças da forma de condução do parto com primazia da ideia de passividade das mulheres durante as intervenções que abreviam o tempo de nascimento. No entanto, as condutas obstétricas são passadas intergeracionalmente no decorrer do tempo e são aceitas como verdadeiras, dificultando uma mudança no comportamento dos profissionais. Estes reproduzem o que lhes é ensinado durante sua formação acadêmica, inclusive, muitas vezes, agindo como se não houvesse uma base científica de sustentação para a alteração de técnicas tradicionais (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017, LEAL et al., 2014, CARVALHO et al., 2012, BRASIL, 2011).

Todavia, ressalta-se que a maioria dos profissionais deste estudo, além de demonstrar conhecimento sobre as boas práticas, apresenta interesse em utilizá-las em seu cotidiano assistencial. Apesar das barreiras impostas, seja por seus colegas de trabalho ou pela falta de estrutura física do serviço hospitalar, os profissionais demonstraram que seus interesses dominantes na assistência ao parto e nascimento estão direcionados a busca pela humanização do parto e as boas práticas servem como estratégia nessa direção.

Esta valorização das ações de humanização por parte dos profissionais vai ao encontro dos esforços do Ministério da Saúde reforçados pela política pública denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011). No entanto, ressalta-se que a proposta da Rede de Humanização do Parto e Nascimento extrapola as questões biológicas e as práticas de conforto para amenizar a dor, defendendo, essencialmente, o incentivo à autonomia das mulheres e o poder de decisão sobre seus corpos e partos (PIESZAK et al., 2015). Destarte, compreende-se a importância da introdução de ações alicerçadas em evidências científicas, entretanto a presença do profissional durante o trabalho de parto e deve ser focada na compreensão de que

as questões ligadas às esferas sociais, sexuais e psicológicas são importantes para vivência autônoma do parto de cada mulher (DOMINGUES et al., 2014).

Desde a institucionalização da humanização da assistência como um direito de todos os cidadãos, as reflexões sobre esse processo têm sido inseridas gradativamente na área da saúde. Seus preceitos defendem a garantia das demandas da população por parte dos serviços, no que diz respeito às questões relacionadas à saúde, respeitando a dignidade humana e a autonomia dos sujeitos. Pensar em humanização no processo de parturição significa compreender que, mesmo sendo considerado um período de grandes vulnerabilidades, o parto é um momento único na vida das mulheres, cabendo-lhe seu direito de vivenciá-lo da forma mais autônoma possível, sem abrir mão da atenção profissional para si e para seu filho (CASSIANO et al., 2015, BRASIL, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou apreender as motivações das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento, bem como o típico da ação desses. Na perspectiva da fenomenologia social, possibilitou conhecer as questões vividas, bem como a essência das relações sociais estabelecidas pelos profissionais no mundo da vida cotidiana. Considera-se que o referencial utilizado mostrou-se relevante na condução de estudos com profissionais de saúde da área, uma vez que esses pautam suas ações em objetivos e intencionalidades que precisam ser desvelados a fim de que se possa qualificar a atenção obstétrica e buscar articulações possíveis que contribuam para transformação de seu modo de agir em direção a uma assistência fundamentada nos preceitos da dignidade e autonomia feminina.

Desvelou que as ações realizadas pelos profissionais na assistência ao processo e parto e nascimento são orientadas a partir de diversas situações do mundo da vida, sendo influenciadas pelo grupo social no qual estão inseridos e por suas próprias vivências e acervo de conhecimentos advindos da formação profissional. Tais considerações remetem à necessidade da problematização da temática perante a sociedade, valorizando o uso racional de tecnologias e o parto com uma experiência potencialmente satisfatória, centrada na qualidade das relações humanas e no verdadeiro exercício da cidadania e garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres.

Evidenciou ainda que, devido à proximidade das relações sociais estabelecidas com as mulheres a quem assistem, os profissionais agiram com a finalidade de alcançar um desfecho favorável para todos os atores sociais envolvidos. Entretanto, ancorados em sua posição moral e ideológica, por vezes apresentaram uma visão reducionista, desconsiderando aspectos essenciais à vivência autônoma da parturição. Tais achados apontam para umas das principais considerações deste estudo: a concepção desfigurada do princípio da autonomia feminina frente ao fenômeno investigado.

Pensar em autonomia na cena do parto conduz a ideia de tomada de decisão livre, voluntária e esclarecida por parte das mulheres sobre suas ações e questões primordiais envolvidas no nascimento de seus filhos. Porém, considerando a realidade do mundo social dos profissionais, o direito ao exercício da autonomia esteve diretamente relacionado às condições culturais, econômicas e sociais. Assim, tal princípio ético esteve diretamente ligado a ideia de liberdade de escolha. Tratou-se de uma liberdade resumida a tomada de decisões diante de situações e práticas assistenciais postas pelos profissionais de saúde.

Compreende-se que a total liberdade não é possível, pois somos seres sociais, produtos de relações de familiaridade e dependentes de vínculos sociais. Essas relações dificultam a expressão da autonomia, determinando limites às liberdades individuais. Todavia, é imperativo que esse princípio ético seja empregado em seu verdadeiro valor na assistência ao parto, implicando no reconhecimento de que as mulheres merecem ser respeitadas nas suas opiniões e incorporadas ao processo de tomada de decisão de maneira legítima. De tal modo, ressalta-se que a promoção do exercício de ações autônomas pode ser utilizada como ferramenta à valoração da assistência obstétrica.

Neste contexto, é imprescindível a superação das relações autoritárias entre os profissionais de saúde e as mulheres. Afinal, a democratização das relações é essencial ao cuidado integral da saúde, além de ser o primeiro passo em direção às ações previstas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Para tanto, precisa-se avançar no que diz respeito aos meios de promoção do protagonismo e do empoderamento feminino e na conscientização de que a voz ativa é das próprias mulheres e que elas têm direito de possuir um projeto de vida próprio, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções, frutos da sua natureza e cultura, os quais precisam ser considerados na atenção à saúde materna.

Os profissionais deste estudo reconheceram a necessidade de mudanças e agiram motivados por seus projetos para a efetivação de uma assistência obstétrica mais humanizadora. Esses apontamentos vão ao encontro ao movimento de transição da atenção obstétrica no país e a um rol de medidas governamentais que visam modificar o modelo assistencial dominante. Ao projetarem essas mudanças, a intencionalidade dos profissionais esteve relacionada à expectativa da concretização de planos e diretrizes propostas por programas ministeriais e da OMS que preveem a implementação de boas práticas de atenção ao parto, assim como a inserção e regulamentação das enfermeiras especialistas nestes cenários.

Em função das características típicas do local de estudo, emerge como recomendação desta pesquisa a necessidade de criação de espaços coletivos de reflexão, intervenção e socialização de saberes a fim de efetivar as ações recomendadas pela Rede Cegonha. Dentre elas, a inserção das enfermeiras obstetras na assistência direta ao parto normal sem distócia, pois, apesar de já estarem presentes no quadro de funcionários do serviço, estas profissionais não se sentem livres para atuar profissionalmente e nem respaldadas pelos gestores da instituição, conforme observado na análise da situação biográfica das mesmas. Destarte, desenvolvem ações tipificadas, no âmbito das prescrições e protocolos institucionais,

permeadas pelo modelo biomédico e reprodução de hábitos e costumes de ser enfermeira. Assim, recomenda-se a promoção de ações que visem à desconstrução da cultura institucional médico-centrada a fim de viabilizar a participação destas profissionais na assistência obstétrica, contribuindo aos princípios da humanização do parto.

Neste sentido, acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir com a área obstétrica, pois permite a identificação de uma perspectiva multifacetada dos aspectos de ordem cultural, política e social envolvidos no fenômeno da assistência ao parto. Possibilitou também o reconhecimento da influência do meio social nos parâmetros que norteiam a atividade profissional. Com isto, busca-se fomentar um processo de reflexão ética/bioética a fim de evitar que a visão do parto com características típicas negativas prejudique as ações promotoras da autonomia feminina na atenção à saúde materna. Apresenta-se subsídios para que os profissionais repensem suas práticas e paradigmas em direção a um olhar atento e uma postura compreensiva à vivência autônoma da parturição.

Intenciona-se ainda a problematização nas políticas públicas sobre a efetivação das enfermeiras obstetras na cena do parto, bem como fortalecer as competências na prática obstétrica da enfermagem. Para tanto, o ensino na área da saúde deve estar pautado em um aprendizado no qual se possa discutir durante a formação multiprofissional sobre os princípios da bioética que permeiam a assistência em toda sua complexidade, entre eles o direito à autonomia dos usuários. É preciso ampliar a percepção dos profissionais para além de conceitos meramente teóricos, reconhecendo a subjetividade do outro e considerando que o intercâmbio de diferentes pontos de vistas complementa a assistência à saúde. Se reconhece a necessidade do desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, assim como a inserção dos grupos de pesquisa em espaços sociais que, por meio de ações educativas atentem a sociedade da importância das mulheres reassumirem o papel de protagonistas na vivência do parto, bem como nas suas escolhas e sistemas de interesses, ou seja, na sua vida.

A fenomenologia mostrou-se um importante referencial à área da saúde, uma vez que os próprios sujeitos que vivenciam o fenômeno atuam na qualificação da assistência. Colaborou à compreensão dos indivíduos - profissionais de saúde que assistem mulheres em processo de parto e nascimento -, na sua dimensão humana e social no mundo da vida possibilitando pensar, fundamentar e desenvolver a ação de investigar em enfermagem de forma condizente com o contexto sociocultural e histórico próprio da realidade obstétrica em decurso de mudança. Além disso, o princípio da autonomia esteve condicionado a duas questões fundamentais: a liberdade e a capacidade de agir intencionalmente, esta última, objeto de estudo da fenomenologia social, permitindo o aprofundamento das discussões a luz

do referencial teórico-metodológico proposto. Assim, propõe-se o uso da fenomenologia social com um novo olhar sobre a temática estudada, podendo contribuir à elaboração de estratégias formativas que articulem equipes, usuárias, práticas organizacionais e políticas de saúde em direção à vivência autônoma da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Isto exige que os profissionais compreendam a perspectiva do outro e compartilham as responsabilidades da assistência com as mulheres, familiares e outros profissionais a fim de refletirem juntos sobre as possibilidades que valorizem o protagonismo feminino na cena do parto. Compreende-se que o livre exercício da autonomia independe de apenas um indivíduo e não se dá isoladamente, mas sempre no plano social. Nessa perspectiva, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas focadas na compreensão intersubjetiva do significado e intencionalidade de todos os atores sociais envolvidos. Indica-se ainda, a admissão da tese geral da reciprocidade de intenções e expectativas da fenomenologia de Schütz com intuito de contribuir à maior profundidade da compreensão das ações envolvidas na experiência da parturição e seus aspectos no mundo social.

Convém destacar que o desenvolvimento desta pesquisa apresenta algumas limitações, pois os dados foram coletados em um único contexto de estudo e, por isso, não se tem a pretensão de generalizar os resultados. Todavia, proporciona contribuições preliminares para a compreensão das especificidades e complexidades da temática estudada e para a apreensão do significado da ação desses profissionais, o que justifica a importância da análise utilizada. Destaca-se também o quantitativo reduzido de estudos utilizados no diálogo entre os resultados encontrados e as evidências científicas, sobretudo na abordagem fenomenológica, o que representa um desafio a ser enfrentado pelos e pesquisadores desta área especializada da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-827, Dec. 2012.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 69-82. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: 1984.
- _____. Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun. 1998. Seção I, p.47.
- _____. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 ago. 1999. P.69.
- _____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2000a. P.112.
- _____. Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimentos no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2000b. p.43.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: 2004.
- _____. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.
- _____. Portaria GM/MS n.1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e da outra providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul. 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília:

Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de junho de 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS; v. 4. Brasília: 2014b.

_____. Resolução normativa n. 368, de 6 de janeiro de 2015. **Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de jul. 2015a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, A.S.; ALMEIDA, A.C.C.H.; SANTOS, R.P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Rev. enferm. UFSM**; 4(2): 332-341, abr.-jun. 2014.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. 2ª. ed. Londrina: UEL; 1998.

CARRENO, I; BONILHA, A.L.L.; COSTA, J.S.D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev Bras Epidemiol** 2012; 15(2): 396-406.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CARVALHO, V.F, et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012.

CASSIANO, A. N. et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 2051-2060, jan. 2015.

CAUS, E.C.M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012.

CAVALHERI, S. C.; MERIGUI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2007.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 222-230, jan. 2017.

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

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 [online]**. São Paulo, vol.30, suppl.1, pp.S154-S168, 2014.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A. K. K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. **Rev. Min. Enferm**. Minas Gerais, 18 (4):1006-1010, out. 2014.

GUEDES, R. N; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo; 45 (Esp. 2): 1731-5, 2011.

JESUS, M.C.P.; CAPALBO, C.; MERIGHI, A.B.; et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n. 3, p. 736-41, jun. 2013.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LANSKY, S. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da

assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**, São Paulo; 30(supl.1): S192-S207, ago. 2014.

LEAL et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEÃO, M. R. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, Ago. 2013.

MALHEIROS et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(2): 329-37, abr. 2012.

MARTINS J.; BICUDO M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC, 1989.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, vol.69, n.6, pp.1091-1098, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOTTA, S. A. M. F. et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, 10(2): 593-599, fev., 2016.

MOUTA, R.J.O.; PROGIANTI, J.M. O processo de criação da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 26(1): e5210015, 2017.

NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Económicos e Sociais do Secretariado das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. United Nations, 2015. Disponível em: <
https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf> Acesso em: 10 fev. 2017.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**;10(34):1-7, 2015

OLIVEIRA, F. A. M et al. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 2):867-74, fev., 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: OPAS/USAID; 2000.

PADOIN, S. M. M., SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 17(3): 510-8, jul., 2008.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg. Saúde Debate**; Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PAULA, C.C. et al. Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.6, p. 984-9. 2012.

PAULA, C.C. et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**. Brasília, v. 67 (3), p. 468-472, 2014.

PEREIRA, A.L.F.; BENTO, A.D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**. Fortaleza,; 12(3):471-7, Jul., 2011.

PIESZAK, G. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Rev Rene**. Fortaleza, 16(6):881-9, nov. 2015.

PIMENTA, L. F. et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro, 6(3):987-997 987 , jul., 2013

PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. A construção cultural do processo de parto. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro, 5(4):591-598, dez. 2013.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: **Pesquisa qualitativa na atenção à Saúde**. Artmed, 2008.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E; CAETANO, R. Maternidade segura no brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis** (UERJ. Impresso), v.21, p. 1139-1160, 2011.

REIS, T. L. R. R. et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre; 36 (esp): 94-101, 2015.

REIS, T. L. R.; PADOIN, S. M. M.; TOEBE, T. F. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J.S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre; 38(1): 646-77, 2017.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, dez. 2015.

ROSAS, A.M.M.T.F. O ensino da atividade assistencial- consulta de enfermagem: o típico da ação intencional. 2003. 180 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro EEAN, Rio de Janeiro, 2003.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva

de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 18:e1159, 2016.

SCHÜTZ, A. 1899-1959. **Sobre fenomenologia e relações sociais**/ Alfred Schutz; edição e organização Helmut T.R. Wagner; tradução de Raquel Weiss.- Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery [online]**. Rio de Janeiro, vol.19, n.3, pp.424-431, 2015.

SILVA, G. P. S. et al. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. **Online braz j nurs**. Rio de Janeiro; 13 (1):5-14, mar., 2014.

SILVA, J.M.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.2, p. 254-7, mar-abr. 2008.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev Latino-Am. de enf**, 1997, 5(3):13-17.

SOARES, V.M.N.; et al . Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 12, p. 536-543, Dec. 2012.

SOUZA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro; 20(2):324-331, 2016.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre; 32(3):479-86, set. 2011.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.672-8, out-dez 2006.

TOCANTINS, F. R. **O Agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise das necessidades e demandas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1 (lançamento), jul., 1997.

UFSM. Manual de Dissertações e Teses da UFSM: estrutura e apresentação / Universidade Federal de Santa Maria, Sistema de biblioteca da UFSM, Editora da UFSM – Santa Maria: 2015

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O.. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: Oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 997-1011, 2014.

VIEIRA, M. J. O. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]; 18: e1166, 2016.

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-834, Set. 2013.

ZVEITER, M.; SOUZA, I. E. O. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro;19(1):86-92, 2015.

WEIDLE, Welder Geison et al . Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf>. Acesso em: 10 Jan., 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank; Switzerland: World Health Organization; 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

Pesquisadora responsável: Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Pesquisadora mestranda: Enfa. Mda. Thamiza L. da Rosa dos Reis

Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde

- Situação Biográfica

- 1) Idade;
- 2) Sexo;
- 3) Estado civil;
- 4) Possui filhos? Se sim, quantos?
- 5) Tempo de formação;
- 6) Tempo de serviço no setor;
- 7) Possui outros empregos?

- Ações realizadas:

Fale-me sobre as ações realizadas no seu cotidiano de trabalho na assistência a mulheres em trabalho de parto e parto.

Destaque aquelas ações que você acredita serem promotoras do exercício da autonomia feminina no processo de parturição.

- Questão fenomenológica orientadora:

O que você tem em vista quando assiste mulheres em processo de parturição?

As possibilidades de adaptação consistem em substituir a expressão O que você tem em vista por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [...]; qual seu objetivo quando cuida de mulheres em processo de parto e nascimento.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO³**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisa: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

Instituição/Departamento: UFSM/ Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:

(55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadora mestranda: Enfa. Mda. Thamiza L. da Rosa dos Reis

Eu, Thamiza L. da Rosa dos Reis, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM, sob orientação da Dra. Stela Maris de Mello Padoin, o convidamos para participar como voluntário do estudo intitulado: **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.**

Esta pesquisa pretende apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos atores sociais envolvidos. Acreditamos que ela seja importante para ampliar a visão sobre o parto para além dos aspectos fisiológicos da mulher e do seu filho.

Para sua realização será feito o seguinte: Você será esclarecida (o) sobre a pesquisa e as informações contidas aqui, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada (o) de forma alguma. Sua participação constará de uma entrevista sobre aspectos que envolvam a sua vivência da assistência ao parto e nascimento no serviço de saúde. SE você concordar, essa conversa será gravada e após será transcrita pela pesquisadora.

É possível que aconteçam **desconfortos ou riscos:** você poderá sentir-se cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou desconfortável por ter de lembrar algumas vivências e que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Caso isto aconteça, conversaremos e decidiremos em conjunto sobre o encerramento da entrevista e/ou retomar em outro momento, e você terá direito à assistência gratuita que será prestada por profissionais do serviço cenário do estudo, conforme autorização institucional. Os **benefícios** que esperamos com o estudo são indiretos, porém a pesquisa poderá gerar maior produção de conhecimento acerca da temática, podendo auxiliar na qualificação da assistência, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Durante a pesquisa você terá pode esclarecer qualquer dúvida, ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da UFSM: Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 -

³ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de desistência da participação no estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, por meio de publicações científicas, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado seu anonimato e o sigilo sobre sua participação. É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os instrumentos de pesquisa, a transcrição das entrevistas (em arquivo digital) e os TCLE serão guardados no laboratório de pesquisa, por um período de cinco anos, e após esse, serão destruídos.

A pesquisa não prevê gastos para os participantes, no entanto, se houver, os mesmos serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico**, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria _____, de _____ de 2016.

Assinatura do participante voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para a participação neste estudo.

Pesquisador responsável
Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Mda. Pesquisadora
Enfa. Thamiza L. da Rosa dos Reis

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE⁴**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisa: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

Instituição/Departamento: UFSM/ Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:

(55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadora mestrandia: Enf^a. Thamiza L. da Rosa dos Reis

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio da entrevista fenomenológica, os quais serão gravados em uma sala previamente reservada na instituição cenário da pesquisa. Informam, ainda, que, estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) e os desdobramentos da pesquisa.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa). Após esse período, os dados serão destruídos.

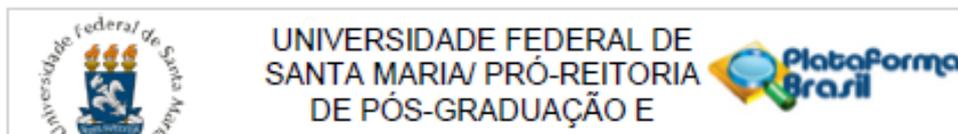
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 12/01/2016, sob o parecer nº 1.387.340.

Santa Maria, de de 2016

Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin
Pesquisador responsável

⁴ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico

Pesquisador: Stela Maris de Mello Padoin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52157215.9.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

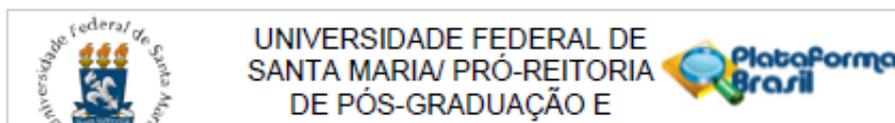
Número do Parecer: 1.387.340

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma investigação qualitativa, fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz como referencial teórico-metodológico, para elaboração de dissertação. O estudo se justifica uma vez que o parto, enquanto evento fisiológico da vida sexual e reprodutiva da mulher, deve ser acompanhado e assistido de maneira que a mesma o vivencie de forma ativa, exercendo o papel de protagonista do processo. Percebe-se a necessidade de aprofundamento das investigações acerca da autonomia da mulher no cenário do parto, sobretudo na perspectiva dos atores sociais envolvidos. Dessa forma, tem-se como questão norteadora de pesquisa: Como se dá, para os atores sociais envolvidos, o exercício da autonomia da mulher no processo de parturição?

Os cenários do estudo serão o Centro Obstétrico e a Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria. Os participantes da investigação serão aproximadamente 60 atores sociais envolvidos diretamente no cenário do parto e nascimento, ou seja, puérperas internadas no Alojamento Conjunto (20), seus respectivos acompanhantes (20) e os profissionais de saúde atuantes nos cenários de pesquisa (20). A técnica para produção de dados se dará pela entrevista fenomenológica e consulta a prontuários das parturientes participantes.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.340

Com autorização prévia dos participantes, os dados coletados serão gravados e após, transcritos e analisados. A captação das participantes do estudo será de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo e da disponibilidade da escala de serviço dos profissionais. A partir da aceitação em participar da pesquisa, será agendado um horário para a realização da entrevista de acordo com a disponibilidade do participante, sendo que o local para encontro sugerido pelos mesmos de acordo com suas necessidades, podendo ser em uma sala reservada na própria unidade ou em outro ambiente de sua preferência. Os resultados serão interpretados conforme os fundamentos da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos atores sociais envolvidos.

ESPECÍFICOS:

- Identificar as ações promotoras do exercício da autonomia realizada pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento;
- Identificar as ações autônomas das mulheres em processo de parto e nascimento;
- Identificar as ações dos acompanhantes no apoio às ações autônomas das mulheres em processo de parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

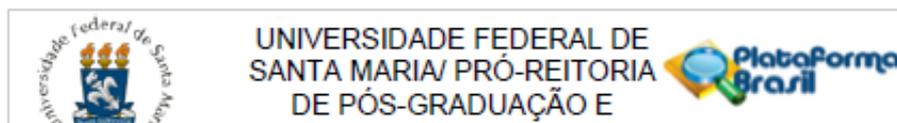
RISCOS: o cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou ao desconforto por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Nesse caso, a pesquisadora conversará com o participante e tomará em conjunto com ele a decisão quanto a encerrar a entrevista e/ou retomar em outro momento.

BENEFÍCIOS: indiretos pelo conhecimento gerado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.340

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, termo de assentimento, Termo de confidencialidade, registro do projeto, autorização institucional, e folha de rosto devidamente redigidos e assinados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

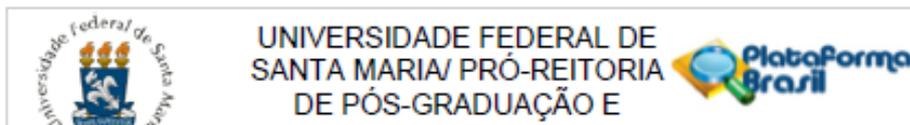
Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_646591.pdf	23/12/2015 15:45:20		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/12/2015 10:24:39	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GEP_HUSM.pdf	23/12/2015 09:38:25	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Outros	GAP_CCS.pdf	23/12/2015 09:34:08	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	18/12/2015 11:17:11	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto DISSERTAÇÃO.pdf	17/12/2015 15:57:33	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO.pdf	17/12/2015 15:54:55	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/12/2015 15:52:12	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.387.340

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Janeiro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com