



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FANNY EICHENBERGER BARRAL

**PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA NO PROCESSO DE
PARTO CESÁRIO**

**SALVADOR
2018**

FANNY EICHENBERGER BARRAL

**PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA NO PROCESSO DE
PARTO CESÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero; Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Telmara Menezes Couto

**SALVADOR
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Eichenberger Barral, Fanny
Percepção de mulheres sobre a assistência no
processo de parto cesáreo / Fanny Eichenberger
Barral. -- Salvador, 2018.
69 f.

Orientador: Telmara Menezes Couto.
Dissertação (Mestrado - Enfermagem) -- Universidade
Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

1. Saúde da mulher. 2. Obstetrícia. 3. Cesárea. 4.
Enfermagem Obstétrica. I. Menezes Couto, Telmara. II.
Título.

FANNY EICHENBERGER BARRAL

**PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA NO PROCESSO DE
PARTO CESÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero; Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovada em 29 de Agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

Telmara Menezes Couto _____
Telmara Menezes Couto
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Christiane Ferreira Bispo _____
Tânia Christiane Ferreira Bispo
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz _____
Normélia Maria Freire Diniz
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Solange Maria dos Anjos Gesteira _____
Solange Maria A. Gesteira
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho às mulheres.

“Que um homem não te define

Sua casa não te define

Sua carne não te define

Você é seu próprio lar”

AGRADECIMENTOS

Ao ser divino que habita dentro de mim e que floresce a cada dia mais em busca da conexão à essência de Deus e ao grupo Flor da Vida que me guia nessa jornada espiritual.

À minha mãe e ao meu pai, fonte de apoio e amor incondicional. Gratidão por ter merecido vocês nessa vida.

Aos meus irmãos, Mateus, Helder e Leandro, às minhas cunhadas, Lais, Roberta e Isadora, pela parceria e amizade, com quem sempre posso contar.

Aos meus sobrinhos, Gustavo e Esteban, por serem a minha maior fonte de alegria, carinho e orgulho.

À avó Dilnice e Dalvina por toda preocupação, força e incentivo para seguir adiante, mesmo diante de obstáculos.

À Telmara Couto, muito mais que orientadora, uma grande amiga, obrigada pelos ensinamentos compartilhados, pela confiança, compreensão e incentivo, sem dúvidas, pessoa de grande inspiração para mim.

Ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem/UFBA e às professoras da banca examinadora desde a qualificação, Solange Gesteira, Normélia Diniz e Tânia Bispo, pelo aprendizado durante esses dois anos e pelas contribuições tanto para a realização do projeto, quanto para a minha atuação enquanto enfermeira.

Ao grupo GESTAR (Grupo de Estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal) que nasceu junto com a realização desse mestrado e que já caminha firme nos seus primeiros passos. À LAEOB (Liga Acadêmica de Enfermagem Obstétrica), onde comecei as primeiras discussões que me incentivaram a iniciar essa etapa acadêmica, em especial à professora Isa Nunes.

À Patrícia, companheira desde a residência, e à Aiara, amiga desde a graduação, por todo apoio e incentivo durante a realização desse mestrado.

À Keury, Grazielle, Laís, às graduandas, em especial Gabriela, Maristela e Jaqueline e à todas amigas e amigos que conquistei com a realização do mestrado.

Por fim, às minhas companheiras da vida, Amanda, Débora, Lorena Caires e Lorena Muniz, com que compartilho os momentos de felicidade, mas também de angústia.

RESUMO

BARRAL, Fanny Eichenberger. **Percepção de mulheres sobre a assistência no processo de parto cesáreo**. 2018. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

O Brasil é um dos países onde o número de parto cesáreo é maior do que o de parto normal, condição que chega a ser considerada como epidemia, isso decorre de um modelo obstétrico hegemônico que privilegia o risco em detrimento da fisiologia, marcado por série de intervenções, muitas vezes desnecessárias. Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção de mulheres sobre a assistência no processo de parto cesáreo. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada em uma maternidade escola do município de Salvador/BA. Atende a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e respeita os princípios da bioética. Participaram do estudo 10 mulheres, maiores de 18 anos, que estavam internadas e no período de até 48 horas após parto cesáreo. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2017 a janeiro de 2018, utilizou-se como técnica a entrevista guiada por um roteiro semi-estruturado. Os achados foram organizados à luz da Análise de Conteúdo temática, proposta por Bardin, e emergiram as seguintes categorias: Percepção vinculada à atuação profissional, com as subcategorias a assistência permeada pela humanização e acolhimento, a assistência permeada pelo afeto e a assistência permeada por comunicação; Percepção relacionada aos procedimentos realizados; Percepção da assistência relacionada ao processo de decisão e Percebe a cesárea como momento também de assistência ao recém-nascido. Tais categorias proporcionaram a aproximação e conhecimento em relação à assistência durante a cesariana, a partir da perspectiva de puérperas que a vivenciou. Nesse sentido, percebe-se o caminhar para uma assistência de qualidade, permeada pela humanização, proporcionada por profissionais que se preocupam com o bem-estar dessas mulheres e proporcionam conforto e tranquilidade.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil. Obstetrícia. Cesárea.

ABSTRACT

BARRAL, Fanny Eichenberger. Women's perception about assistance in the process of cesarean delivery. 69p. 2018. Dissertation (Master degree) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

Brazil is one of the countries where the number of cesarean deliveries is higher than vaginal birth, condition that comes to be considered an epidemic, this is due to a hegemonic obstetric model that privileges the risk in detriment of the physiology, marked by series of interventions, often unnecessary. In this sense, the research aimed to know the perception of women about the assistance in the cesarean delivery process. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out in a maternity school in the city of Salvador / BA. It complies with Resolution 466/12 of the National Health Council and respects the principles of bioethics. Ten women, over 18 years of age, who were hospitalized and within 48 hours after cesarean delivery participated in the study. Data collection took place in the period from May 2017 to January 2018, using the technique guided by a semi-structured script. Data analysis has been done according to Bardin's perspective, and the following categories emerged: Perception linked to professional performance, with subcategories assistance pertaining to humanization and elderly welcoming, assistance permeated by affection and assistance permeated by communication; Perception related to the procedures performed; Perception of the assistance related to the decision process and Perceives the cesarean section as a moment of assistance to the new born. These categories provided the approximation and knowledge regarding the care during cesarean section, from the perspective of puerperal women who experienced it. In this sense, can see the way to a quality assistance, permeated by humanization, provided by professionals who care about the well-being of these women and provide comfort and tranquility.

Keywords: Maternal-Child Health Services. Obstetrics. Cesarean Section.

RESUMEN

BARRAL, Fanny Eichenberger. **La percepción de las mujeres sobre la atención en el proceso de parto por cesárea** 69f. 2018. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2018.

Brasil es uno de los países donde el número de parto cesáreo es mayor que el de parto normal, condición que llega a ser considerada como epidemia, eso se deriva de un modelo obstétrico hegemónico que privilegia el riesgo en detrimento de la fisiología, marcado por serie de intervenciones, a menudo innecesarias. En ese sentido, la investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de mujeres sobre la asistencia en el proceso de parto cesáreo. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cualitativo, realizada en una maternidad escuela del municipio de Salvador / BA. Atiende la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud y respeta los principios de la bioética. En el estudio participaron 10 mujeres, mayores de 18 años, que estaban internadas y en el período de hasta 48 horas después del parto cesáreo. La recolección de datos ocurrió en el período de mayo de 2017 a enero de 2018, se utilizó como técnica la entrevista guiada por un itinerario semiestructurado. Los hallazgos fueron analizados a la luz del Análisis de Contenido temático, propuesto por Bardin, y emergieron las siguientes categorías: Percepción vinculada a la actuación profesional, con las subcategorías la asistencia permeada por la humanización y acogida, la asistencia permeada por el afecto y la asistencia permeada por la comunicación; Percepción relacionada con los procedimientos realizados; Percepción de la asistencia relacionada al proceso de decisión y Percibida la cesárea como momento también de asistencia al recién nacido. Tales categorías proporcionaron la aproximación y conocimiento en relación a la asistencia durante la cesárea, a partir de la perspectiva de puérperas que la vivenció. En ese sentido, se percibe el caminar hacia una asistencia de calidad, permeada por la humanización, proporcionada por profesionales que se preocupan por el bienestar de esas mujeres y proporcionan confort y tranquilidad.

Palabras Clave: Servicios de Salud Materno-Infantil. Obstetricia. Cesárea.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2018	35
Tabela 2 - Caracterização obstétrica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2018	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das categorias e subcategorias da pesquisa, Salvador, Bahia, 2018

37

LISTA DE ABREVIATURAS

GESTAR	Grupo de Estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSAC	Parto Simples Artificial Cesariana
PSNV	Parto Simples Normal em Vértice
RN	Recém-nascido
SRPA	Sala de Recuperação Pós-anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A CESARIANA NA HISTÓRIA.....	16
2.2 PANORAMA DA CESARIANA NO BRASIL.....	20
2.3 AVANÇOS NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁRIO.....	24
3 METODOLOGIA	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 PERCEPÇÃO VINCULADA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	35
4.1.1 A assistência permeada pela humanização e acolhimento.....	36
4.1.2 A assistência permeada pelo afeto.....	37
4.1.3 Assistência permeada por comunicação.....	39
4.2 PERCEPÇÃO RELACIONADA AOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS....	41
4.3 PERCEBE A ASSISTÊNCIA RELACIONADA AO PROCESSO DE DECISÃO.....	44
4.4 PERCEBE A CESÁREA COMO MOMENTO TAMBÉM DE ASSISTÊNCIA AO RN	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	60
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO I - PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP	63

1 INTRODUÇÃO

A cesariana é um procedimento que ao longo dos anos, com os avanços tecnológicos, tornou-se cada vez mais seguro, sendo utilizado como alternativa ao parto normal em situações que podem causar riscos maternos e/ou fetais. Entretanto, o seu uso cada vez mais indiscriminado está associado ao aumento de agravos tanto para o binômio que acabam por interferir na qualidade da assistência.

O uso dessa cirurgia como via de parto contribuiu significativamente para a redução da mortalidade de mulheres durante o período gravídico-puerperal, assim como do número de mortes fetais e neonatais. Nesse sentido, quando indicada adequadamente, a cesárea é crucial para a garantia do bem-estar da mãe e do recém-nascido (OMS, 2015; ZUGAIB, 2016).

A consideração do benefício da sua utilização fez com que ela rapidamente fosse disseminada ao longo do mundo. Entretanto, o que se percebeu foi o aumento excessivo do número de parto cesáreo nas regiões com menor necessidade do seu uso, e valores irrisórios das taxas de cesariana naquelas com maior necessidade (OMS, 2015; PARENTE, 2010; ZUGAIB, 2016).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento em 2015 que reforça a importância de se garantir a realização da cesariana apenas quando houver indicação, entendendo que as taxas desse tipo de parto devem variar de acordo com as características das mulheres e com a capacidade, os recursos e os protocolos de condutas assistências de cada local (OMS, 2015).

O Brasil é um dos países onde o número de parto cesáreo é muito maior do que o de parto normal, condição que chega a ser considerada como epidemia. Diversos são os fatores que contribuem para essa situação, como conveniência médica e da mulher, a tocofobia, a realização de laqueadura, dentre outros (BRASIL, 2014a; DOMINGUES et al., 2014; PIOTROWSKI, 2012; ZUGAIB, 2016).

O fato de o Brasil ter como modelo obstétrico hegemônico o tecnocrático, que privilegia o risco em detrimento da fisiologia, patologizando o parto e nascimento e tirando o protagonismo feminino durante esse processo, também exerce influência para ocorrência dessa realidade (BRASIL, 2014a). Condição que traz à tona a discussão acerca da humanização na assistência.

O modelo obstétrico contra hegemônico coloca a mulher como figura central, compreendendo que esse momento singular não é importante somente para ela, mas também

para a família e comunidade, gera esforços para assegurar o respeito aos seus direitos e a busca pela assistência de qualidade, independente do tipo de parto (BRASIL, 2011).

Partindo dessa perspectiva, o desenvolvimento desse estudo torna-se relevante, pois poderá proporcionar o conhecimento acerca da percepção das mulheres, a partir da sua vivência, sobre a assistência e como ela pode ser caracterizada durante o processo de parto cesáreo. De modo a contribuir que para que a(o)s profissionais de saúde tenham ciência sobre a opinião dessas mulheres, compreendam a importância da participação ativa delas em um momento tão significativo de suas vidas e utilizem dessas informações para buscar cada vez mais o exercício da assistência de melhor qualidade.

Minha aproximação com a área do estudo se iniciou na graduação em enfermagem, no ano de 2009, quando comecei a minha experiência na pesquisa voltada à assistência de saúde prestada às mulheres, através da inserção no GEM (Centro de estudos e pesquisas sobre mulher, gênero, saúde e enfermagem). Durante três anos me aprofundi nesse universo pelo qual me encantei instantaneamente. Após formatura, ingressei na especialização em enfermagem obstétrica sob forma de residência, momento em que vivenciei de forma intensiva o cuidado às mulheres durante o período gravídico-puerperal e compreendi a importância de realizar assistência de qualidade e do respeito à autonomia e dignidade feminina. Ao final do curso de residência, me tornei preceptora na LAEOB (Liga Acadêmica de Enfermagem Obstétrica), onde permaneci por dois anos, local me motivou a pensar e discutir sobre questões relevantes do mundo da obstetrícia.

Como enfermeira obstétrica em uma maternidade escola, diversos questionamentos despertam relacionados à temática desse trabalho, pois, cada vez mais vejo esforços para o incentivo ao parto normal e diminuição do número de cesarianas, entretanto, os índices deste tipo de parto ainda permanecem elevados no nosso país. Nesse sentido, faz-se importante refletir sobre a assistência durante o processo do parto cirúrgico.

Portanto, diante do exposto, esse presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção de mulheres sobre assistência no processo de parto cesáreo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo serão abordados aspectos relacionados à cesariana na história, ao panorama da cesariana no Brasil e os avanços na qualificação da assistência no parto cesáreo, de modo a explorar o vasto arcabouço teórico voltado ao objetivo desse estudo.

2.1 A CESARIANA NA HISTÓRIA

A origem exata da cesariana é desconhecida, o que existe são suposições a partir de relatos e documentos encontrados durante a história, mas que são questionáveis e não ocorrem seguindo a uma ordem cronológica ao longo dos anos (ZUGAIB, 2016). As primeiras referências vêm de épocas milenares, a partir dos escritos em manuscritos persas, assírios e nos papiros egípcios (PARENTE, 2010).

Acredita-se que o primeiro registro sobre esse procedimento foi datado no ano 23 de Hamurabi da Babilônia, que ocorreu no intervalo entre 1795 e 1750 antes de Cristo (a.C). Ele era realizado em mulheres mortas e moribundas como último recurso, não para salvar a vida materna, mas sim a do feto. Entretanto, com raras exceções, o destino de crianças vivas nascidas dessa maneira é desconhecido (PARENTE, 2010; TODMAN, 2007).

Outras evidências da ocorrência dessa cirurgia também podem ser encontradas em antigas pinturas chinesas e persas que representam situações semelhantes à realização da cesariana, mas em mulheres que estão aparentemente vivas. (PARENTE, 2010).

Uma figura histórica que se acredita ter nascido por essa via de parto foi Raymond Nonnatus (1204-1240), o Santo Catalão da igreja católica, que perdeu a mãe durante o procedimento e teve seu sobrenome originado da palavra em latim *non-natus* (não nascido) por vir ao mundo dessa maneira, visto que a cesárea não era conhecida como via de parto (TODMAN, 2007).

A mais antiga autêntica documentação sobre a cesárea encontra-se no período entre 714 e 672 a. C, no reinado de Numa Pompílio em Roma, onde existia uma lei denominada *Lex Regia*, que ordenava que todas as mulheres que morressem grávidas deveriam ter o seu ventre aberto e só assim poderia ser possível realizar o funeral. Foi a partir dessa lei que surgiu uma das teorias acerca da origem do nome dessa operação (TODMAN, 2007; ZUGAIB, 2016).

Em português, assim como em outras línguas, utiliza-se mais de um termo para designar este mesmo procedimento. Por vez usa-se “cesárea”, em outras ocasiões “cesariana”, “parto cesáreo” e até “parto cesariano”, sem estabelecer apenas um como correto. Assim

como a sua história, a origem do nome também é incerta, existindo algumas teorias com possíveis explicações.

A teoria considerada mais coerente baseia-se na lei supracitada, em que a denominação cesariana, em inglês “caesarean”, e suas derivações, surgiram a partir do código jurídico romano *Lex caesare* que foi originado da *Lex Regis* (PARENTE, 2010; TODMAN, 2007).

Já a mais conhecida popularmente é que a palavra se originou a partir do nome de Júlio César, tradução em português de *Julius Caesar*, pelo fato de ele ter nascido via cesariana. Entretanto, a história mostra que a mãe dele, Aurélia, sobreviveu ao parto e enterrou o seu filho aos 55 anos, colocando em questão a veracidade dessa origem, visto que naquela época as cesáreas só eram realizadas em mulheres que já haviam morrido e mesmo que fizessem nelas vivas, as complicações geradas torna improvável a sua sobrevivência (TODMAN, 2007).

O termo “cesárea” foi utilizado para caracterizar essa cirurgia em uma mulher viva a primeira vez durante o Renascimento, demonstrando inicialmente a preocupação na sua utilização não somente como benefício da vida do feto, mas também materna. Entretanto, nessa época pouco foi abordado sobre a sua realização (ZUGAIB, 2016).

Novos conhecimentos acerca da anatomia feminina, descrita primeiramente por Andreas Vesalius, em 1543, proporcionaram fundamento teórico para a obstetrícia operatória, contribuindo para a viabilidade desse tipo de cirurgia. Assim como também o capítulo denominado “la section Caesarienne”, de Jacques Guillimeau, no ano de 1598, em que ele escreve sobre os riscos causados por esse procedimento (TODMAN, 2007).

As referências acerca da realização da cesariana com sobrevivência materna, como já foi dito, são bastante incertas. Há registros da ocorrência das primeiras em 1738 na Irlanda, 1793 na Inglaterra e 1827 nos Estados Unidos. Entretanto, nessa época, a cirurgia era feita através da laparotomia e histeretomia, com a deixada do útero aberto após finalização (ZUBAIB, 2016).

Acreditava-se que não era necessário realizar a sutura da parede uterina, pois como o útero se contrai fisiologicamente após o parto, isso ajudaria a reduzir a ferida operatória. Com os elevados casos de hemorragia e peritonite, em 1876, o professor de obstetrícia na Itália, Eduardo Porro, defendeu a realização concomitante da histerectomia na tentativa de reduzir os danos. A partir daí a história de sobrevida das mulheres após a operação começou a aumentar (TODMAN, 2007).

A história da obstetrícia no Brasil sofreu influência das práticas europeias, por se tratar de um país colônia de Portugal. O relato da primeira cesariana ocorrida nesse país foi em 1817, no Hospital Militar do Recife, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço, realizado em uma negra escrava que teria sobrevivido após o procedimento. Entretanto, o médico considerado pioneiro na realização dessas cirurgias nesse país foi Francisco Furquim Werneck de Almeida (1846-1908), formado em 1869 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (ZUBAIG, 2016).

Desse tempo em diante, foram adquiridos novos conhecimentos acerca do corpo humano, do mecanismo do parto, ocorreu o surgimento dos hospitais e de novas tecnologias, o que contribuiu para a fundamentação desse procedimento cirúrgico. O uso da cesariana contribuiu significativamente para a diminuição das taxas de mortalidade materna e fetal e ela foi se destacando ao longo do mundo (PARENTE, 2010).

Mudanças foram acontecendo quanto à técnica utilizada, a histerectomia foi trocada pela realização da sutura uterina e a complicação da hemorragia passou a ser conduzida com o uso de drogas como os alcalóides do ergot e a ocitocina sintética, além do uso das transfusões sanguíneas (TODMAN, 2007).

Sem sombra de dúvidas, consideram-se como fatos marcantes principais no avanço quanto à sobrevivência materna após a cirurgia, o tripé: antissepsia, anestesia e antimicrobianos (ZUGAIB, 2016).

A descoberta da anestesia no século XIX deu início a uma nova era na cesariana e na obstetrícia. Inicialmente utilizou-se o éter para promover a inconsciência temporária, mas perceberam desvantagens quanto a sua instabilidade na exposição ao ar e irritação pulmonar, optando então pelo Clorofórmio. Em 1853, essa substância foi utilizada pela Rainha Victoria no nascimento do príncipe Leopoldo, o que abriu portas ao seu uso na obstetrícia, como forma de alívio da dor e meio prático para a realização da cesariana nos casos de agravos obstétricos. A partir do século XX, novos avanços foram surgindo, dando lugar na obstetrícia ao uso da anestesia peridural e raquianestesia (TODMAN, 2007).

Os principais avanços em relação à antissepsia começaram a partir de 1847, com a introdução das lavagens das mãos, proposta por Semmelweis em uma maternidade de Viena. Em 1867, Joseph Lister introduziu o uso do spray carbólico que mantinha as bactérias longe da cavidade aberta. Depois, as descobertas dos antimicrobianos, como a penicilina em 1941, também foram cruciais no tratamento das infecções, reduzindo substancialmente o risco de sepse após a realização da cesárea (PARENTE, 2010; TODMAN, 2007).

Através dos diversos avanços, a cesariana tornou-se cada vez mais segura, sendo instrumento crucial utilizado para o benefício do bem-estar materno e fetal, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessas populações, salvando milhares de vidas. Entretanto, a sua utilização ao longo do mundo é paradoxal (OMS, 2015; ZUGAIB, 2016).

Em países com elevados índices de mortalidade materna existem valores irrisórios da sua utilização, enquanto em países com reduzida mortalidade materna, as taxas de cesariana são excessivas. E ainda tem aqueles em que existe alta mortalidade materna, assim como elevada incidência de cesariana, como é o caso do Brasil (OMS, 2015; PARENTE, 2010; ZUGAIB, 2016).

Diante das altas taxas de cesariana em diversos países ao redor do mundo, no ano de 1985 aconteceu no Brasil, na cidade de Fortaleza, uma conferência promovida pela OMS, com presença de especialistas em saúde reprodutiva reforçando que não existiria justificativa plausível para qualquer região possuir taxa de cesárea maior do que 15% (WHO, 1985).

Essa conclusão se baseou em uma revisão com poucos dados disponíveis na época e que levava em consideração principalmente a região do norte da Europa que demonstra bons resultados maternos e perinatais tendo taxas inferiores àquelas estabelecidas na conferência (OMS, 2015).

Desse modo, há uma crítica acerca da pré-determinação da taxa de cesarianas em determinado local. Segundo Zugaib (2016), os órgãos oficiais que analisam os indicadores de saúde atuais não conseguem estabelecer de forma segura quais são os índices ideais, isso porque essas taxas não são adequadas para análise de serviços de saúde de forma individualizada.

Nesse sentido, em 2015 a OMS lançou uma nova declaração sobre as taxas de cesárea. O documento manifesta que em vez de tentar se atingir um valor específico quanto ao número de cesáreas, o esforço deve se voltar para a garantia de que elas sejam realizadas somente quando houver indicações sólidas (OMS, 2015).

Estudos foram desenvolvidos e ao analisar as cesáreas nas regiões em que as suas taxas são menores que 10%, percebeu-se que a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa aumenta. Entretanto, em lugares com taxas maiores que 10% não houve nenhum efeito sobre a mortalidade. Vale ressaltar que apesar de apresentar essa associação, não significa que ela seja uma relação causal (OMS, 2015; YE, 2015).

Isso acontece porque se percebe que as taxas de cesárea variam de acordo com as características das mulheres, com os recursos e protocolos clínicos de conduta de determinada

região. Desse modo, um valor determinado para um local não necessariamente condiz com o que deve ser determinado para outro (OMS, 2015).

Portanto, nesse sentido, a proposta não é mais que haja a busca para atingir um valor específico quanto à taxa de cesárea, mas sim garantir que esse procedimento seja realizado apenas em casos específicos, com indicação clínica. Uma vez que as suas complicações são significativas, acarretando riscos a médio e longo prazo, podendo causar sequelas ou até mesmo a morte. Situação que pode complicar em locais onde não há infraestrutura e/ou capacidade de realizar essa cirurgia de forma segura.

2.2 PANORAMA DA CESARIANA NO BRASIL

A descoberta e aprimoramento da cesariana foram essenciais na contribuição da redução da mortalidade materna e neonatal no mundo. Não há dúvidas de que esse procedimento é crucial, entretanto, a tendência do seu uso ao longo dos anos está aberta a diversas discussões.

Por muito tempo a cesariana foi usada como alternativa para tentar salvar a vida do feto quando a da mulher já não era mais possível, como foi descrito na história. Os grandes avanços na tecnologia, no conhecimento sobre a técnica, nas novas descobertas acerca da anestesia, antissepsia, dentre outros fatores, foram cruciais na manutenção da vida do binômio, tornando esse procedimento “padrão ouro”.

Diante dos benefícios proporcionados por esse tipo de parto, em todos os países do mundo ocorreu aumento da sua incidência. Porém, em nenhum outro lugar esse aumento ocorreu de forma tão acentuada, alcançando as maiores taxas, quanto no Brasil. O que deu a esse país o título de local com maior taxa de cesariana do mundo (BRASIL, 2014a; FAUNDES; CECATTI, 1991).

Atualmente, a taxa de operação cesariana situa-se em torno de 56%, variando entre os setores públicos e privados, 40% e 85%, respectivamente (BRASIL, 2016). A distribuição desses valores no país não é homogênea. Nas regiões Norte e Nordeste, a maior concentração da ocorrência de cesariana se dá nos municípios com maior porte, que não necessariamente são os que mais necessitam. No que diz respeito à raça/cor, existe frequência variadas quanto à realização desse procedimento, chegando a ser superior a 55% nas mulheres brancas. O que leva a acreditar que as altas taxas não estão somente relacionadas ao risco obstétrico, mas também a fatores socioeconômicos e culturais (BRASIL, 2014a).

A cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento no Brasil e diversos foram os fatores que contribuíram para ocorrência desse processo. Alguns deles foram resolvidos ao longo dos anos, outros permanecem até hoje.

Uma das primeiras questões relevantes envolvendo o aumento da ocorrência da cesariana foi o fato de até a década de 1980 o Inamps (Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social) destinar maior pagamento dos honorários profissionais para esse procedimento do que pelo parto normal. Ao perceber que as taxas de cesárea haviam dobrado em dez anos, o instituto mudou a sua política de pagamento e passou a atribuir o mesmo valor tanto para parto normal, quanto para cesárea (BRASIL, 2001; FAUNDES; CECATTI, 1991).

Nessa mesma época, assim como ocorre até hoje, a escolha por essa via de parto pode ocorrer por conveniência tanto médica, quanto da própria mulher. Para o obstetra, significa praticidade, possibilidade de realizar maior número de procedimentos em menor tempo e no momento desejado, assim como forma de medicina defensiva, isso porque a maior parte de casos em litígio judicial ocorre em função de danos acontecidos durante os partos vaginais (BRASIL, 2014a; ZUGAIB, 2016).

A cesariana também pode ocorrer a pedido materno, que é a cirurgia realizada sem justificativa clínica, nas mulheres com gestação a termo, de feto único e vivo. Alguns médicos têm levantado a discussão como respeito à autonomia da mulher, o que levaria ao entendimento de que ela está escolhendo o que é melhor para si e que deve ser aceito (CÂMARA et al., 2016; ZUGAIB, 2016).

Em um estudo que analisou a cesariana a pedido, ao avaliar riscos e benefícios, evidencia-se que esse procedimento não apresenta aumentos ou reduções significativas na mortalidade materna. Desse modo, o posicionamento do médico deve ser de encorajar a mulher quanto ao parto normal e procurar conhecer mais profundamente os valores e as preferências pessoais da paciente, visto que essa decisão pode ser tomada baseada em algum trauma vivenciado, além de que algumas mulheres após esse tipo de parto desenvolvem manifestações psicopatológicas e doenças psiquiátricas (TOLEDO et al., 2015).

Também vale ressaltar que a decisão da mulher pode ser influenciada pelo fato do Brasil ser permeado hegemonicamente por modelo obstétrico tecnocrático, centrado no papel do médico, com foco nos hospitais, nas rotinas rígidas, privilegiando o risco em detrimento da fisiologia e colocando o processo de parto e nascimento como patológico (BRASIL, 2014a).

O motivo mais freqüente para que a mulher tome essa decisão é a tocofobia, o medo em relação à dor do parto, à crença de que o parto normal é mais arriscado para o feto, por causar lesões tocotraumáticas e até a morte, fator que pode estar associado a experiências traumáticas vividas durante o parto vaginal (PIOTROWSKI, 2012; ZUGAIB, 2016).

O perfil das mulheres apresentado em um estudo que avalia os fatores determinantes para a preferência por esse tipo de parto é de jovens, entre 26 e 32 anos, primigestas, casadas, com melhores condições socioeconômicas (escolaridade e maior nível econômico) e que tenham utilizado a rede privada (COPELLI, 2015).

Apesar do reconhecimento o impacto significativo na redução da mortalidade materna e neonatal, o uso abusivo desse procedimento pode causar mais danos do que benefícios. Os riscos são proporcionais à quantidade de cesariana, quanto mais procedimentos realizados durante a vida, maiores são as possibilidades de ocorrência de algum dano ou agravo (MARCOLIN, 2014).

A cesárea como qualquer outra cirurgia pode causar complicações significativas e até mesmo permanentes, que vai desde sequelas originadas pelo procedimento, até mesmo a morte, principalmente em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. As mortes maternas causadas por complicações provenientes da cesariana são definidas como obstétrica direta (OMS, 2015).

Em uma revisão sistemática com metanálise feita para determinar o impacto do aumento do número de partos cesáreos sobre a morbidade materna, observou-se que a ocorrência de histerectomia, transfusão sanguínea, placenta prévia e acretismo placentário aumentaram conforme o número de cesarianas (MARSHALL; FU; GUISE, 2011).

Esse procedimento também está associado ao aumento do resultado neonatal desfavorável, principalmente na cesariana eletiva, antes do início do trabalho de parto, o que acaba por contribuir com a morbidade dessa população. Baixo peso ao nascer, prematuridade e complicações respiratórias são alguns dos agravos que podem ocorrer (MARCOLIN, 2014; RAMACHANDRAPPA; JAIN, 2008; REIS et al., 2014).

Diante do aumento do percentual de cesariana no Brasil, condição que chegou a ser considerada epidemia, e do reconhecimento do uso abusivo desse procedimento, algumas iniciativas foram tomadas pelo governo brasileiro a fim de mudar esse cenário de assistência ao parto.

Em 1998, considerando as altas taxas de cesariana e com o propósito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, bem como diminuir o número de mulheres submetidas a

riscos cirúrgicos desnecessários, o governo federal lança a Portaria nº 2.816 de 29 de maio que determina um valor máximo pago por essa cirurgia em relação ao total de partos, nas instituições públicas de saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001).

Porém, em 2000, levando-se em conta que os hospitais, sob a coordenação estadual, poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico devido a sua complexidade, por realizarem partos considerados de alto risco e serem referência na assistência obstétrica, dentre outros fatores, o governo lança novas Portarias (MS/GM 466, de 14 de junho de 2000 e MS/GM 426, de 04 de abril de 2001) contemplando esses aspectos na determinação do valor máximo destinado às instituições para a realização do procedimento e também propondo a adoção de outras estratégias que visam a diminuição do número de cesáreas (BRASIL, 2001).

Mesmo diante dessas medidas e dos impactos causados, observa-se que não é apenas a forma de remuneração da assistência isoladamente que interfere na ocorrência de determinada via de parto (FARIA; SAYD, 2013). Nesse sentido, em 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000.

Esse programa visou assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da assistência digna e de qualidade às mulheres no período gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Tal programa contribuiu para a identificação dos fatores associados à situação obstétrica no país, fruto do modelo vigente, dos riscos relacionados com o exagero da realização da cesariana, reforçando a sua prática apenas quando houver indicação, com participação ativa da mulher na tomada de decisão (BRASIL, 2001).

Ele também teve o compromisso de realizar medidas quanto à adequação das estruturas físicas institucionais, mudança de postura da(o)s profissionais de saúde, incluindo a equipe multiprofissional nesse processo e uso de técnicas menos invasivas e não farmacológicas. Nesse sentido, há o reconhecimento da importância do papel das enfermeiras obstétricas na assistência humanizada ao parto (BRASIL, 2001).

Mesmo diante dos esforços e das ações realizadas, no ano de 2011, as taxas de cesárea continuaram alarmantes, muito além daquela proposta pela OMS na época (FARIA; SAYD, 2013). Nesse mesmo ano, o governo federal instituiu a Rede Cegonha que permanece até os dias de hoje na luta contra o modelo tecnocrático ainda hegemônico no país, que tem enraizado a utilização acrítica das tecnologias, com a permanência dos altos índices de cesariana. Essa estratégia sistematiza e institucionaliza aquele modelo de atenção ao parto e nascimento que começou a ser construído na década de 90 e busca ser o menos invasivo

possível, garantindo assistência humanizada e de qualidade às mulheres e às crianças (BRASIL, 2011).

Em uma pesquisa realizada para analisar o processo de implantação da Rede Cegonha, observou-se que apesar de alguns avanços, como a redução da morte materna e a importância da equipe multiprofissional qualificada e capacitada, as taxas de cesáreas ainda são altas, e permanecem aumentando em alguns estados (SANTOS, 2013).

No setor suplementar, o valor das taxas chega a ser três vezes maior do que o encontrado no Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o governo também criou algumas estratégias para estimular o parto normal e diminuir as cesarianas desnecessárias no âmbito privado (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, em 2015, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 368, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos médicos entregarem a nota de orientação à gestante, documento que informa sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência da cesariana, e sobre a divulgação dos percentuais de cesariana do médico e do estabelecimento de saúde, para permitir maior segurança para a mulher decidir qual será o seu tipo de parto (BRASIL, 2015).

A estratégia mais atual do governo abordando essa questão é o documento “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, aprovado através da Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Nele contém recomendações para a operação cesariana a nível nacional e torna obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados a esse procedimento (BRASIL, 2016).

A elaboração dessas diretrizes tem como finalidade divulgar quais as práticas vigentes e atuais no mundo, com embasamento científico, a partir de um referencial para as condutas profissionais e os cuidados com a mulher e recém-nascido, com intuito de promover e proteger a sua saúde e bem-estar (BRASIL, 2016).

2.3 AVANÇOS NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁRIO

Na década de 90, surge no Brasil um processo de discussão sobre a necessidade de transição do modelo de atenção ao parto e nascimento vigente, configurado pelo excesso de intervenções e desrespeito aos direitos das mulheres, para aquele permeado pela humanização, sob a perspectiva de melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2001; RATTNER, 2009).

Em 2014, a revista *The Lancet* lança uma publicação em o Brasil é tido como exemplo de país em que a realidade obstétrica é problemática devido às altas taxas de mortalidade materna, as maiores taxas de cesariana no mundo e a medicalização do nascimento com

aumento da morbidade. Nesse sentido, ressalta a importância das “midwives”, que nesse país se traduz como enfermeiras obstétricas, na redução das intervenções desnecessárias, inclusive no número de cesarianas e mostra a iniciativa da Rede Cegonha como estratégia que contribui para a mudança do modelo obstétrico (RENFREW et al., 2014).

Na perspectiva de transição do modelo obstétrico existente no Brasil e entendimento que as práticas assistenciais devem ser as mais adequadas, de acordo com as evidências científicas, surgiu as Diretrizes de Atenção à gestante: a operação cesariana. Esse documento estabelece recomendações sobre a utilização dessa cirurgia e acompanhamento das mulheres a ela submetidas, a partir de um consenso técnico-científico e formuladas dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação (BRASIL, 2016).

Essas recomendações se propõem a fornecer subsídios e orientações a todas as pessoas envolvidas no processo de assistência ao binômio durante a cesariana, no intuito de proteger a saúde e bem-estar da mulher e recém-nascido, funcionando como referencial para as condutas relacionadas aos procedimentos e cuidados, contemplando os princípios da humanização (BRASIL, 2016).

As diretrizes discorrem sobre a importância do cuidado centrado na mulher, sendo necessário informá-la sobre a justificativa da indicação da cesariana, os riscos e possíveis complicações relacionados ao procedimento, de maneira clara e acessível para fácil compreensão, além da sua inclusão no processo de decisão (BRASIL, 2016).

Em uma revisão integrativa sobre a percepção das mulheres acerca os ambos tipos de parto, evidencia-se que as mulheres não foram adequadamente informadas, sobre esses eventos (VELHO et al., 2012). No setor público, as mulheres relatam a falta de informação sobre o diagnóstico que a levou à realização da cesariana e também sobre a condição clínica do recém-nascido, gerando insegurança (GAMA et al., 2009).

Em relação ao processo de decisão pelo tipo de parto, as mulheres referem que a indicação médica é aceita pela confiança no profissional e por não se sentir à vontade para opinar e/ou ter receio em questionar essa conduta, demonstrando atitude mais passiva frente à esse processo (GAMA et al., 2009; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Essas situações demonstram a dificuldade da mulher em dialogar com profissionais de saúde e participar da tomada de decisão acerca das condutas relacionadas à sua vida e a de se feto. O que vai de encontro à valorização da sua autonomia e a sua co-responsabilidade em relação à escolha terapêutica e dos procedimentos, que estão associados a melhores resultados em saúde (LEÃO et al., 2013).

Outro item relevante nas diretrizes está relacionado aos cuidados com o recém-nascido diante das peculiaridades da operação cesariana. Algumas das recomendações são: assegurar e facilitar o contato pele-a-pele precoce entre o binômio; clampeamento tardio do cordão umbilical, quando não houver nenhum impedimento e suporte para início do aleitamento materno tão logo após o parto, entre outras (BRASIL, 2016).

Para algumas mulheres, durante a cesariana elas não têm idéia do que está acontecendo, não conseguem sentir seu/sua bebê, são impossibilitadas de ver o nascimento devido os campos cirúrgicos, sentem-se sonolentas por conta da anestesia, acabando por tirar a sensação de participação no parto (CARNEIRO et al., 2015; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). O que pode desencadear certa interferência no processo de vinculação entre a mãe e sua cria (BRASIL, 2016).

Apesar do reconhecimento da importância do contato imediato entre a mãe e o recém-nascido para o processo de vínculo, em um estudo realizado através do meio digital com mulheres de classe média e urbanas, observou-se que elas tiveram dificuldades nesse sentido, atribuindo ao fato de estarem amarradas, se sentirem “grogues” por conta da sedação, realizada sem o seu consenso, ficando até algumas horas distante de seu/sua filho(a) (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

A cesariana tem sido apontada como importante barreira para o início precoce da amamentação, mesmo após o término do procedimento, considerada como fator de risco mais consistentemente associado à não amamentação na primeira hora de vida. Isso se dá devido às rotinas de cuidados que retardam ou interrompem o contato entre o binômio, além da menor disposição dessas mulheres para amamentação, como demonstrado em uma revisão sistemática (ESTEVES et al., 2014).

Outra questão relevante acerca da cesariana é a realização da ligadura tubária durante esse procedimento, que se tornou questão problemática no Brasil. A recomendação é de que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária. (BRASIL, 2016).

Desde 1996, ano em que foi publicada a Lei nº 9.263 que trata sobre o planejamento reprodutivo, a laqueadura em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, salvo os casos de comprovada necessidade, é expressamente vedada, podendo até ser considerada crime. Em casos de realização de cesarianas indicadas para fim exclusivo de esterilização, a pena aumenta em um terço (BRASIL, 1996).

Entretanto, o que se percebe até os dias atuais é que a vontade de ter o parto cesáreo para algumas mulheres é incentivada pelo desejo da realização da laqueadura durante o procedimento. Isso ocorre devido à dificuldade de acesso ao planejamento reprodutivo, tendo essa opção como oportunidade. Nesse sentido, esse comportamento deve ser completamente desencorajado, visto que durante o processo de parto e nascimento as mulheres se encontram em situação de vulnerabilidade emocional, além da falta de cumprimento da lei (CARNEIRO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2014).

Diante do exposto, percebe-se que a assistência prestada à mulher durante o seu processo de parto cesáreo caminha para os princípios do modelo de atenção humanizado. Dessa forma, seguir as recomendações encontradas nas diretrizes de atenção à gestante na operação cesariana pode funcionar como facilitador na efetivação de uma assistência à saúde de qualidade, centrada no bem-estar materno e fetal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas são destinadas a caracterizar, descrever algo, utilizadas também para levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população, o que contribui para a compreensão do fenômeno. Ela é habitualmente utilizada na pesquisa social juntamente com a exploratória, que tem como finalidade esclarecer e modificar conceitos e idéias, proporcionar visão geral acerca do fato. (GIL, 2010; VOLPATO, 2015).

O método qualitativo é utilizado para o estudo das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões dos seres humanos, que são produtos das suas interpretações acerca do modo como vivem e como constroem seus artefatos e a si mesmo. Ele acontece a partir da sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo em estudo e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, foi escolhido esse tipo de estudo, pois se entende que é o mais adequado para responder ao objetivo da pesquisa, visto que a vivência da mulher durante o processo de parto cesáreo é um evento coberto de influências culturais e baseado em experiências vividas, não só por parte das mulheres, mas também das pessoas que a rodeiam e do contexto social ao qual está inserida.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade escola no município de Salvador, Bahia, Brasil. A instituição está vinculada a uma universidade pública e atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde.

Há mais de um século, ela foi construída para funcionar como um espaço para realização de partos na cidade, mas também como um centro de pesquisa que ajudaria na formação de novos médicos. Foi o primeiro espaço reservado para o atendimento obstétrico-ginecológico no Brasil com finalidade específica de maternidade escola (BRASIL, 2017).

Tem como missão prestar assistência às mulheres e crianças de forma humanizada e servindo de base para formação de profissionais de saúde aptos para as boas práticas de ensino, pesquisa e assistência especializada. Também atua na produção e convalidação de conhecimentos para serem usados em benefício da população (BRASIL, 2017).

Os atendimentos prestados são do tipo de urgência e emergência, internamento e ambulatorial. Conta com leitos para cirurgia geral, UTI neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), Unidade de Cuidados Intermediários

Neonatal Canguru (UCINCa), obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica e pediatria clínica. Possui 674 profissionais, dos quais 172 são médicos (CNES).

A participação no estudo se deu mediante os seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos que receberam assistência durante o período gravídico-puerperal na maternidade, que estivesse internada e no período de até 48 horas após parto cesáreo. E como critério de exclusão: mulheres que tinham transtorno psiquiátrico e que receberam algum tipo de assistência pela pesquisadora principal do projeto. Esse último foi estabelecido no intuito de evitar vieses no estudo, pelo fato da pesquisadora ser funcionária da instituição e para não causar constrangimento às mulheres que poderiam sentir-se inibidas durante a entrevista, por serem questionadas por alguém que participou do seu processo de parto.

A aproximação com o campo de estudo já existia, visto que a pesquisadora principal desse trabalho é funcionária da instituição escolhida, atuando no centro obstétrico, enquanto enfermeira obstétrica, prestando assistências às mulheres que estejam no período gravídico-puerperal.

Entretanto, para conhecer a dinâmica de funcionamento do alojamento conjunto, local onde as mulheres foram abordadas e convidadas para participar da pesquisa, ocorreu uma visita em cada enfermaria para reconhecimento do local.

Após esse reconhecimento e o aceite da participação por parte da mulher, as entrevistas aconteceram em dois locais, o primeiro foi na sala da coordenação de enfermagem que se encontra no mesmo andar, próximo ao alojamento conjunto e o outro foi a sala de estudo destinada a estudantes, quando estivesse vazia. Nos casos em que houve impossibilidade da mulher sair do leito, a coleta de dados foi realizada à beira deste, sendo solicitado que outras pessoas se ausentassem. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos.

A técnica escolhida para a realização do estudo foi entrevista semi-estruturada. Essa escolha se deu porque a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e se caracteriza por uma forma de interação social em que ocorre diálogo entre o(a) investigador(a) e a pessoa entrevistada, através da formulação de perguntas, com o objetivo de obter dados que acerca de determinado tema científico (GIL, 2008; MINAYO, 2014).

As vantagens desse tipo de técnica são que permitem a obtenção de dados sobre os mais diversos aspectos da vida social, podendo quantificá-los e classificá-los, além da capacidade de analisar profundamente o comportamento humano. Entretanto, pode ocorrer

inadequação da compreensão da pergunta, fornecimento de respostas falsas e influência das opiniões pessoais da entrevistadora sobre as respostas da entrevistada (GIL, 2008).

Essa técnica permite que a pessoa entrevistada relate a sua própria reflexão acerca da realidade que vivencia, de modo que se possa observar, a partir da expressão verbal, as idéias, crenças, opinião, sentimentos, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos acerca do objeto pesquisado (MINAYO, 2014).

A entrevista semi-estruturada combina perguntas subjetivas e objetivas, seguindo um roteiro previamente estabelecido com questões sequenciais, permitindo à pessoa entrevistada discorrer sobre o tema de acordo com a sua opinião. Inicialmente ocorreu uma conversa para “aquecimento”, a fim de criar um clima descontraído e maior confiança entre a entrevistadora e a participante, e posteriormente a realização das questões (MINAYO, 2014).

O período de realização das entrevistas foi entre os meses de maio de 2017 a janeiro de 2018. Durante esse tempo, a maternidade de escolha iniciou reforma no centro obstétrico, sendo necessária a mudança do local de funcionamento para espaço físico em outro bairro, fechamento do serviço de emergência e atendimento apenas às pacientes que haviam sido reguladas através da central de regulação do estado.

Ao total, foram 10 mulheres participantes do estudo. A interrupção da coleta de dados e a definição do tamanho da amostra ocorreram de acordo com a saturação teórica. Houve a exploração individual das entrevistas, à medida que elas foram realizadas, identificação dos temas até a ausência de novos elementos, quando se decidiu por encerrar a coleta de dados.

Para auxiliar no processo, foi utilizado gravador, após consentimento da participante, a fim de registrar os dados para transcrição das falas na íntegra, de modo a contribuir na construção do trabalho.

Para guiar a entrevista foi utilizado como instrumento o roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), contendo questões objetivas e subjetivas. Para elaborá-lo, levou-se em consideração a clareza das questões para facilitar o entendimento e a observação do tempo estimado para a entrevista.

O roteiro consiste em uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação e guiam uma conversa com finalidade. Contém poucas questões que visam compreender o ponto de vista das pessoas entrevistadas, de modo a ampliar e aprofundar a comunicação, podendo também combinar com questões fechadas que servem na captação de aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação (MINAYO, 2014).

As questões fechadas foram referentes à condição sócio-demográfica e obstétrica das mulheres, com o objetivo de descrever o perfil das entrevistadas.

Já as questões subjetivas, foram norteadoras e permitiram que a entrevistada falasse livremente sobre o assunto, mas em alguns momentos a entrevistadora mediou a conversa focando no tema original. Nos casos das respostas curtas ou obscuras, a pessoa que estava entrevistando pôde estimular, de forma neutra, haver melhor elaboração do assunto, como indicado por Gil (2008).

Os dados coletados foram organizados a partir da Análise de Conteúdo, que possui máximo de rigor e cientificidade, caracterizada pelo conjunto de técnicas de análise das comunicações que se aplicam a discursos diversificados. A técnica de escolha foi análise temática proposta por Bardin (2011), em que o tema é a unidade de significação e é preciso descobrir os “núcleos de sentido” a partir das informações descritas.

O método se organiza em torno de três pólos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O primeiro passo foi a organização propriamente dita, sendo realizada leitura dos dados coletados e escolhida as formas de classificação e elaboração dos pressupostos iniciais que serviram como base. A segunda etapa foi a exploração do material com identificação dos temas principais e por fim o tratamento dos dados de maneira que se tornassem significativos e válidos para a síntese interpretativa final.

Desse modo, emergiram as seguintes categorias: Percepção vinculada à atuação profissional, com as subcategorias a assistência permeada pela humanização e acolhimento, a assistência permeada pelo afeto e a assistência permeada por comunicação; Percepção relacionada aos procedimentos realizados; Percepção da assistência relacionada ao processo de decisão e Percebe a cesárea como momento também de assistência ao RN.

No que tange aos aspectos éticos, esse trabalho está vinculado a um projeto piloto intitulado “Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto”, o qual foi submetido na Plataforma Brasil e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, atendendo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa com seres humanos, obtendo parecer favorável sob o número 2026663/2017.

Todas as mulheres que participaram do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando uma sob a sua posse. Esse termo foi escrito de forma clara, contendo o objetivo do estudo, o método que foi utilizado e

esclarecimentos quanto aos benefícios e potenciais riscos que elas tiveram em decorrência da sua participação na pesquisa.

A pesquisa atendeu aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, referenciais da bioética.

O princípio da autonomia requer que as pessoas capacitadas deliberem sobre as suas próprias escolhas, tanto quanto ao seu corpo, quanto à sua vida (CREMESP, 2017). Nesse sentido, foi garantido que a mulher, mesmo após se manifestar expressamente e formalmente, tivesse o direito de desistir da pesquisa em qualquer etapa, caso fosse a sua vontade, sem necessidade de explicação, assegurando não haver nenhum tipo de prejuízo.

Quanto à beneficência, esforços foram realizados em prol de maximizar os benefícios. Portanto, pretendeu-se com a participação na pesquisa identificar aspectos significativos quanto à assistência prestada à mulher durante o processo da cesárea de modo a contribuir para o seu reconhecimento por parte da(o)s profissionais de saúde e a sua utilização no intuito de favorecer subsídios para a promoção da qualidade da assistência, não só nessa maternidade, mas também em outros serviços de saúde.

Vale ressaltar que os dados da pesquisa serão mantidos em arquivos físicos e digitais por um período de cinco anos e que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados não só no meio acadêmico, mas também para as participantes e na instituição de escolha para o estudo.

Quanto a não-maleficência, os esforços foram no sentido de minimizar os possíveis riscos e prejuízos. Entende-se que o estudo poderia ocasionar constrangimento ou desconforto às entrevistadas durante os questionamentos. Nesse sentido, as entrevistas ocorreram em local reservado a fim de garantir, ao mínimo, a sua privacidade. As informações foram utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa e a identidade da mulher é preservada, utilizando-se números para identificá-las, assegurando a confidencialidade.

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade (CREMESP, 2017). Desse modo, as pesquisadoras atuaram com imparcialidade, respeitando os valores culturais, sociais, financeiros, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes das participantes, levando em consideração as suas necessidades individuais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dez participantes da pesquisa foram distinguidas de acordo com características socioeconômicas (**Tabela 1**) e obstétricas (**Tabela 2**).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2018

Participantes	Idade	Escolaridade	Raça/Cor	Situação conjugal	Ocupação	Renda (R\$)	
						Individual	Familiar
E01	34	Médio incompleto	Parda	Casada	Gerente de negócios	1800	3300
E02	37	Médio completo	Parda	Casada	Microempreendedora/ Desempregada	0	3000
E03	32	Médio completo	Parda	Solteira	Dona de casa	0	600
E04	25	Médio completo	Parda	Casada	Balconista	1126	1300
E05	32	Superior completo	Preta	Casada	Advogada/ Desempregada	0	3000
E06	35	Superior completo	Preta	Solteira	Assistente social	1874	2811
E07	31	Médio completo	Parda	Solteira	Estudante	0	ns*
E08	34	Médio incompleto	Parda	Solteira	Agricultora	937	1874
E09	22	Superior completo	Preta	Casada	Dona de casa	0	937
E10	44	Médio completo	Parda	Solteira	Costureira	1500	3000

*não sabe referir

Fonte: BARRAL, Fanny Eichenberger, 2018.

Esse estudo revelou um perfil de mulheres que possui variação de idade entre 22 e 44 anos, estando metade delas dentro da faixa etária dos 30-35 anos. No que diz respeito à escolaridade, 2 possuem o ensino médio incompleto, enquanto 5 possuem ensino médio completo e 3 cursaram o ensino superior.

A indicação da raça/cor, segundo o IBGE, é autodeclaratória. Desse modo, 3 mulheres referiram ser pretas, enquanto 7 informaram ser da cor parda. A população negra, compreende a soma da população que se declara como preta ou parda, portanto, todas as participantes do estudo são classificadas como negras (BAHIA, 2016).

Em relação ao estado civil, metade delas (cinco) referiu serem casadas e a outra metade solteiras. Quanto à ocupação, 2 das mulheres são donas de casa, 1 é estudante do ensino técnico, 2 informaram estarem desempregadas no momento, enquanto outras 5 possuem diferentes tipos de trabalho.

Sobre a renda, cinco não possuem renda individual, enquanto as outras cinco possuem renda entre 1 a 3 salários mínimos. A renda familiar varia entre 600 e 3.300 reais, sendo que uma das participantes não soube informar o valor.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2018

Participantes	G P A*	Tipos de partos anteriores	Idade Gestacional (semanas)	Patologias/agravos na gestação atual
E01	2 1 1	-	34	Pré-eclâmpsia
E02	2 2 0	1PSAC	39	Hipotireoidismo subclínico
E03	6 5 1	3PSAC / 1PSNV	38	HIV
E04	3 3 0	2PSAC	38	Nega
E05	1 1 0	-	41	Nega
E06	3 1 2	-	37	Hipertensão Arterial Crônica
E07	3 3 0	2PSNV	41	Oligodrâmnia
E08	4 3 1	2PSNV	41	ITU
E09	2 1 1	-	41	Nega
E10	3 2 1	1PSNV	39	Nega

*Gestação, Parto e Aborto

Fonte: BARRAL, Fanny Eichenberger, 2018.

No que diz respeito às características obstétricas, observa-se na grande maioria (nove) um perfil de mulheres que já estiveram grávidas anteriormente, sendo que 6 delas evoluíram para o parto, enquanto que para 3 a gestação terminou em situação de abortamento ou gravidez ectópica. Apenas uma das participantes do estudo referiu ter esse parto decorrente da primeira gestação.

Em relação aos tipos de partos em gestações prévias, três mulheres revelaram já terem experimentado a cesariana, enquanto as outras três tiveram os partos anteriores via vaginal.

Apenas uma das mulheres teve o parto cesariano prematuro, com idade gestacional inferior a 37 semanas, enquanto todas as outras estavam no tempo considerado como “a termo”, entre 37 e 42 semanas de gravidez.

Quanto à existência de alguma intercorrência durante a gravidez, quatro referiram não terem tido, enquanto seis relataram terem a existência de patologia/agravo, como: HIV, oligodrâmnia, ITU, hipotireoidismo subclínico e duas foram acometidas por síndromes hipertensivas da gravidez.

Os resultados obtidos a partir das falas foram interpretados e após avaliação emergiram quatro categorias, das quais uma possui três subcategorias. Como apresentado a seguir (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Descrição das categorias e subcategorias da pesquisa, Salvador, Bahia, 2018

Categorias	Subcategorias
Percepção vinculada à atuação profissional	A assistência permeada pela humanização e acolhimento
	A assistência permeada pelo afeto
	A assistência permeada por comunicação
Percepção relacionada aos procedimentos realizados	
Percepção da assistência relacionada ao processo de decisão	
Percebe a cesárea como momento também de assistência ao RN	

4.1 PERCEPÇÃO VINCULADA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

4.1.1 A assistência permeada pela humanização e acolhimento

Tendo em vista que a realidade obstétrica no Brasil é regida por modelo tecnocrático que inclui uma série de intervenções, muitas vezes desnecessárias, colocando em questão o respeito aos direitos das mulheres à assistência digna e de qualidade, desde a década de 90, vivemos um movimento de transição em busca da mudança dessa condição e trazendo como proposta um novo modelo de assistência, permeado pela humanização.

É direito de todas as pessoas nos serviços de saúde ter acesso a uma assistência humanizada e acolhedora, livre de qualquer discriminação (BRASIL, 2009). Nesse sentido, observa-se o que as mulheres entendem como humanização nas falas a seguir:

Parto humanizado é um tipo de parto em que você está sendo assistida e tem uma equipe que se preocupa com o seu desenvolvimento no processo, fornece apoio psicológico, moral, físico e estimula os pacientes de forma positiva de que tudo vai dar certo, isso ajuda muito. (E07)

Desde a recepção até os médicos, os enfermeiros, as pessoas atendem bem, são pessoas humanas que tem amor ao próximo. (E10)

A assistência humanizada, conseqüentemente, parto humanizado, se apresenta como aquela em que o/a profissional se preocupa com a condição da mulher, fornece apoio tanto psicológico, como físico e emocional, incentivando positivamente e exercendo amor ao

próximo. A humanização não parte de uma perspectiva metafísica de “tornar-se humano”, mas sim da adoção de condutas e atitudes diferenciadas, da oferta de atendimento de qualidade, almejando ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder (OLIVEIRA et al., 2017).

Corroborando com o entendimento de humanização numa perspectiva de adoção de atitudes diferenciadas que acarretam em assistência de qualidade, Silva e colaboradores (2017) evidencia que a satisfação da gestante com atenção ao parto hospitalar em rede pública, está relacionada, dentro dos parâmetros adotados em seu estudo, a gentileza dos profissionais, o apoio em situações de dor e medo, o que acarreta em sentimentos de respeito e confiança.

A partir do que se expõe, percebe-se a associação da pessoa humana àquela que tem amor ao próximo, entretanto, a humanização vai além de uma relação baseada apenas em afeto, consiste também na escuta ativa, empatia, acolhimento, respeito aos direitos das mulheres, garantia de acesso aos serviços, dentre outros. Nesse sentido, pode-se sugerir que essa atribuição consiste, em partes, em função da assistência humanizada sob a perspectiva da empatia e acolhimento por parte dos/as profissionais de saúde.

O apoio fornecido pelos/pelas profissionais faz parte de uma assistência empática, abordada por Bramhall (2014) como aquela em que há apreciação dos sentimentos de outra pessoa, preocupação com as experiências vivenciadas, na tentativa de perceber o mundo do outro através de uma escuta ativa.

Em um estudo realizado na Colômbia sobre percepção das gestantes acerca do cuidado humanizado prestado pela enfermeira, a empatia apareceu como item que obteve menor valor, evidenciando uma assistência deficitária. Nesse sentido, as autoras enfatizam a importância da comunicação e afetividade, composição de uma relação empática, como ações fundamentais do cuidado humanizado (ZULETA et al., 2016).

No que diz respeito ao acolhimento, é um processo de relação entre equipes/serviços e usuários/populações que deve fazer parte de todas as etapas da assistência, desde o momento do internamento até a alta, praticado por todos/as os/as profissionais de saúde, com o exercício da escuta ativa qualificada, respeitando e atendendo as necessidades sociais, psicológicas e emocionais da mulher (BRASIL, 2014a; DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Segue a percepção das mulheres sobre o acolhimento pelos/pelas profissionais:

Acho que se sentir acolhida é quando os profissionais se preocupam com você e querem que se sinta bem, protegida [...] passam confiança de que tudo vai dar certo, ajuda a levantar a autoestima. (E07)

Em estudo realizado por Lopes e colaboradores (2015), o acolhimento é percebido como ferramenta que auxilia no estabelecimento de vínculo, disponibilizando atenção às necessidades individuais das pessoas a quem se destina a assistência, com objetivo de proporcionar a solução dos problemas existentes ou encaminhamento para uma possível resolução, trazendo qualificação à relação entre profissionais e usuárias. Nesse sentido, alguns elementos surgiram como incentivadores para a relação, como a atitude acolhedora, o respeito e o cuidado com a outra pessoa, corroborando com o que se evidencia na interpretação das participantes sobre se sentir acolhida.

Elementos semelhantes foram descritos por Silva e colaboradores (2014), em que a parturiente relaciona o acolhimento, por parte dos(a) profissionais de saúde, à bondade, paciência e atenção.

O acolhimento não se limita ao ato de receber, parte de uma sequência de ações e modos que fazem parte do processo de trabalho, devendo considerar não apenas esta característica, mas também a individualidade dos/das profissionais e as condições em que estes estão inseridos/as para prestar a assistência (FERREIRA et al., 2018).

Em um estudo realizado com objetivo de compreender a satisfação dos/das usuários/as com acesso e acolhimento da Atenção Primária à Saúde (APS), o/a usuário/a que não se sentiu acolhido e ouvido, avaliou mal o cuidado recebido. Nesse sentido, para se obter satisfação por parte da pessoa que é cuidada, faz-se necessário o estabelecimento de vínculo solidário, sendo necessário despender atenção e valorizar o processo de escuta (GOMIDE et al., 2018).

4.1.2 A assistência permeada pelo afeto

A demonstração de afeto por parte das/dos profissionais é percebida a partir dos relatos a seguir:

O médico veio, apertou a mão, abraçou meu marido e desejou boa sorte. Também apertou a minha mão, com carinho. (E01)

Tinha sempre uma enfermeira que passava a mão na minha cabeça fazendo carinho e me perguntava se eu estava bem. Eu achei isso fantástico, ajuda muito. Não custa se preocupar e tratar com afeto, passar confiança, incentivar positivamente. (E07)

De acordo com as representações sociais de mulheres que vivenciaram a cesariana, estudo realizado por Velho, Santos, Collaço (2014), a assistência recebida com atitudes carinhosas, repercutiu em conforto, tranquilidade, segurança e confiança.

Corroborar com os achados nesse trabalho o estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2010), no qual as puérperas referem que o suporte afetivo provido pela equipe no momento do parto, como o toque, favoreceu para que ela se sentisse mais segura e confiante.

Resultado semelhante foi observado em estudo português, em que a afetividade entre profissionais e gestantes contribui para uma relação de confiança, trazendo apoio e conforto para as mulheres grávidas, sendo significativa para elas, principalmente por se sentirem fragilizadas e inseguras com essa nova condição (COUTINHO et al., 2014).

Incentivar positivamente também foi referido por mulheres em estudo realizado por Dahlberg e colaboradores (2016), no qual relatam que a assistência de parteiras permeada pela motivação, bom humor, amizade e solidariedade contribuiu para estreitar a relação de confiança.

Promoção de conforto realizada por profissionais também se destacaram como forma de afeto:

Quando eu deitei para descansar, estava descoberta e ao acordar estava toda coberta com lençol que acredito ter sido colocado pela enfermeira, ela se preocupou comigo, se eu estava bem. (E07)

Para as gestantes, em estudo realizado por Coutinho e colaboradoras (2014), a relação afetiva engloba o diálogo franco, apoio, interesse, conforto, bom acolhimento e atenção recebida por profissionais durante a gravidez, estando alguns desses critérios corroborando com o que foi relatado pelas participantes.

Ações semelhantes à iniciativa de acalantar e se preocupar com o bem-estar corroboram com os resultados apresentados pelo estudo de Oliveira e colaboradores (2010), no qual a sensibilização de profissionais, em especial a enfermeira, em situações de desconforto, dor, medo e alegria contribuem no sentido de gerar segurança para a mulher na vivência do trabalho de parto e parto.

Em estudo que analisa a relação de cuidado tanto na perspectiva do profissional, quanto do paciente, este considera que o profissional ideal é aquele que promove cuidado afetivo, entende os aspectos psicológico-emocionais, é calmo, paciente, sabe ouvir e demonstra preocupação (BARONIO; PECORA, 2015).

4.1.3 A assistência permeada por comunicação

A relação humana é a base do trabalho dos profissionais de saúde, independente da área de formação, sendo necessário o aprimoramento constante das suas habilidades, dentre elas, a de comunicação. A competência na comunicação contribui para manter a relação de forma efetiva, possibilitando uma assistência fundamentada em bases éticas, legais, clínicas e humanizadas (ROCHA et al., 2016).

O processo comunicativo é empregado para o estabelecimento de vínculo, em uma dimensão verbal, por meio de palavras que expressam pensamento, clarificam fato ou validam a compreensão de algo e também não verbal, através de posturas e gestos, em um universo de significações permeadas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; CORIOLANO-MARIUS et al., 2014).

A médica me explicou tudo de forma muito consciente, não foi feito de qualquer maneira, eu fui orientada por tudo [...] ela me conscientizou totalmente, sobre a anestesia, o parto, falou tudo. (E01)

Ser bem assistida é ser avaliada, ter o cuidado, a entrevista e orientação dos enfermeiros, falando sobre o que seria feito no procedimento, explicando como seria a cesariana e a anestesia. (E05)

Eu acho que o importante é isso, passar para o paciente o que vai fazer, não é chegar lá e fazer de qualquer jeito e deixar dúvidas. Deixaram tudo claro pra mim, me informaram tudo direitinho e estou satisfeita com tudo. (E08)

A comunicação é uma ferramenta que pode ser utilizada para fornecer informações, ensinar, discutir e gerar mudanças de comportamento (CORIOLANO-MARIUS et al., 2014).

As mulheres referem terem sido informadas sobre os procedimentos que seriam realizados e todas as ações pertinentes à assistência, de forma consciente. Para Pedro e colaboradores (2016), a informação fornecida pelos profissionais de saúde, através também de explicações, quando compreensível e adaptada à realidade social é adequada e contribui para a interação com o paciente de forma efetiva, sendo seu direito receber todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde.

As participantes referem que foram informadas sobretudo, de forma clara, o que corrobora como a abordagem de Bramhall (2014) sobre comunicação efetiva na prática da enfermagem, em que infere que os enfermeiros devem compartilhar a informação sobre a saúde de forma que as mulheres consigam entender, uma vez que essa comunicação seja efetiva, elas conseguem lidar melhor com as questões relacionadas aos seus cuidados e tratamento.

A partir dos relatos, percebe-se que fornecer informações pode ser interpretado como sinal de boa assistência e sinônimo de satisfação. Dois estudos corroboram com essa afirmação ao evidenciar que informar sobre os procedimentos foram realizados tornaram a vivência do parto mais positiva e satisfatória. Além de que, fornecer orientação pode se apresentar como uma assistência cuidadosa, contribuindo para que a gestante sintasse-se segura para parir (REIS et al., 2017; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

A comunicação favorece a aproximação entre o profissional e a mulher, sendo importante para o estabelecimento de vínculo e de uma relação de confiança, não se restringindo à troca de informações. Como se observa a seguir:

Não tenho o que dizer da equipe de enfermagem. A forma de chegar pra conversar, tudo. (E02)

As meninas da enfermagem sempre estavam ali também, muito dispostas, amiga mesmo, de conversar, de explicar como era, ajudar na amamentação, na troca do bebê. (E05)

Para além das orientações na relação assistencial, a comunicação é uma das habilidades que pode ser empregada pela enfermeira para apreender as mensagens, implícitas ou explícitas, e permeiam a sua relação com a paciente. Sendo assim, quando estabelecida de maneira eficaz é caminho que favorece o sentimento de amparo, conforto e compreensão, além de fortalecer o vínculo, proporcionar confiança e segurança (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Nesse sentido, a percepção sobre a assistência prestada pela enfermeira corrobora com o estudo de Rocha e colaboradores (2016), em que a enfermeira na sua prática assistencial usa a comunicação como instrumento básico e primordial para a formação de vínculo e que pode ser aproveitada como medida terapêutica eficaz, consentindo ao paciente a oportunidade de compartilhar seus temores e dúvidas, de modo a contribuir para a redução de estresse psicológico.

Em estudo sobre a percepção das gestantes acerca do cuidado humanizado, a comunicação é valorizada no foco da qualidade do cuidado, considerada aspecto positivo quando estabelecida de forma mútua (ZULETA et al., 2016).

A comunicação pode se estabelecer também de forma deficitária, como se observa a seguir:

Não entendi muito bem o porquê de ter sido complicado porque na hora o médico não falou, talvez para não ficar nervosa [...] eu pensei até em perguntar, mas eu fiquei com medo de saber, ficar nervosa e piorar ainda mais o meu quadro, preferi ficar calada. (E04)

Eu fiquei insegura porque achei que tinha tido algum erro [...] fiquei me perguntando se eles haviam errado e não me falaram. Depois eu fiquei pensando que deveria ter perguntado, mas eu não me lembrava quem eram as pessoas que estavam lá. (E05)

O déficit de conhecimento da mulher sobre a sua evolução e condição clínica também pode ser observada em estudo realizado por Reis e colaboradores (2017), em que a falta de conhecimento sobre a situação gera angústia, atrelada a uma tentativa, sem êxito, de esclarecer suas dúvidas.

Para Bramhall (2014), a assistência prestada por profissionais na área da saúde é exigente, complexa e desafiadora por causa da natureza do ambiente de trabalho que pode proporcionar pouco tempo para a comunicação. Além desse motivo, outros fatores tornam-se barreiras, como não ter estratégia para lidar com as dificuldades e medo relacionado a tornar o paciente mais angustiado a falar, estando este corroborando com o que foi relatado na perspectiva das participantes.

Observa-se também em um dos relatos que a busca de informação pode não ser importante para a mulher, por medo ou outros motivos. Para Lino e Diniz (2015), em certas situações, o não querer saber por falta de desejo ou pela vontade de não pensar sobre pode ser uma fonte de conforto.

Em estudo que aborda a compreensão da experiência de mulheres sobre a promoção de uma experiência positiva no parto acompanhado por parteiras, evidencia-se que as mulheres durante o processo de nascimento necessitam de informações contínuas e a forma como essa demanda é atendida pode interferir na relação de confiança com a profissional. Ao seguir uma abordagem informativa, a parteira contribuía para melhorar o senso de controle da mulher e reduzir incertezas (DAHLBERG et al., 2016).

4.2 PERCEPÇÃO RELACIONADA AOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Observa-se a seguir a percepção das mulheres no que diz respeito aos procedimentos envolvidos na cesariana:

Eu tinha muito medo da cesariana por conta mesmo da injeção, da raqui. Eu ouvia relatos de que era uma injeção perigosa, mas, quando a enfermeira me explicou que o anestesista iria conversar comigo, que não tinha perigo, que o profissional era competente, eu fiquei mais tranqüila. Eles me acalmaram de verdade. (E05)

Eu fiquei muito receosa pelo fato de ser uma cesariana, sempre foi algo que temi. Morria de medo da raqui, diziam que era o terror, mas eu não senti nada na hora. A anestesista me deixou tão à vontade, me

sentindo tão bem e protegida que eu nem senti, pra falar a verdade. Foi muito bacana. (E07)

Eu fiquei nervosa porque eu nunca tinha tomado anestesia, mas a anestesista se apresentou e falou para eu ter calma e que tudo que ela fizesse, ela iria avisar antes. Achei que tomaria um susto terrível na hora de me furar, mas eu nem percebi. Eu fiquei tranqüila, confiei. (E08)

O medo atrelado a cirurgia, principalmente em relação ao procedimento anestésico, gera receio e nervosismo. Tal situação foi observada em um estudo realizado com mulheres que tiveram seu primeiro parto via cesariana, em que a decisão por esse tipo de parto foi pautada principalmente pelo medo do parto normal, entretanto, esse sentimento permaneceu, juntamente com a ansiedade, mas relacionado à anestesia e a dor no pós-operatório (SILVA et al., 2014).

O receio em relação à anestesia também foi fonte de medo e preocupação para algumas mulheres que atribuíram essas condições emocionais a aspectos negativos da cesariana (VELHO et al., 2012). O que corrobora com estudo realizado por Melo, Davim e Silva (2015), em que puérperas atrelam o medo da anestesia e da cirurgia a desvantagens relacionadas a esse tipo de parto.

Apesar do relato de medo antes de iniciar o procedimento, as mulheres referiram que a assistência profissional contribuiu para tranqüilizá-las, se sentirem bem e protegidas. Essa situação corrobora com os achados de estudo realizado nos Estados Unidos, em que a orientação individual por parte dos anesthesiologistas acerca do procedimento anestésico, incluindo esclarecimento sobre quaisquer equívocos relacionados à segurança da anestesia, contribuiu na relação de confiança do paciente com o profissional, melhorou na ansiedade e aumentou a satisfação geral com os cuidados anestésicos (NAGRAMPA et al., 2015).

A interação entre o profissional e a paciente também pode ocorrer antes da cirurgia, o que Pulkkinen, Junttila e Lindwall (2016) apresentam como diálogo pré-operatório, sendo no estudo realizado por uma enfermeira. Este diálogo foi evidenciado como de grande importância, pois, contribuiu para formação de vínculo, permitindo que a enfermeira fornecesse informações, conselhos e encorajasse o paciente, além de proporcioná-lo a oportunidade de trazer as suas questões emocionais, acarretando em satisfação, segurança e diminuição da ansiedade.

Nesse sentido, as orientações sobre o procedimento favorecem a compreensão por parte das mulheres, contribuindo para que elas se sintam bem e tranquilas. Isso inclui ditar passo a passo sobre o que ela deve fazer, como demonstrado a seguir:

A anestesista falou para eu sentar com as pernas abertas, como se estivesse montando em um cavalo, ficar tranquila, botar o queixo pra baixo, relaxar os ombros, encurvar as costas e ficar bem paradinha. (E01)

No intuito de contribuir para a adoção do posicionamento adequado e seguro durante o procedimento anestésico em uma cesariana, Pinto e colaboradores (2018), construíram e validaram um álbum seriado educativo para gestantes como ferramenta a ser utilizada por enfermeiros que atuam em maternidades e centros cirúrgicos obstétricos. O conteúdo foi avaliado satisfatoriamente pelas mulheres que referiram ser importante e relevante, através de uma linguagem clara, o que ajuda a melhorar a compreensão acerca do assunto.

Instrumentos educativos podem ser uma boa opção para contribuir no fornecimento de orientações por parte dos/das profissionais de saúde. Nesse sentido, percebe-se a satisfação de pacientes em relação a essa alternativa em estudo realizado por Ortiz e colaboradores (2014) que desenvolveu um folheto explicativo após sentirem a necessidade de fornecer mais informações relacionadas ao procedimento anestésico, resultando em melhoria significativa da satisfação do paciente em relação a sua compreensão sobre o papel do anestesologista, os tipos de anestesia, as opções para o controle da dor e as instruções para o dia da cirurgia.

A agilidade dos profissionais também foi sinalizada como algo relevante para as mulheres durante o procedimento, como observado a seguir:

Eu vi muita agilidade na sala, eu vi muita agilidade dos profissionais que estavam ali [...] Eu sei que não demorou muito, quando os médicos identificaram que a anestesia já tinha funcionado, não demorou muito. (E01)

Foi rápido, foi uma cirurgia bem rápida. Eu achei que fosse demorar mais, mas foi bem rapidinho. Foi tranqüilo, acho que não demorou 20 minutos. (E05)

Pensei que ia demorar tanto tempo, em menos de 30 minutos. Quando me falaram que já havia acabado, fiquei espantada. (E06)

Esses relatos corroboram com o evidenciado por uma revisão integrativa relacionada à percepção das mulheres sobre a vivência do parto, em que a facilidade da cirurgia e a rapidez desse procedimento foram associadas a fatores positivos do parto cesáreo (VELHO et al., 2012).

Resultado semelhante é apresentado em estudo sobre as representações sociais das mulheres que vivenciaram ambas as vias de parto, em que a cesariana se destaca de forma benéfica por ser mais rápida e cômoda, sendo um momento agradável e tranquilo, ausente de sofrimento (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). Além disso, a agilidade da cesariana também foi observada em estudo realizado com pais suecos sobre a decisão para esse tipo de cirurgia, em que eles associam essa rapidez e eficiência a vantagens do procedimento cirúrgico em relação ao parto vaginal.

4.3 PERCEBE A ASSISTÊNCIA RELACIONADA AO PROCESSO DE DECISÃO

O parto cirúrgico é a via mais comum de nascimento nos setores privados de saúde. Em comparação, no setor público, as taxas são consideravelmente menores, mas ainda além do que se propõe a OMS. A operação cesariana é essencial para a saúde materna e infantil, entretanto, deve ser realizado sob indicações médicas específica (BRASIL, 2016). Observa-se a seguir o que as participantes referem como motivos que acarretaram na ocorrência da cesariana:

O médico só fez olhar e disse para internar porque já era a terceira cesárea e não tem como fazer parto normal. (E04)

O médico me explicou porque que eu estava fazendo o parto cesáreo que era por conta do tamanho do bebê [...] uma enfermeira sentou comigo e também me explicou. (E05)

Eu fiz o exame ultrassonografia que comprovou que ela estava sentada. O médico disse que provavelmente ela não ia virar mais e não tinha como ser o parto normal, então, teria que ser cesariana, (E10)

Em estudo realizado para identificar os fatores associados à cesariana de um município do Paraná, identificou-se que o desfecho com a cesariana em gestações anteriores, aumentava em 11 vezes a chance de ocorrência de uma nova cesariana, ainda que, apesar de ser uma decisão médica comum, não tenha justificativas claras ou plausíveis (OLIVEIRA et al., 2016).

A decisão pela cirurgia sem justificativa evidente também ocorre quando a apresentação é pélvica, em que o bebê se encontra “sentado”. Pois, nessa condição, em algumas situações, o parto normal é possível, além de existir manobras que podem ser utilizadas na tentativa de corrigir essa distocia. Dessa forma, torna-se necessário discutir previamente com a gestante sobre a escolha pela via de parto (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010)

As mulheres referem terem sido informadas sobre as justificativas médicas que serviram de indicação para a realização desse tipo de parto, entretanto, percebe-se que elas não são necessariamente indicações absolutas de cesariana. No que diz respeito a uma assistência de qualidade, é necessário que essas informações sejam baseadas em evidências científicas sólidas, expondo de maneira clara os riscos e benefícios associados ao procedimento cirúrgico (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o desconhecimento sobre informações que lhe deveriam ser oferecidas coloca a mulher em situação de vulnerabilidade, o que gera limitação sobre o seu poder de decisão e a percepção de que é natural estarem submetidas à decisão do/da profissional (OLIVEIRA et al., 2010).

Visando qualidade na assistência à mulher, recomenda-se que além da informação, a gestante também deve ser incluída no processo de decisão pela cesariana (BRASIL, 2016). Nesse sentido, a percepção das mulheres é relatada a seguir:

O médico me perguntou se eu me responsabilizaria em seguir em frente com a cesariana, falei que sim, porque eu me senti tão segura. (E01)

Mesmo que fosse cesariana, eu queria ter a experiência do trabalho de parto, para então o médico decidir se eu ia ter condições de ter parto normal ou deveria mesmo ser cesariana. (E02)

A médica avaliou e disse que seria cesariana, não foi uma decisão minha, foi algo que eu tive que aceitar por conta do tamanho do bebê [...] na verdade, eu nem chamo de decisão. Eu aceitei a situação porque não tinha outra maneira. (E05)

A médica foi bem taxativa em dizer que meu parto seria cesárea de urgência. Eu perguntei se existia possibilidade de induzir o meu parto, ela disse que só se fosse para meu bebê morrer [...] não foi levado em conta nenhum desejo meu [...] eu fiquei totalmente frustrada, totalmente abalada com a situação. (E09)

Percebe-se que a escolha pelo tipo de parto foi uma decisão médica, resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado para conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea de mulheres que os vivenciaram, em que, no âmbito do SUS, evidencia-se que a mulher não tem participação na escolha sobre a via de parto, sendo uma decisão que cabe aos profissionais médicos (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Corroborando com o exposto, Pereira, Baldin e Franco (2011), afirmam que ao procurar os serviços públicos de saúde as gestantes já estão culturalmente conscientes de que

não podem optar por tipo de parto de acordo com seu desejo, o que deixa transparecer passividade em relação ao processo de decisão.

Essas autoras também trazem em questão que o diálogo e as informações sobre o momento do parto, tanto no SUS quanto no serviço privado, são insuficientes. Entretanto, no público, essa condição fica ainda mais comprometida, visto que o discurso médico é aceito passivamente pela gestante. Nesse sentido, percebe-se que a decisão sobre o parto perpassa a existência de uma relação hierárquica em que o saber científico centrado no modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Percebe-se que a mulher ao relatar seguir em frente com a cesariana por conta da confiança no profissional, ela delega o comando do processo ao médico, isso pode ocorrer por conta de uma situação de vulnerabilidade desencadeada tanto pelo próprio processo de parturição, quanto pelo entendimento que o profissional é quem tem a detenção do conhecimento, o que favorece a ocorrência de uma relação assimétrica (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011)

Essa relação hierárquica age não somente na permissão de ser conduzida pela decisão do profissional, mas também quando esta decisão se sobrepõe ao desejo da mulher. Nesse sentido, Lino e Diniz (2015) inferem que ao projetar o risco ao bebê, raramente uma gestante teria condições de questionar a informação obtida ou contradizer o que é exposto pelo médico.

No que diz respeito aos princípios éticos, é importante se ponderar, tanto a autonomia da mulher nesse processo de decisão quanto a beneficência. Nesse sentido, levando-se em consideração o intuito de maximizar o benefício em detrimento do risco, esse tipo de intervenção deve ser elegida e indicada como último recurso (PARRA, 2015).

Uma das questões que surgiu como relevante para as participantes foi a realização da laqueadura durante a cesariana.

Eu estava na expectativa de junto a cesárea fazer uma ligadura e falava para os profissionais sobre a minha vontade, pois já tenho quatro cesáreas. Falaram que o médico iria avaliar porque por alguma coisa em relação a justiça, eles não querem mais fazer a cesárea e a ligadura juntos [...] o médico falou comigo que tinha feito a laqueadura porque meu útero já tava fino demais e poderia romper se eu engravidasse novamente. (E03)

Embora eu pedisse muito pra fazer a laqueadura, o médico disse que não poderia e que se daqui a três meses, se eu quisesse, eu poderia fazer. (E04)

A vontade de realizar a laqueadura pode ser motivadora para o desejo da gestante em realizar a cesariana. Tal fato foi observado em estudo realizado na Bahia, em que a opção pelo parto cirúrgico ocorre como escolha prática para realizar a ligadura tubária. Em pesquisa realizada por Domingues e colaboradores (2014), evidencia-se que as mulheres decidem pelo procedimento devido à dificuldade de acesso aos serviços de planejamento reprodutivo.

De acordo com a Lei nº 9.263, a realização da esterilização cirúrgica é vedada durante o período do parto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 1996). Nesse sentido, percebe-se que a realização do procedimento foi atrelada à justificativa plausível, baseada no que recomenda a legislação.

4.4 PERCEBE A CESÁRIA COMO MOMENTO TAMBÉM DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

A assistência durante o processo de parto cesáreo engloba a mulher, mas também se estende à criança que está chegando. Assim, apresenta-se aqui a percepção das mulheres acerca da assistência prestada aos recém-nascidos, a partir dos relatos a seguir:

A médica pediatra recebeu o bebê e foi fazer aquela limpeza inicial [...] a enfermeira pegou ele, colocou em cima do meu peito, colocava o rostinho perto do meu, foi muito bonito. (E01)

Quando a pediatra trouxe pra mim, bateu muita foto eu cheirando ele [...] colocou ele perto e ficou por algum tempo, não sei quanto, acho que 10 minutos, até menos. (E02)

Depois que eu ouvi o choro dele, a enfermeira pegou e levou para limpar e ajeitar, fazer aquele processo de pesar. Depois que já tinha feito todo o procedimento, a enfermeira trouxe. (E03)

Na hora que nasceu, a pediatra levou pra limpar, depois me mostrou ela. Ficou deitadinha comigo e depois voltou novamente pra fazer a limpeza. (E10)

Faz parte das recomendações para a operação cesariana assegurar e facilitar o contato pele-a-pele precoce e contínuo entre mãe e bebê, em casos de RN com boa vitalidade ao nascer, pois contribui para o estabelecimento de vínculo e relação afetiva, além de favorecer o aleitamento materno (BRASIL, 2016; BRASIL, 2014b).

Vale ressaltar que o inquérito nacional sobre o parto e nascimento, intitulado “Nascer no Brasil”, evidenciou que a cesariana colabora para a separação precoce entre mãe e bebê e, conseqüentemente, para a interrupção do contato pele-a-pele (LEAL; GAMA, 2014).

Como se pode observar nos relatos, esse contato é interrompido para a realização dos procedimentos de rotina, como limpeza, peso, dentre outros, ainda que as boas práticas relacionadas à assistência humanizada ao RN orientem postergá-los na primeira hora de vida (BRASIL, 2014b). Tal situação corrobora com o estudo de D'Artibale e Bercini (2014), em que evidencia-se a ocorrência da assistência tecnicista arraigada que prioriza a rotina de cuidados assim que o RN nasce, mesmo nas situações sem necessidade dessa assistência imediata.

Também se observa essa ausência do contato prolongado em estudo realizado por Reis e colaboradores (2017), em que a mulher se sente incomodada com esse afastamento do bebê nos primeiros momentos após o parto, o que acarreta em rompimento do vínculo e gera insatisfação com a assistência recebida. O que vai ao encontro do relato a seguir:

Encostaram o bebê em mim logo após nascer, eu chorei horrores, foi a melhor sensação do mundo [...] ficou por uns dois segundos, toquei um pouquinho, queria pegar, ter aquele contato físico, mas não pude porque ela foi submetida a exames para saber se tava tudo bem. Essa parte é uma falha, eu acho que poderia ter contato maior entre mãe e bebê, ainda que seja uma cesariana. (E09)

Tal rompimento de vínculo pode ser observado em estudo realizado com adolescentes para conhecer as suas experiências sobre o primeiro contato com seu bebê na sala de parto, em que algumas delas referem não poder vivenciar de maneira plena este momento de identificação com seu filho(a) (FUCKS et al., 2015).

O sentimento expresso por esse contato inicial entre o binômio é carregado de muita emoção (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014). Em estudo realizado com puérperas sobre a assistência ao RN na sala de parto, elas descrevem esse momento como único, desencadeando sensações diversas, em que acontece o reconhecimento daquele filho(a) e a apreciação dele pela primeira vez, transbordando em palavras e comportamentos que traduzem amor e alegria (SANTOS et al., 2013).

Nesse sentido, ante esse momento de interação repleto de expectativas, profissionais de saúde devem estar movidos a estimular e permitir que esse contato aconteça de forma imediata, na primeira hora após o parto, pois, quanto mais precoce, maior o fortalecimento afetivo entre mãe e bebê, beneficiando não apenas o binômio, mas também toda a família (FUCKS et al., 2015).

Diante das dificuldades mencionadas de se efetivar essa interação física durante o procedimento cirúrgico, em um hospital nos Estados Unidos foi criado um projeto de

implementação do contato pele-a-pele durante a cesariana. Após o nascimento e cinco minutos de observação para avaliar, principalmente a termorregulação do RN, ele era colocado no peito da mulher e permanecia durante toda a operação. Para isso, foi necessária a disponibilização de uma enfermeira para estar com o bebê por todo esse tempo. O resultado desse projeto contou com o aumento significativo das taxas de amamentação e aleitamento materno exclusivo entre as pacientes que tiveram parto cesáreo, 33% e 11%, respectivamente, em quatro meses (BRADY, BULPITT, CHIARELLI, 2014).

O resultado desse estudo demonstra benefícios no que diz respeito à amamentação, entretanto, diante da realidade do serviço público do país, a necessidade de ter um profissional exclusivo para a facilitação do contato pele-a-pele durante a cesariana se torna fator limitante.

No que diz respeito à assistência integral e humanizada ao RN, a amamentação faz parte das boas práticas e deve ser estimulada na primeira hora de vida (BRASIL, 2014b). No parto cesáreo, a limitação de movimentos pode retardar esse processo, sendo necessários apoio e suporte adicional à mulher, para iniciar o aleitamento tão logo após o parto (BRASIL, 2016). Como se pode observar:

Ela mamou lá na observação (SRPA). Ela ficou no meio das minhas pernas e a enfermeira pegou ela no braço para colocar para mamar no meu peito. Foi um pouco complicado porque ela não conseguiu pegar, mas as enfermeiras me ajudaram e fizeram de tudo para ela pegar direitinho. (E04)

Assim que eu cheguei lá na sala (SRPA), veio uma enfermeira, me recepcionou e me ensinou a amamentar. Colocou o bebê no meu braço e ele sugou bem rapidinho. (E05)

Quando ele nasceu já trouxeram logo para perto de mim para ter aquele primeiro contato mãe e filho e colocar no peito [...] já colocaram ele para estimular a amamentação. Foi mágico, foi lindo! (E07)

“Lá eu não amamentei. Eu só beijei e cheirei quando botaram em cima de mim.” (E08)

O início ao aleitamento materno deve ser o mais precoce possível, desse modo, pode-se destacar a ocorrência dessa prática. Entretanto, também se observa que a amamentação se iniciou na SRPA, quando o procedimento cirúrgico já havia sido finalizado.

Esse retardo do início da amamentação também foi referido por D'Artibale e Bercini (2014), em que essa prática só ocorre após a realização dos cuidados com o RN. Os profissionais de saúde consideram que a alta demanda de partos e o número insuficiente de

funcionários, bem como a própria cesariana que se apresenta como fator de risco contribuem para esse acontecimento (ANTUNES et al., 2017).

Mesmo com o adiamento do começo da amamentação, ela ainda é estimulada dentro de um período caracterizado como “sensitivo”, que compreende as duas primeiras horas pós-parto. Isso contribui para o sucesso do aleitamento, pois, nesse momento o RN se encontra mais ativo e mais sensível a estímulos táteis, o que facilita o encontro com o mamilo materno (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

A enfermeira se destaca nesse processo e aparece como instrumento importante no incentivo à amamentação o que corrobora com estudo sobre a atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação, no qual as autoras ressaltam a importância dessas profissionais na promoção e apoio ao aleitamento materno e a necessidade de estarem cientes em relação ao seu papel no processo de cuidado e educação, sendo crucial atuar com interesse, responsabilidade e compromisso (COSTA et al., 2018).

Para incentivar as mulheres a amamentar e obter sucesso nessa prática é necessário por parte das/dos profissionais também a utilização de estratégias como o acolhimento e apoio emocional que servirão para superar obstáculos no processo de amamentar (COSTA et al., 2018). Em estudo realizado por Batista e colaboradores (2017), sobre a percepção puérperas acerca das orientações sobre amamentação, evidencia-se que o suporte de forma acolhedora, em que o profissional demonstra interesse por ela, é essencial e torna-se um diferencial.

Portanto, destaca-se a importância da assistência pelo/pela profissional de saúde para auxiliar à mulher nesse processo de amamentação, principalmente nas cesarianas, visto que este procedimento contribui para a separação da mãe e bebê, bem como limitação de movimento por parte da mulher.

O nascimento é um evento familiar, nesse sentido, a participação do pai também se apresenta como importante nesse processo, como observa-se a seguir:

Quando ele nasceu, pegaram ele e botaram em cima de mim pra me beijar, pra me cheirar. Chamou o pai pra cortar o umbigo, o pai cortou o umbigo, ficou muito feliz com isso. (E08)

A presença masculina durante o parto contribui para aflorar o sentimento de paternidade, como evidenciado por Antunes e colaboradores (2014), ao descrever esse momento como singular, intenso e carregado por emoções, em que há desejo do homem de ver o seu filho nascer e ser parte integrante desse processo, o que gera alegria, contribui para melhorar a ligação emocional com o filho e permite o delineamento de um novo papel.

Corroborando com o exposto, Nogueira e Ferreira (2012) descrevem em seu estudo que a participação do pai no corte do cordão umbilical pode influenciar na sua ligação emocional com o recém-nascido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo proporcionou se aproximar e conhecer a percepção de mulheres sobre a assistência recebida durante o seu processo de parto cesáreo, vinculado à atuação profissional, perpassando pela humanização e acolhimento, afetividade e comunicação, mas também relacionado aos procedimentos realizados, processo de decisão e se estendendo à assistência ao recém-nascido.

A assistência humanizada, sob a perspectiva da puérpera, corresponde àquela em que o/a profissional se preocupa com a condição da mulher, fornece apoio tanto psicológico, como físico e emocional e exercita o amor ao próximo, perpassando pelo acolhimento que contribui para a sensação de proteção e bem-estar. Também faz parte, a assistência a partir da demonstração de carinho e preocupação, através da relação afetiva que contribui para a promoção do conforto e gera confiança.

O processo comunicativo é estabelecido através de fornecimento de informações e orientações, gerando sinal de boa assistência e sinônimo de satisfação, mas também como instrumento para formação e fortalecimento de vínculo entre profissionais e mulheres, através de uma relação de confiança. A falha nesse processo favoreceu para o déficit de conhecimento sobre a sua evolução e condição clínica.

As participantes referiram medo em relação à cirurgia, principalmente atrelado ao procedimento anestésico, o que acarretou em receio e nervosismo. Nesse sentido, a assistência dos/das profissionais contribuiu para que se sentissem bem, protegidas e tranquilas. A agilidade dos profissionais também foi sinalizada como algo relevante para as mulheres durante o procedimento.

As mulheres referem terem sido informada sobre as justificativas para a realização da cesariana, entretanto, no que diz respeito ao processo de decisão, a escolha foi tomada pelo profissional médico, ainda que fosse de encontro ao seu desejo, o que demonstra uma relação hierárquica. Apresentou-se como situação relevante o desejo por parte da mulher em fazer laqueadura durante o parto, entretanto, percebe-se que a realização desse procedimento foi atrelada à justificativa plausível, baseada no que recomenda a legislação para esse fim.

A assistência ao recém-nascido é marcada pela interrupção do contato pele-a-pele para realização de procedimentos de rotina como limpeza, peso, dentre outros, o que foi compreendido pela mulher como uma falha. A amamentação também foi postergada, sendo iniciada ao final do procedimento cirúrgico, sendo incentivada principalmente pela

enfermeira. Considerando que o nascimento é um evento familiar, a participação do pai se apresenta como importante nesse processo.

A assistência recebida durante a cesariana ainda permanece aquém no que diz respeito as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, permeada pela humanização, entretanto, caminha nesse sentido. Assim, compreender como ela se revela na percepção das mulheres auxilia no processo de reflexão sobre quais elementos podem ser questionados, inseridos e retirados nesse processo, no intuito de ofertar assistência de qualidade tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

Considera como limitação do estudo a falta de questionamento sobre quando foi realizada a cesariana em relação ao trabalho de parto, informação que serviria de subsídio para outras discussões.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S.R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v. 38, n. 8, 2010.
- ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.
- ANTUNES, J. T. et al. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 536-545, 2014.
- ANTUNES, M. B. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Av Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 19-29, 2017.
- BAHIA. **Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro**. Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia. 5ª edição. Salvador: CONDER, 2016. Disponível em: <http://www.informs.conder.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2016/10/1_INFORMS_Painel_de_Informacoes_2016.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2018.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARONIO, M.; PECORA, A. R. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. **Psicologia Revista**, v. 24, n. 2, p. 199-228, 2015.
- BATISTA, M. R. et al. Orientações de profissionais da saúde sobre aleitamento materno: o olhar das puérperas. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 1, p. 25-37, 2017.
- BRADY, K.; BULPITT, D.; CHIARELLI, C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 43, n. 4, p. 488-496, 2014.
- BRAMHALL, E. Effective communication skills in nursing practice. **Nursing Standard**, v. 29, n. 14, p. 53, 2014.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Presidência da República. Brasília, DF, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro, RJ, 2008. 155p.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2927400004731>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília, DF, 2014a. 465p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199p.

_____. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria n° 1.820 de 13 de agosto de 2009. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Portaria n° 2.816 de 29 de maio de 1998. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1998.

_____. Portaria n° 306, de 28 de março de 2016. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2016.

_____. Portaria n° 371, de 7 de maio de 2014. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2014b.

_____. Resolução normativa - RN n° 368, de 6 de janeiro de 2015. **Ministério da Saúde**.

CAMARA, R. et al. Cesarean section by maternal request. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 43, n. 4, p. 301-310, 2016.

CARNEIRO, L. M. A. et al. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 2, p. 1574-1585, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Centro de bioética. **Manual de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6>. Acesso em: 01 mar. 2017.

COPELLI, F. H. S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

COSTA, E. F. G. et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 10, n. 1, p. 217-223, 2018.

COUTINHO, E. C. et al. Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 9-16, 2014.

DAHLBERG, U. et al. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 7, p. 2-7, 2016.

- DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização The care of women in the context of maternity: challenges and ways to humanize. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 9, n. 1, p. 222-230, 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**, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.
- ESTEVES, T. M. B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 697-708, 2014.
- FARIA, R. M. O.; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2421-2430, 2013.
- FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.
- D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 109-117, 2014.
- FERREIRA, B. R. et al. Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 669-674, 2018.
- FUCKS, I. S. et al. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Av Enferm**, v. 33, n. 1, p. 29-37, 2015
- GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018.
- JUNIOR, T. L.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, 2013.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz. [Internet], 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2018.
- LEAO, 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, 2013.

- LINO, H. C.; DINIZ, S. G. " Cuide das roupinhas que do parto cuida eu"-comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 117-124, 2015.
- LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 114-123, 2015.
- MARCOLIN, A. C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 283-289, 2014.
- MARSHALL, N. E.; FU, R.; GUISE, J. M. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, v. 205, n. 3. 262.e1- 262.e8, 2011.
- MELO, J. K. F.; DAVIM, R. M. B.; Davim; SILVA, R. A. R. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 4, p. 3197-3205, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NAGRAMPA, D. et al. A survey of anesthesiologists' role, trust in anesthesiologists, and knowledge and fears about anesthesia among predominantly Hispanic patients from an inner-city county preoperative anesthesia clinic. **Journal of clinical anesthesia**, v. 27, n. 2, p. 97-104, 2015.
- NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 8, p. 57-66, 2012.
- OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v. 11, n. esp, p. 32-41, 2010.
- OLIVEIRA, L. H. S. et al. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1309-1332, 2017.
- OLIVEIRA, R.R. et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas. **OMS**, Genebra, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ORTIZ, J. et al. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? **Rev. Bra. Anesthesiol.**, v. 65, n. 1, p. 7-13, 2015.

- PARENTE, R. C. M. et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 481–486, 2010.
- PARRA, J. C. V. The abuse of cesarean and the principle of beneficence. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 16, n. 1, p. 60-71, 2016.
- PEDRO, D. R. C. et al. Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. **REME rev. min. enferm**, v. 20, e978, 2016.
- PEREIRA, R. R.; BALDIN, N.; FRANCO, S. C. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev Bras Anesthesiol**, p. 382-388, 2011.
- PIOTROWSKI, K. A. Complicações do trabalho de parto e do parto. In: LOWDERMILK, D. L. et al. **Obstetrícia e Saúde da Mulher**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- PULKKINEN, M.; JUNTILA, K.; LINDWALL, L. The perioperative dialogue—a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 30, n. 1, p. 145-153, 2016.
- RAMACHANDRAPPA, A.; JAIN, L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. **Clinics in perinatology**, v. 35, n. 2, p. 373-393, 2008.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.
- REIS, C. C. et al. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017.
- REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 65-71, 2014.
- RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. **The Lancet.**, v. 384, n. 9948, p. 1129-1145, june 2014. Disponível em: < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/abstract)>. Acesso em: 06 fev. 2017.
- ROCHA, L. et al A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico. **Rev Min Enferm.**, v. 20, n. e981, 2016.
- SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.
- SANTOS, G. L. **Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. 2013. 60f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, G. N. et al. Assistência ao recém-nascido na sala de parto sob a ótica das puérperas. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 43-51, 2013.

SILVA, A. L. A. et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. e00175116, 2017.

SILVA, F. F. S. et al. Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 282-292, 2014.

SILVA, G. P. S. et al. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 1, p. 5-14, 2014.

TODMAN, D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 47, p. 357-361, 2007.

TOLEDO, S. F. et al. Cesariana a pedido. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 296-307, 2015.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLACO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

VOLPATO, G. L. O método lógico para redação científica. **Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**, v. 9, n. 1, jan/mar. 2015. Disponível em: <http://www.gilsonvolpato.com.br/new/multimedia/artigos/2_6bfbc0fa7d70897e18b1394d48d3c006.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, v. 326, issue 8452, p. 436-437, aug. 1985. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext?version=printerFriendly)>. Acesso em: 15 dez. 2016.

YE, J. et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **BJOG**, v. 123, n. 5, p. 745-753, ago. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26331389>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. Barueri: Manole, 2016.

ZULETA, I. A. H. et al. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 13, n. 2, p. 58-72, 2016.

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		
Iniciais do nome:		Idade:
Grau de escolaridade:		
Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena		
Situação conjugal: () Casada () Solteira () União estável () Divorciada () Viúva		
Ocupação:		
Renda familiar:		Renda individual:
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
Número de gestações:	Número de abortamentos:	Número de partos:
Tipos de parto anteriores: _____ normal _____ cesariana _____ fórceps _____ vácuo		
Patologia existente na gestação atual:		
Idade gestacional no parto: _____ semanas _____ dias		
Peso do RN: _____ g	APGAR do RN (____) 1' (____) 5'	
QUESTÃO NORTEADORA		
Como foi para você a assistência recebida durante o processo de parto cesáreo?		

APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

À participante:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Percepção de mulheres sobre a assistência humanizada no processo de parto cesáreo” que tem como pesquisadora principal a enfermeira obstétrica Fanny Eichenberger Barral e como coordenadora a prof^a Dr^a Telmara Menezes Couto. Esse trabalho tem o objetivo conhecer a percepção de mulheres sobre assistência humanizada no processo de parto cesáreo. A população alvo será apenas mulheres que tenham até 48 horas após o parto.

Ocorrerá entrevista com duração média de 40 minutos. Será utilizado um gravador, sob condição da sua aprovação, para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases necessárias para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações tal qual foram expostas. O local da entrevista acontecerá em sala disponibilizada pela instituição.

Sua participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações.

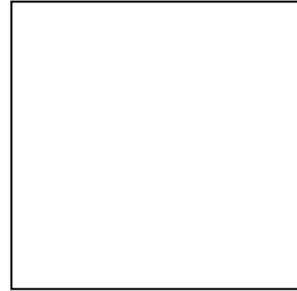
Os resultados encontrados serão organizados e classificados em categorias para publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, sendo garantido total sigilo sobre você. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto durante a entrevista, mas não compromete a sua dignidade. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Você terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais de saúde prestada a vocês. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

Salvador, _____/_____/_____

Assinatura da participante



Impressão Digital

Fanny Eichenberger Barral
(Pesquisadora)

Telmara Menezes Couto
(Coordenadora da pesquisa)

Contato:

Pesquisadora: Fanny Eichenberger Barral

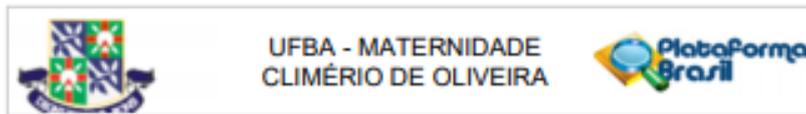
Telefones: (71) 99912-5087 E-mail: fannybarral@hotmail.com

Maternidade Climério de Oliveira

Endereço: Rua do Limoeiro, nº 137, Nazaré. Salvador/Bahia. CEP 40055150

Telefone: (71)3283-9275

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto

Pesquisador: Telmara Menezes Couto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65019717.9.0000.5543

Instituição Proponente: Maternidade Clímério de Oliveira/UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.026.663

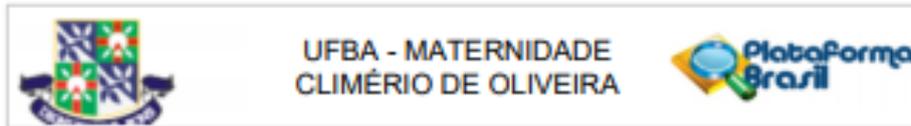
Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa visa aprofundar conhecimentos acerca do universo de percepções em torno dos atores/atrizes envolvida(o)s no processo do parto, as quais se fazem importantes para a compreensão do cuidado oferecido às mulheres no período gravídico-puerperal. A participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período gravídico-puerperal, incluindo o fortalecimento das atividades educativas, bem como contribuir para a atualização da(o)s profissionais participantes, ampliar o conhecimento na área, melhoria do seu processo de trabalho, além de favorecer o reconhecimento da presença, contribuição e vivência de acompanhantes.

Metodologia do projeto

-Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Os participantes serão entrevistados através de um formulário semiestruturado (ANEXADO). Não há menção sobre as outras questões que podem surgir. A informação que todas as informações contidas serão gravadas das entrevistas não aparece na metodologia. Não está claro quem vai fazer as entrevistas, visto que terá interpretação verbal e não verbal do conteúdo, requer experiência e por isso deve ser feito por pessoal treinado e com experiência (estudante de enfermagem e enfermeira) Tratamento e análise dos dados: A sistematização dos dados realizar-se-á pelo referencial teórico de Bardin, na modalidade de Análise Categórica Temática.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
Bairro: Nazaré **CEP:** 40.055-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-0210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.026.663

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres acima de 18 anos que receberam assistência durante o período gravídico-puerperal na maternidade, estejam internadas e no período entre 24 e 48 horas após o parto;
- Acompanhante que acompanhou a mulher durante o período gravídico-puerperal na maternidade;
- Profissionais de saúde envolvidos na assistência durante o período gravídico-puerperal que possuam vínculo com a maternidade por período igual ou superior a 6 meses;
- Profissionais de saúde que tenham pelo menos 12 meses de experiência na área.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mulheres/profissionais/acompanhantes que tenham qualquer tipo de transtorno psíquico;
- Acompanhante que não tenha permanecido acompanhando a mulher durante o processo do parto, por pelo menos 24-48 horas.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

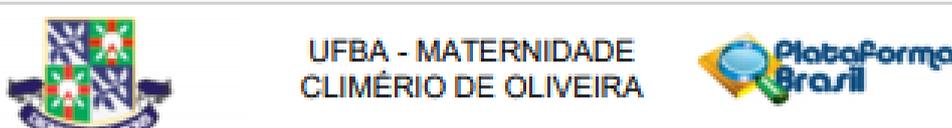
- 1- Compreender as percepções de profissionais de saúde acerca da assistência às mulheres no processo parto;
- 2- Compreender a vivência de mulheres acerca da assistência recebida no processo de parto;
- 3- Conhecer as percepções de mulheres acerca das atividades educativas vivenciadas no pré-natal
- 4- Conhecer a vivência de acompanhantes de mulheres no processo de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Poderá ocorrer riscos para a(o)s participantes, no que diz respeito ao constrangimento em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, bem como o desconforto e/ou incômodo ao responder alguns questionamentos. Entretanto, para tentar minimizá-los e promover a confidencialidade da(o)s participantes serão utilizados nomes fictícios ou números para identificá-la(o)s, contribuindo também para que não afete a qualidade e a disponibilidade da assistência prestada às mulheres e seus/suas acompanhantes."

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150
 UF: BA Município: SALVADOR E-mail: ceprco@ufba.br
 Telefone: (71)3283-9210



Continuação do Parecer: 2.006.683

BENEFÍCIOS

"Esta pesquisa busca o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período gravídico-puerperal, incluindo o fortalecimento das atividades educativas, bem como contribuir para a atualização da(o)s profissionais participantes, ampliar o conhecimento na área, melhoria do seu processo de trabalho, além de favorecer o reconhecimento da presença, contribuição e vivência de acompanhantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo que visa melhor compreensão dos fatores envolvidos no parto e sobre seus participantes (puérpera, acompanhante e profissional de saúde diretamente ligado a assistência no momento do parto).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: apresentado para os diferentes participantes. ADEQUADOS.

ORÇAMENTO: R\$ 3047,10. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Carta de anuência da instituição: anexada. ADEQUADA.

Recomendações:

A metodologia ainda é um pouco confusa misturando teoria e argumentação com o que será feito. sugere-se que a investigadora disponha em uma sessão única de metodologia o que será realizado para atingir os objetivos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.025-150
 UF: BA Município: SALVADOR E-mail: cexpmco@ufba.br
 Telefone: (71) 3283-9210



Continuação do Parecer: 2.006.663

Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

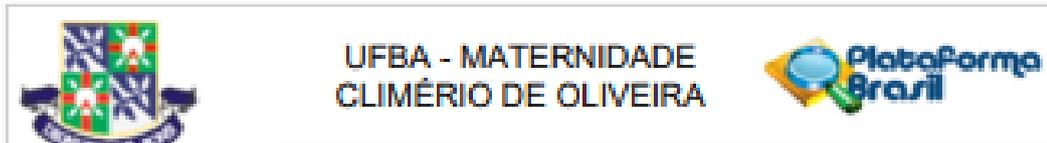
-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_864904.pdf	10/04/2017 10:51:37		Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
 Bairro: Nazaré CEP: 40.052-150
 UF: BA Município: SALVADOR E-mail: cexmco@ufba.br
 Telefone: (71)3283-9210



Continuação do Parecer: 2.026.682

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	03/04/2017 16:24:53	Teimara Menezes Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS.pdf	03/04/2017 16:20:14	Teimara Menezes Couto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/04/2017 16:19:38	Teimara Menezes Couto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/04/2017 16:16:31	Teimara Menezes Couto	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_03_04.pdf	03/04/2017 16:15:35	Teimara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia.pdf	20/02/2017 12:07:27	Teimara Menezes Couto	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Pesquisador.pdf	17/02/2017 12:39:35	Teimara Menezes Couto	Aceito
Outros	Nao_coleta.pdf	17/02/2017 12:34:59	Teimara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade.pdf	17/02/2017 12:27:24	Teimara Menezes Couto	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	17/02/2017 12:13:54	Teimara Menezes Couto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Abril de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br