

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de
educação em saúde**

Natália Timm Aires

Pelotas, 2017

Natália Timm Aires

**Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de
educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, nível Mestrado. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidados na saúde e Enfermagem, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Sonia Maria Konzgen Meincke

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A297v Aires, Natália Timm

Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde / Natália Timm Aires ; Sonia Maria Konzgen Meincke, orientadora. — Pelotas, 2017.

120 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Saúde da mulher. 2. Educação em saúde. 3. Cuidado pré natal. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Enfermagem. I. Meincke, Sonia Maria Konzgen, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Natália Timm Aires

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Data da defesa:

11/04/2017

Banca Examinadora:

Enfª Drª Sonia Maria Konzgen Meincke (orientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enfª Drª Marilu Correa Soares
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Enfª Drª Juliana Graciela Vestena Zillmer
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enfª Drª Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo

Enfª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber
Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Enfª Drª Karen Knopp de Carvalho
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

Agradecimentos

Durante minha trajetória no mestrado, tive a oportunidade de compartilhar expectativas, experiências medos e angustias que permearam estes dois anos no Programa de Pós Graduação em Enfermagem, assim deixo aqui meus sinceros agradecimentos:

Primeiramente agradeço aqueles a qual possuem maior mérito nesta conquista, Pai e Mãe, palavras não são o suficiente para agradecer o esforço de vocês pra me fazer chegar até aqui. Obrigada pelo apoio, por me fazerem acreditar que sou capaz, por me levantarem e me fazerem caminhar. Obrigada por entender as minhas ausências, mas quero que saibam que é tudo por vocês, espero retribuir pelo menos parte do que fazem por mim, a vocês dedico todo meu esforço e meu amor!

Ao meu irmão Lucas, minha Vó Erika, Tio Alexandre e Primo Marquinhos, vocês são a família mais maluca que existe, mas sempre estiveram presente na minha vida e na minha caminhada, a vocês meu agradecimento, pela amizade, por me emprestarem seus ouvidos, por serem a minha família querida, eu sempre vou estar com vocês, obrigada!

Ao meu companheiro Richard, obrigada por me incentivar a seguir em frente e nunca desistir, por sempre me dizer que eu iria conseguir, teu incentivo e companheirismo fizeram toda a diferença nesta caminhada. Obrigada por entender minhas ausências, por acolher meus desesperos e medos. A ti dedico todo meu carinho. Gratidão!

Aos meus sogros e cunhados, obrigada pela acolhida e pela amizade dedicada, por terem me encorajado a seguir sempre em frente e nunca desistir, vocês foram fundamentais!

Aos amigos que se fizeram presente nesta caminhada, Lívia, Evelyn, Anderson, Jéssica e Alex, obrigada pelas risadas, por escutarem meus choros, pelos momentos de alívio das ansiedades e pelo encorajamento, dividir a minha vida e minhas conquistas com vocês foi de grande importância pra eu chegar até aqui, obrigada por vocês existirem, vocês são os melhores, e que sigamos sempre no lado da positividade e do bem!

Aos colegas e professores do PPGEnf-UFPeI agradeço por fazerem parte da construção do meu conhecimento, seguir esta trajetória ao lado de vocês, sabíamos dos obstáculos que teríamos que superar, no entanto tudo se torna mais fácil no momento que se caminha junto.

A minha orientadora Sonia Maria Konzgen Meicke, gratidão pela compreensão, por me ajudar a crescer, por fazer parte da minha história desde a Graduação, teu trabalho foi fundamental para minha evolução, muitas vezes questioneei se seria capaz, no entanto cheguei até aqui, e tu fazes parte desta construção! Obrigada!

Aos membros da Banca, obrigada por aceitarem meu convite, por participarem da construção deste trabalho, minha gratidão pelas contribuições e qualificação para que esta conquista virasse realidade, vocês também fazem parte deste processo.

Às participantes do estudo por sua entrega e contribuição em participar desta pesquisa, bem como a toda a equipe que compõe o cenário deste trabalho.

Aos que se foram, Tia Mônica e Vô Arnaldo, Vó Cidarina e Vô Manuel, vocês inspiraram esta caminhada, e assim sempre será, a vocês dedico meu eterno carinho e gratidão.

Agradeço a Deus, pela presença, por ser o forte seguro e iluminar meus caminhos, nada faria sentido se não tivesse caminhado segurando tua mão.

Enfim, minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram pra eu estar aqui, tudo se torna leve quando não se está sozinha.

Educação não transforma o mundo.

Educação muda as pessoas.

Pessoas transformam o mundo.

(Paulo Freire)

Resumo

AIRES, Natália Timm. **Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.** 2017. 120f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Ao vivenciar o parto a mulher carrega consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas as que permeiam este momento ocorrem devido às expectativas acerca do parto, assim comumente o medo e a ansiedade que podem acompanhar a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto. Percebe-se a importância de fomentarmos o empoderamento da mulher sobre os seus direitos e os eventos que permeiam o período gravídico-puerperal no intuito de promover a vivência de um processo de parturição tranquilo por meio da educação em saúde. É necessário que ocorra o resgate da naturalização do parto, do protagonismo da mulher, tornando o parto um evento seguro e uma vivência positiva para os envolvidos. Neste sentido, acredita-se que ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal são indispensáveis, mas é no pré-natal que a mulher necessita ser orientada para que possa viver o parto de forma empoderada. Frente ao exposto, o estudo elegeu a questão de pesquisa: Qual a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde? Deste modo, elencou-se como objetivo Conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, e iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 1.618.228 e CAAE 57458216.7.0000.5317. A análise dos dados foi subsidiada pela Análise Textual Discursiva e sustentou-se no modelo teórico de Urie Brofenbrenner.. Os resultados mostraram que as práticas de educação em saúde estavam voltadas para o papel de mãe, ou seja, cuidados com recém nascido e amamentação. Ao vivenciar o parto as mulheres destacaram sentimentos de medo por não terem sido preparadas para viver o processo de parturição. Também relataram terem experienciado um parto medicalizado no qual não tiveram seus direitos respeitados nem a oportunidade de exigí-los por desconhece-los assim como os eventos que permeavam o processo de parturição. O contexto de educação em saúde é indispensável no preparo da mulher para a vivência do parto, tornando-a ciente de seus direitos, a fim de proporcionar-lhe um parto tranquilo e saudável.

Palavras chave: saúde da mulher, educação em saúde, cuidado pré-natal, pesquisa qualitativa, enfermagem.

Abstract

AIRES, Natália Timm. **Woman's experience in the process of parturition from the context of health education.** In 2017. 120f. Thesis (Master) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas

Whilst experiencing the delivery the woman carries with herself physical, psychological and social amendments. The psychological amendments which percolate this moment occur due to expectations about the delivery, thus the fear and anxiety which accompany the woman during the gestational process become real with the realization of delivery. At this juncture, it realizes the importance of enhancing the woman's empowerment of her rights and the events which pervade pregnancy-puerperium period in order to experience a proper delivery process through health education to promote the retrieval of birth naturalization by the woman's protagonism, turning the delivery into a safe event and a positive experience to those engaged. In this regard, it is believed that educational actions in the course of all pregnancy-puerperium period stages are indispensable, however it is in the prenatal that the woman requires to be oriented to be able to experience the delivery in a healthy way. Before the exposed, the study elected the matter of the research: What is the woman's experience during the delivery process stem from the context of health education? Therefore it was catalogued as a purpose knowing the woman's experience during delivery process from within health education context. This is a descriptive study with qualitative approach. The data collection occurred through semi-structured interview and began after the approval of the Research Ethics Committee under report nº 1.618.228 and CAAE 57458216.7.0000.5317. The data analysis occurred via Discursive Textual Analysis (DTA) which holds as purpose "the production of new comprehension over the phenomenon and speeches", and it was held on the theoretical model of Urie Brofenbrenner which is anchored over four cores: the process, the person, the context and time, known as Model PPCT, this model provides subsidies in order to analyze the evolving human being, interacting with the ecological environment. The results revealed that the health educational practices were aimed towards mother's role, in other words, the care with newborns and breastfeeding. When experiencing the delivery, women emphasised feelings of fear by not being previously prepared to experience the delivery procedure. They also reported experiencing a medicalized delivery which they did not have their rights respected likewise as the opportunity of claiming them by the fact of unknowing them such as the events which permeate the delivery process. It is understood that it is essential a health education context that prepares the woman for the delivery experience, which makes her aware of her rights in order to provide her a healthy and tranquil delivery, redeeming the woman's protagonist role in this process.

Key words: Woman's health, health education, prenatal care, qualitative research, nursing.

Lista de Figuras

Figura 1: Cronograma.....	55
Figura 2: Quadro de orçamento.....	56
Figura 3: Quadro de operacionalização análise dos dados....	79

Lista de abreviaturas e siglas

ATD	Análise Textual Discursiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional do Parto e Nascimento
PPCT	Pessoa, processo, contexto, tempo
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	8
I Projeto de Pesquisa.....	9
II Relatório do Trabalho de Campo.....	72
III Apresentação dos Resultados da Pesquisa: Produção Científica.....	96
IV Considerações Finais.....	115
ANEXOS.....	117

Apresentação

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Faculdade de Enfermagem (FEn), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), para obtenção do título de Mestre em Ciências. O estudo se desenvolveu na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, na linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem. O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil, iniciando em março de 2015. Conforme o Regimento do Programa, esta dissertação de mestrado é composta das seguintes partes:

I Projeto de pesquisa: qualificado em 26 de abril 2016. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora na qualificação.

II Relatório do trabalho de campo: descreve a trajetória percorrida pela mestranda, para obtenção dos dados da pesquisa por meio do desenvolvimento do processo metodológico.

III Apresentação dos resultados da pesquisa: apresenta parte dos resultados da pesquisa pela **produção científica:**

Artigo: “VIVÊNCIA DA MULHER NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO A PARTIR DO CONTEXTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE” apresentado para a defesa da dissertação que será submetido à publicação de acordo com as normas da Revista *Texto & Contexto Enfermagem*, após aprovação e incorporação das sugestões indicadas pelos membros da banca examinadora.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação

**Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de
educação em saúde**

Natália Timm Aires

Pelotas, 2016

Natália Timm Aires

Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural.

Orientador: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Sonia Maria Konzgen Meincke

Pelotas, 2016

Lista de figuras:

Figura 1: Cronograma..... 55

Figura 2: Quadro de orçamento..... 56

Lista de abreviaturas

ATD	Análise Textual Discursiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional do Parto e Nascimento
PPCT	Pessoa, processo, contexto, tempo
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Introdução	20
1.1 Pressupostos.....	26
2 Objetivos	27
2.1 Objetivo geral:	27
2.2 Objetivos específicos:.....	27
3 Revisão de Literatura	28
3.1 Política de atenção a saúde da mulher	28
3.2 Atenção ao Parto: do atendimento domiciliar a Humanização do Parto e Nascimento	31
3.3 Pré-natal e grupos de gestantes: um espaço para promoção da saúde na gestação:.....	35
4 Referencial teórico	42
5 Metodologia.....	48
5.1 Caracterização da pesquisa	48
5.2 Cenário do estudo	48
5.3 Participantes do estudo:	49
5.4 Critérios de Inclusão.....	49
5.5 Critério de exclusão.....	49
5.6 Princípios éticos	50
5.7 Procedimentos para a coleta de dados	51
5.7 Análise dos dados	51
5.8 Divulgação dos resultados	52
6 Cronograma	54
7 Orçamento.....	55
Referências	56
Apêndices.....	66

Introdução

O parto é um evento social, emocional e biológico, único de cada mulher, que está ligado com sua história de vida, suas crenças e seus valores, por esta razão o contexto e a vivência das mulheres precisam ser respeitados no sentido de torná-la protagonista deste momento.

Ao vivenciar o parto a mulher carrega consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas as quais permeiam este momento ocorrem devido às expectativas acerca do parto, assim o medo e a ansiedade que acompanhavam a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

O histórico do cuidado ao trabalho de parto e parto foi construído no ambiente domiciliar, no qual, parteiras de confiança da família prestavam os cuidados à parturiente, com assistência pautada no vínculo e afeto para com os envolvidos no processo (BRASIL, 2000)

Neste sentido, a atenção ao parto ao longo da história obstétrica no Brasil sempre foi tratada como sendo uma premissa feminina, e, portanto, o cuidado deveria ser realizado por outras mulheres, pois a presença masculina era tida como incômoda, frente a este aspecto apenas as parteiras realizavam essa prática. Elas não dominavam o conhecimento científico, mas eram conhecidas pelas suas experiências. Com a hospitalização do parto, a partir do século XX, na década de 40, o mesmo passou a ser medicalizado e o controle do período gravídico puerperal passou a ocupar a esfera pública institucional e o parto deixou de ser um processo natural, privativo e familiar (MOURA et al., 2007).

O modelo de parto medicalizado e mecanizado, além de causar prejuízos à saúde materna e neonatal, pode desencadear na parturiente sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutirão em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, muitas vezes devido à perda do contato humano e a perda da presença da família (VELHO et al., 2012).

É nesse contexto de desapropriação da mulher, do seu protagonismo no processo de parturição, que surgiu a necessidade de humanizar este momento. A partir desta realidade, a temática da humanização do parto e nascimento, nas últimas décadas, tem ocupado espaços sociais e políticos em fóruns científicos de discussão. Outro aspecto a se destacar neste sentido é a mobilização social provocada pelo movimento feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que tem colaborado, desde meados dos anos 2000, para o surgimento de políticas e programas voltados para humanização do parto e do nascimento (PEREIRA et al., 2007).

Desta forma, o respeito ao parto como experiência pessoal, e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma da mulher nas decisões de condutas e escolhas (BRASIL, 2011).

Lopes et al. (2005), destacam que é indispensável para uma experiência positiva de parto, a certeza de que a mulher foi protagonista deste evento, no qual suas escolhas foram respeitadas nos estabelecimentos de saúde que lhe proporcionaram assistência, de forma a ofertar em segurança e bem estar, assim como o do recém nascido. Acrescenta-se ainda a importância da gestante ser estimulada e conscientizada da necessidade dela ser um sujeito ativo e participante de todo o processo de parturição, e não uma agente passiva das técnicas médicas, como se vê habitualmente.

Neste contexto, nota-se a necessidade de mudanças no modelo intervencionista do parto, no qual busca-se uma nova forma de assistência às parturientes, resgatando-se o parto como um evento natural, assim devolvendo as mulheres o seu protagonismo no processo de parturição e promovendo a humanização do parto e nascimento.

Pensando nas políticas de assistência a saúde da mulher, cabe destacar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este foi lançado no início dos anos 80, e deu ênfase aos cuidados básicos de saúde, destacando a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas (BRASIL, 1983).

Mesmo a década de 90 sendo o período de maior transformação no âmbito da saúde da mulher e atenção ao parto, foi no ano de 2000 que emergiu o Programa de Humanização ao Pré Natal e Nascimento (PHPN), criado e implementado por meio

da Portaria nº 569 de 1/6/2000, que tem como objetivo primordial a garantia na melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém nascido, na perspectiva dos direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2002)

Para o Ministério da Saúde (MS), o atendimento humanizado necessita ser realizado com o reconhecimento dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças que implica no direito à escolha do local a ser realizado o parto, da forma de assistência, da posição para o parto; da presença do acompanhante e da preservação da integridade corporal da mulher e da criança (BRASIL, 2008).

Segundo dados do MS, o número de cesarianas elevou-se de 40,2% em 1996 para 50% em 2008. Na pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com instituições científicas do Brasil, os índices de cesarianas em 2012 alcançaram 52% dos nascimentos, sendo que no setor privado é de 88% (BRASIL 2008; FIOCRUZ, 2014).

Assim, na intenção de diminuir o alto índice de partos cesáreos, o MS formou no Brasil os primeiros ideais sobre a humanização do parto. Medidas estas que preconizam uma assistência individualizada, de acordo com as necessidades de cada gestante e que garantam a autonomia da mulher durante o processo de parturição, resgatando o parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções (DINIZ, 2009).

Frente aos ideais do MS cabe ressaltar a importância de fomentarmos o empoderamento da mulher sobre os seus direitos e os eventos que permeiam o período gravídico-puerperal, para a vivência de um adequado processo de parturição por meio da educação em saúde, a fim de promover o resgate da naturalização do parto, do protagonismo da mulher, tornando o parto um evento seguro e uma vivência positiva para os envolvidos.

Neste sentido, Souza et al. (2008) afirmam que para a educação em saúde ser uma atividade efetiva, é fundamental considerar o contexto dos sujeitos envolvidos no processo.

Todavia, destaca-se a necessidade de conhecer os sujeitos envolvidos nos processos educativos, o que possibilitará o desenvolvimento de estratégias educativas condizentes com as práticas de um grupo específico, considerando a educação como um processo de troca, um processo de ensino-aprendizagem, no qual educandos procuram se conhecer por meio do diálogo. Torna-se relevante que

a população participe e que as características da população alvo sejam valorizadas no cuidado educativo (SOUZA et al., 2008).

Seguindo este pensamento, Souza e Penne (2009) afirmam que a educação em saúde representa um dos elementos primordiais para a promoção da saúde e um cuidado no qual se desenvolve uma consciência crítica e reflexiva, promovendo a emancipação dos sujeitos e possibilitando a produção de um saber, contribuindo para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares.

Desse modo, os espaços destinados à educação em saúde, na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-nascido, são dispositivos que propiciam a interação com novos conhecimentos e a capacitação da mulher de fazer escolhas conscientes com relação à condução da própria saúde (BRASIL, 2012).

Essas ações de educação em saúde, quando realizadas em grupos, são concebidas enquanto espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que também levam à construção e à reconstrução do conhecimento a partir de um processo de identificação entre as pessoas envolvidas (SOUZA; PENNE, 2009).

As ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal são indispensáveis, mas é no pré-natal que a mulher necessita ser orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde precisam assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Neste sentido, acredita-se que para consolidar a humanização do atendimento ao parto, torna-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações assistenciais e educativas direcionadas ao contexto e às necessidades específicas das mulheres.

Para tanto, percebe-se ser de extrema importância conhecer e entender as mulheres que trazem sua história de vida e suas vivências, bem como sua participação na tomada de decisão durante o processo de parturição.

Frente ao exposto percebe-se a necessidade da realização de estudos qualitativos com a temática de educação em saúde para a gestante e a vivência do parto, afim de ressaltar a importância da educação em saúde no período gravídico, no intuito da mulher se conhecer e ter ciência dos processos a qual ela fará parte.

Neste sentido, o presente estudo justifica-se na perspectiva de que ao conhecer a realidade da assistência ao parto, a partir da vivência da mulher no processo de parturição, poder-se-á desenvolver reflexões e mudanças na assistência prestada à mulher no período gravídico puerperal.

Soma-se a esta argumentação, o interesse da pesquisadora pela área da Saúde da Mulher, com enfoque na atenção à gestante, que está alicerçado na participação no Projeto de Extensão Prevenção e Promoção da Saúde em Grupos de Gestantes e Puérperas, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEl). A participação no referido projeto iniciou como discente voluntária durante dois anos e posteriormente como Bolsista por mais dois anos. O trabalho com os grupos de gestantes proporcionou a pesquisadora compartilhar com as mulheres diferentes experiências de gestação, parto e puerpério.

Esta vivência instigou o aprofundamento de questionamentos sobre o empoderamento das mulheres na vivência do parto. Os questionamentos também surgiram durante o estágio curricular do 9º semestre do Curso de graduação em Enfermagem da UFPEl, quando pude vivenciar práticas de atendimento à gestante e à parturiente no trabalho de parto, parto e pós parto imediato, em que algumas não condiziam com o que é preconizado pela Política de Humanização do Parto e Direitos da Parturiente.

Essas experiências também motivaram a realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Aplicabilidade dos direitos das Gestantes, do paradigma a realidade”, o qual evidenciou a falta de conhecimento por parte dos profissionais como uma barreira para a aplicabilidade dos direitos das gestantes, indo em contraponto ao que é preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Este achado desencadeou na pesquisadora, reflexões sobre a importância da informação e conhecimento por parte de todas as pessoas envolvidas no processo de parturição.

Dessa forma, ao observar a solidão das parturientes na hora do parto, a desinformação e a falta de acolhimento, somado aos medos e ansiedades destas mulheres, estes acontecimentos despertaram em mim o interesse em conhecer a vivência das mulheres no momento do parto, e o entendimento delas quanto ao evento vivenciado, **justificando o interesse em realizar a presente pesquisa.**

Neste sentido destaca-se a necessidade da realização de estudos que deem prioridade a vivência do processo de parturição, buscando conhecer como as mulheres vivenciaram este momento.

De modo a conhecer a vivência¹ da mulher no processo de parturição, este estudo adotará o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 1996), o qual concebe o ambiente ecológico como uma série de estruturas encaixadas, em que cada peça contém ou está contida noutra. Este referencial teórico possibilitará a investigação e a análise do fenômeno por meio de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo; denominado de Modelo PPCT.

O Modelo proporcionará a pesquisadora subsídios para o conhecimento da vivenciado parto (processo), pelas mulheres (pessoas) que se encontravam inseridas em espaços de educação em saúde(contexto), como grupos de pré natal no período gravídico puerperal (tempo).

Assim acredita-se que a mulher quando conhece os seus direitos, e os processos que permeiam a gestação e o parto, poderá ter autonomia para vivenciar o parto de forma segura e prazerosa, resgatando o seu protagonismo nesse evento e evitando complicações no puerpério.

Desta forma creio que a interação da mulher com os contextos de educação em saúde, como o pré-natal ou grupos para gestantes, incrementam o desenvolvimento da mesma para a vivência do parto influenciando neste ciclo da vida. Neste sentido, suponho que o empoderamento da mulher favoreça a vivência do parto de forma positiva, promovendo a saúde, evitando riscos e agravos para a mãe e o bebê.

Bronfenbrenner (1996) refere que a interação entre as pessoas promove o desenvolvimento, é um processo bidirecional, recíproco, o qual se dá no engajamento em atividades por períodos regulares de tempo. Sendo assim, desenvolvimento humano acontece por meio da interação entre a natureza e o ambiente.

¹ Neste estudo considera-se vivência um produto da reflexão pessoal sobre a experiência. A vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e participação na história. Toda vivência tem como suporte as influências do coletivo em que a pessoa vive e as condições em que ela ocorre. A vivência de uma pessoa ocorre no âmbito da história coletiva e são contextualizadas pela cultura do grupo em que ela se insere (MNAYO,2012)

Frente ao exposto, o estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa:

Qual a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde?

1.1 Pressupostos

- A pessoa que recebeu orientações no pré natal e/ou grupos de gestantes tem compreensão do processo de parturição;
- O desconhecimento por parte das mulheres de seus direitos influenciam na não aplicabilidade dos mesmos;
- O despreparo para a vivência do parto, pode gerar sentimentos de medo e ansiedade no parto.
- O conhecimento de si e dos eventos que permeiam o processo de parturição, favorecem a mulher na vivência do parto de forma positiva, promovendo a saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.

2.2 Objetivos específicos:

- Descrever o contexto de educação em saúde
- Investigar o conhecimento das mulheres acerca do processo de parturição vivenciado;
- Conhecer o processo de parturição vivenciado;
- Averiguar o papel da mulher no processo de parturição;

3 Revisão de Literatura

No presente estudo, serão aprofundadas as temáticas que darão sustentação ao entendimento do objeto do estudo que é a vivência do parto. Esta revisão de literatura será composta por três temáticas: a primeira sobre a política de atenção a saúde da mulher, a segunda trata-se da Atenção ao Parto: do atendimento domiciliar a Humanização do Parto e Nascimento e a terceira referente ao Pré-natal e grupos de gestantes: um espaço para promoção da saúde na gestação.

A construção da revisão de literatura do presente estudo foi realizada nos meses de agosto de 2015 a março de 2016, a partir de uma busca livre por manuscritos nas bases de dados U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Também foram utilizados livros que continham informações a respeito da temática abordada nesse tópico.

3.1 Política de atenção a saúde da mulher

Um dos primeiros passos para a formulação de políticas de atenção a saúde da população brasileira, foi à criação do Ministério da Saúde e Educação em 1930, que se desmembrou em 1953 limitando-se apenas à Ministério da Saúde (MS), o que não representou uma nova postura efetiva do governo da época em atender aos problemas e desafios da saúde pública do país, o que de fato era e ainda é de sua competência (POLIGNANO,2001).

No entanto estudos relacionados a saúde com ênfase no gênero consolidaram-se no Brasil no final dos anos 1970, concomitantemente ao fortalecimento do movimento feminista no país. Neste contexto começou a ser pensado na necessidade de uma atenção a saúde da mulher, considerando especificidade e valorização de gênero (FARAH, 2004).

Na década seguinte, em 80, aumentou o número de mulheres mortas pelo país e pelo menos metade da mortalidade geral referia-se aos grupos materno, pré-escolar e infantil, fato que fez o MS colocar em prática as leis promulgadas no

Decreto 200 e com estes aspectos evidenciados, originaram-se programas específicos de assistência à gestantes e crianças (NEVES,2012).

Ainda nos anos 70, surge a partir dos grupos feministas atuantes no Brasil, a perspectiva de direito ao corpo pelas mulheres por meio da luta pela descriminalização e legalização do aborto e o acesso a métodos contraceptivos. No que se refere ao atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (ALVEZ; CORREA; JANNUZZI, 2004).

Desta forma, os programas materno-infantis, criados na época traduziam uma visão restrita a respeito da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Pensamentos como estes, iam contra as ideias do movimento feminista que procurava abordar a mulher como um todo e não apenas como reprodutora e dona de casa. Desta forma, este pode ter sido um dos principais motivos para o crescimento do movimento feminista no Brasil, que conseguiu por meio de reivindicações junto a grupos feministas de outros países, pressionar as Organizações das Nações Unidas (ONU) que criou um espaço para discussão dos direitos das mulheres (BRASIL,2004).

Neste contexto a ONU por meio de conferências internacionais que iniciaram em 1975, discutiu questões além do período reprodutivo da mulher, considerando todo o seu ciclo de vida com ênfase ao gênero e a busca pelo olhar integral à saúde feminina. Este foi designado como o ano internacional da mulher pela ONU, que instituiu também a década internacional da mulher compreendida entre 1975 e 1985 (NEVES,2012).

Na década de 80 a luta das mulheres foi intensificada com a proteção da ONU, desta forma nasceu O Movimento de Mulheres pela Saúde no Brasil, retratado por mulheres que tinham em comum prioridade como a luta por creches, o trabalho e salário igual ao dos homens e a luta contra a violência à mulher (ARAUJO,1994).

Nesta época, as feministas buscaram a discussão na esfera pública de suas reivindicações abrindo portas para a criação de políticas que estivessem voltadas para as questões das mulheres e que as afirmassem como sujeitos detentores de direitos próprios. Buscava-se, em relação à atenção a saúde da mulher, o desligamento da esfera reprodutiva como tema único, para que houvesse políticas

públicas que atendessem as demandas de uma atenção voltada a todo o ciclo vital feminino (BANDEIRA; MELO, 2010).

A saúde das mulheres sempre foi um tema pertinente no feminismo, desta forma, passa pelo caminho da descoberta do corpo como fonte de prazer, bem-estar e realização pessoal, bem como, no direito à posse desse corpo pela própria mulher, ou seja, na tomada de decisões que envolvem também a reprodução e a sexualidade (BANDEIRA; MELO, 2010).

No contexto das lutas e pressões das feministas para a melhoria da saúde da mulher considerando as diferenças de gênero, o Governo Federal e o MS em 1984 elaboraram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

O PAISM foi um marco nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, pois transformou as propostas políticas reducionistas da época em um atendimento integral à saúde, ampliando a visão sobre a mulher e o recém nascido, em todas as etapas de sua vida (FREITAS, et al., 2009).

Apesar da luta das feministas para a criação de uma política pública de saúde voltada para a mulher, com um olhar integral e ênfase a gênero feminino, destaca-se a necessidade de seguir evoluindo as práticas de saúde envolvendo as mulheres e todo seu ciclo vital, bem como um resgate da naturalização do parto, do protagonismo da mulher no processo de parturição, e a necessidade de ações humanizadas que tornem este período da vida da mulher seguro, saudável e natural (BANDEIRA; MELO, 2010).

Das evoluções políticas e sociais, a reforma inscrita na Constituição Federal Brasileira em 1988 caracterizou o maior marco da saúde do país, instituindo um novo modelo de assistência à saúde pública com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro intensificado a partir das décadas de 70 e 80 em concordância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. A incorporação do SUS possibilitou a construção de novas práticas assistenciais,

superando o modelo biologicista e mecanicista, agora voltado para universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (SOUTO, 2008).

Após mais de duas décadas da implementação do SUS, já chegando ao século XXI, percebe-se que mesmo com as inúmeras conquistas, o país convive de modo contraditório com problemas de diversas ordens no âmbito da saúde. Se por um lado se aponta avanços de descentralização, regionalização da atenção, da gestão em saúde e assistência integral, por outro, percebe-se que o processo de trabalho e a equipe de saúde (ainda) apresentam despreparo para lidar com a subjetividade e singularidade da mulher nas práticas de saúde, em especial no momento do parto (PASCHÉ; PASSOS; HENNIGTON, 2011).

Assim, atrelado ao processo de evolução das políticas públicas de saúde, a implementação do SUS e o desenvolvimento de estratégias baseadas em seus princípios, surge uma nova necessidade e um novo pensamento para a aplicação das ações em saúde da mulher: a humanização do seu cuidado no processo do parto (MORI; OLIVEIRA, 2009).

3.2 Atenção ao Parto: do atendimento domiciliar a Humanização do Parto e Nascimento

Ao reportar-se a história do parto, observa-se que o mesmo era realizado no ambiente domiciliar, sendo assistido por mulheres denominadas “parteiras” ou as, que se caracterizavam por serem pessoas de confiança da gestante ou da comunidade. Antigamente o acompanhamento ao parto era destinado somente às mulheres, momento no qual as parteiras geravam um clima emocional positivo, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para o alívio da dor das contrações (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Segundo Mott (2002) os partos no domicílio foram realizados até o final do século XIX, nos quadros mais complexos, quando a parteira não tinha condições de reverter o agravo de saúde da mãe, era chamado o médico, para realizar a cesárea e retirada do feto. Neste período a prioridade era a vida da mãe, e o procedimento cirúrgico era utilizado somente para o caso de morte materna uma vez que não existia substâncias anestésicas naquela época. A partir desta realidade, viu-se a necessidade da criação de uma série de instrumentos cirúrgicos para a retirada do feto de dentro do ventre materno.

Nesta conjuntura, juntamente com os instrumentos cirúrgicos de apoio ao parto, a criação do fórceps, o desenvolvimento da técnica cirúrgica e consequentemente a aproximação médica na assistência ao parto, levou a profissão de parteira ao declínio. Neste período o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, sendo este um marco inicial para a sua aceitação como disciplina técnica e científica, consolidando o conceito de que o parto é um evento complexo e por vezes perigoso (PRADO, 2009).

Mesmo com estas intervenções, a competição entre médicos e parteiras durou séculos. No entanto por não terem acesso às universidades, as parteiras foram aos poucos tornando-se auxiliares dos cirurgiões e afastando-se gradualmente das práticas obstétricas e somando-se com o advento do capitalismo industrial, o exercício médico na obstetrícia foi monopolizado (VIEIRA, 2002).

Desta forma, começou a surgir no Brasil os discursos sobre a necessidade da criação de maternidades, estabelecimentos especializados para as mulheres darem a luz e estavam interligados aos cursos para a formação de parteiras e ao ensino médico. A proposta de um local especial para nascimento de bebês não era inovadora só no Brasil, mas também na Europa, visto que antes as parturientes pobres eram atendidas em hospitais e asilos que atendiam todos os tipos de doentes (MOTT, 2002).

Neste cenário deu-se o início a medicalização e institucionalização do parto, colocando a mulher na condição de paciente e o parto começa a ser visto como um processo patológico. Neste modelo medicalizado, a mulher perde sua autonomia, pois o profissional passa a ser detentor das escolhas quanto às práticas realizadas no momento do parto, rompendo com o protagonismo da mulher. Este modelo de assistência é caracterizado por preceitos tecnocráticos, constituindo-se em prática mecanizada incluindo na rotina, os procedimentos de tricotomia da região genital, a enteróclise, a episiotomia e a anestesia (SEIBERT et al., 2005).

Mesmo assim, pode considerar que a hospitalização trouxe avanços científicos e tecnológicos que proporcionaram benefícios aos partos considerados de alto risco, que resultou na diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal. No entanto, com o passar dos anos a assistência baseada na tecnologia começou a ser aplicada também, nos partos de baixo risco, sem indicação de cesariana, trazendo

como consequência o aumento de atendimentos medicalizados e intervencionistas (VELHO et al., 2012).

Neste contexto, a mulher em trabalho de parto é vista como “paciente”, e desta forma, tratada como doente e impedida de participar ativamente do seu processo de parturição. Assim se consolida a era do parto medicalizado, no qual as parturientes vivenciam sentimentos de medo, ansiedade e insegurança referentes às intervenções as quais estão expostas (KOETTKER, 2010)

Com a mudança na assistência, passando o parto para o âmbito hospitalar e toda a evolução tecnológica, ainda existia: dificuldade no acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres; aumento nas taxas de morbimortalidade materno infantil; utilização inadequada de partos cirúrgicos; uso abusivo de tecnologias; baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno e maior incidência de depressão pós-parto (CASTRO ; CLAPIS, 2005).

Seguindo este pensamento, o Ministério da Saúde (MS) em 2012 revela que no Brasil, os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando gradativamente, relacionado a fatores como medo da dor, o desejo em realizar a laqueadura tubária e a escassez de informações durante o pré-natal. Os estudos ainda descrevem que muitas cesarianas são realizadas em função da comodidade dos médicos e das instituições de saúde, as quais têm altas taxas de lucros em um curto espaço de tempo (MELCHIORI et al., 2009; CARDOSO; BARBOSA, 2012).

Assim, com o intuito de diminuir o alto índice de partos cesáreos, o MS estabeleceu no Brasil os primeiros ideais sobre a humanização do parto, medidas que preconizam uma assistência individualizada, de acordo com as necessidades de cada gestante e que garantam a autonomia da mulher durante o processo de parturição, resgatando o parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções (DINIZ, 2009).

Na tentativa de proteger o caráter fisiológico do parto e nascimento surgiu o conceito de parto humanizado que está caracterizado como um conjunto de condutas e procedimentos com o intuito de tornar este processo mais saudável, assim prevenindo a morbimortalidade da puérpera e do recém-nascido (OLIVEIRA; MADEIRA 2012).

Mesmo a década de 90 sendo o período de maior transformação no âmbito da saúde da mulher e atenção ao parto, foi no ano de 2000 que emergiu o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado e implementado por meio

da portaria nº 569 de 1/6/2000, que tem como objetivo primordial a garantia na melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém nascido, na perspectiva dos direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2002).

A humanização do parto é definida pelo MS como um processo que abrange a adequação da estrutura física e equipamentos hospitalares, ampliando-se para a atuação profissional e os direitos das gestantes (BRASIL, 2003).

Segundo Bicchieri e Silva (2006), humanizar é respeitar o parto como um processo fisiológico, antagonista ao modelo intervencionista, extinguindo procedimentos desumanos, como manter a parturiente no leito, uso rotineiro de episiotomia, indução do parto mediado pela ocitocina, frequente toque vaginal, agressividade na comunicação com a mulher e falta de sensibilidade dos profissionais.

Compartilhando da mesma ideia, Moraes (2009), acredita que para humanizar é necessário confiar na fisiologia da gestação, deixar que ocorra naturalmente, como também, compreende na humanização a percepção, a reflexão e o respeito aos diferentes aspectos culturais com suas singularidades, atenção às necessidades individuais, psíquicas e emocionais da parturiente e sua família. Humanizar é devolver o protagonismo do parto a mulher, garantindo-lhe o direito de conhecimento e escolha.

Reforçando a ideia de parto humanizado, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (2002, p. 6), segue os seguintes princípios:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação parto e puerpério;

Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;

Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

A qualidade da atenção à saúde mulher implica dentre outros aspectos, na possibilidade de escolha ou na tomada de decisão. Este fator permite a mulher participar das decisões que estão ligadas à sua saúde, aumentando sua capacidade de fazer escolhas e sua autonomia (BUSANELLO et al., 2011)

Para efetiva humanização do parto e nascimento, torna-se necessário que as equipes de saúde priorizem a formação de vínculos saudáveis, por meio de ações

de acolhimento às gestantes, seus familiares e ao recém-nascido (BUSANELLO et al., 2011).

Neste contexto destaca-se a formulação de leis que garantem à mulher a possibilidade de escolha durante o processo de parturição: o direito de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato, bem como o direito de conhecer a maternidade no qual receberá assistência, são as Leis 11.108, de 7 de abril de 2005 e Lei 11.634 de 27 de Dezembro de 2007 respectivamente (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

A assistência humanizada ao parto pode significar uma nova luta do gênero feminino, que pretende resgatar o parto como um evento natural, íntimo e feminino e não como um evento médico e hospitalocêntrico que atualmente é vivido de maneira pública, zelando por um dos eventos mais especiais de sua vida, a maternidade.

3.3 Pré-natal e grupos de gestantes: um espaço para promoção da saúde na gestação:

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado no início dos anos 80 deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas.

Segundo Penna et al. (2009), a dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher precisa ser orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde necessitam assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar. Estudos sobre a importância do pré-natal ou, especificamente, sobre as ações educativas no pré-natal, mostram em seus resultados que, mesmo tendo realizado as consultas, as gestantes demonstram insatisfação com relação às orientações sobre parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (ARAÚJO, 1999; PEREIRA, 2002).

Aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e freqüentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto (PENA et al., 2009)

No âmbito da saúde da mulher, especificamente tratando-se da prática obstétrica, o enfermeiro exerce um papel importante no que concerne à humanização da assistência, tendo em vista que o processo gestatório e o período pós-parto sejam permeados por sentimentos de medo e insegurança. Na maioria das vezes, esses sentimentos, aliados à desinformação e assistência pré-natal inadequada, são responsáveis pela opção da mulher pela cesárea (RIOS; VIEIRA, 2007).

Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura (BRASIL, 2011; NERY, 2006). O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além destes aspectos, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, para melhor planejamento do cuidado (FASCINA; MUSCIO; DÍAZ ROSSELO, 2007).

Neste sentido, Guerreiro et al. (2012), destacam em seu estudo que as práticas educativas dos profissionais estavam centradas no modelo tradicional, em que não havia espaço para perguntas e para um processo de comunicação efetivo entre profissional e cliente. Desta forma a dimensão técnica do cuidar assumia a prioridade nos atendimentos às gestantes, deixando uma lacuna nesse processo de cuidar, que faz uma diferença muito grande para a mulher ao término do processo

gestacional, quando se depara com uma série de dúvidas e dificuldades para desempenhar o papel materno.

A saúde da mulher constitui uma das frentes de ação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no âmbito da saúde materna podendo atuar em diferentes componentes, como no acolhimento e avaliação de risco, pré-natal humanizado, na atenção ao recém-nascido e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2011).

Dentre os caminhos que a ESF pode percorrer rumo ao cuidado às mulheres e também às gestantes, destaca-se a educação em saúde, processo por meio do qual o saber científico sobre o processo saúde-doença alcança o cotidiano das pessoas com a ajuda de profissionais e é capaz de propiciar mudanças culturais e aquisição de hábitos saudáveis (MACHADO et al., 2007).

Carvalho e Gastaldo (2008) também acreditam na potência da educação em saúde, desde que esteja voltada para o empoderamento social e não negue as relações de poder envolvidas. Desta forma, este contexto pode produzir um saber coletivo que estimule nos indivíduos sua autonomia e emancipação para o cuidado de si, dos seus e de sua realidade.

Com relação às ações educativas no pré-natal, estudo de Figueiredo e Rossoni (2008), mostrou uma tendência em restringir as ações educativas durante as consultas individuais com o simples repasse de algumas informações sobre gravidez, parto e cuidados com o bebê. É importante o despertar de alguns profissionais para a educação em saúde realizada individualmente, priorizando as necessidades de cada um, atentando para o fato de que educação em saúde pode e precisa ser realizada em todos os âmbitos e oportunidades.

Em um estudo realizado com 11 enfermeiros e 18 gestantes, em uma unidade básica de saúde no município de Fortaleza-CE, foi observado que a desvinculação entre a assistência pré-natal e a do parto levou as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além dessa realidade, a maioria das mortes maternas ocorreu perto do parto, demandando intervenções que garantissem melhor assistência nesse período. Nesse panorama da situação obstétrica, a crença de que existe desumanização em um momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a enfrentar (GUERREIRO et. al., 2012).

No atendimento à mulher, o enfermeiro pode ser um instrumento para que a pessoa adquira autonomia no agir, aumentando-lhe a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decidir sobre sua vida e sua saúde (PENNA et al., 2009).

Percebe-se que ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais a mulher vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, dentre outros, são também sentimentos comuns presentes nas grávidas. É no pré-natal que a mulher precisa ser bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva e feliz, ter os riscos de complicações no puerpério diminuídos e sucesso na amamentação (FIGUEIRDO; ROSSONI, 2008).

Neste sentido Rios e Vieira (2007) relataram em um estudo realizado no Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil, em São Luís do Maranhão com cinco Enfermeiras participantes que a ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal caracteriza-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa apesar da existência do bom propósito de educar, na qual questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da instituição emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde, como tendência libertadora, crítico-social e transformadora. A pesquisa aponta para a reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante; a criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2002), o acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário.

O diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja disposto à mulher, protagonista no processo de gestação e parto (BRASIL, 2005).

A consulta de pré-natal envolve poucas tecnologias no manejo do cuidado, podendo o profissional de saúde dedicar-se à escuta mais atenciosa às demandas da gestante, transmitindo o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir a gestação e o parto com maior segurança (Brasil, 2002).

Desta forma, percebe-se que os trabalhadores demonstram desinteresse em informar e transmitir conhecimento aos usuários. Este aspecto se justifica pelo fato de que se os usuários tiverem mais conhecimento poderão ser mais críticos e exigentes, o que redundará na possibilidade de o trabalhador perder o poder de tomar decisões sozinho, além de ser mais cobrado na sua prática diária (CARVALHO et. al. , 2014).

Neste sentido, os Enfermeiros precisam utilizar a consulta de enfermagem com a finalidade de garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal colocando em prática ações preventivas e promocionais da saúde com o objetivo de esclarecer dúvidas das gestantes e fortalecer a importância da adesão às consultas de Pré-natal para prevenção e antecipação de complicações decorrentes da gestação (RIOS; VIEIRA, 2007).

As ações de promoção da saúde necessitam contemplar noções de anatomia e fisiologia, desenvolvimento do feto, cuidados durante a gestação, parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido, com o propósito de beneficiar a mulher com conhecimentos e esclarecimentos sobre as mudanças deste período de sua vida (LARGURA, 2000).

Para promover estas ações o profissional de saúde que realiza o pré-natal precisa conhecer a gestante em seu contexto de vida (família, ambiente, fatores socioeconômicos e culturais, mudanças físicas e psicológicas), a fim de interpretar a percepção que a mesma tem com relação à sua gestação, por ser esta uma experiência única. Ao conhecer o contexto de vida e das relações sociais da mulher, o enfermeiro planeja e orienta sem impor conhecimentos científicos que causem falta de entendimento por parte das mulheres (RIOS; VIEIRA, 2007).

A informação é primordial quando se fala no respeito ao direito da autonomia, pois essa implica em capacitar o indivíduo a agir autonomamente. Nesse caso, se as mulheres estivessem cientes dos seus direitos, talvez fossem mais exigentes, menos passivas, mais atuantes e menos submissas (SANTOS; PENNA, 2009).

Neste sentido, percebe-se a importância de um ambiente no qual as gestantes e puérperas possam expor seus sentimentos, tirar suas dúvidas, ter contato com ações de educação, prevenção e promoção da saúde.

Para Reberte e Hoga (2006), é necessário incorporar grupos de educação e promoção da saúde durante a gestação e puerpério, para que a mulher vivencie de

forma positiva o processo de parturição, com conhecimentos que tornem este momento único e especial em sua vida.

Realizar grupos para gestantes é uma das maneiras de educar para a saúde e permite um cuidado horizontal que acontece com a participação da população por meio da socialização de seus valores, suas crenças e necessidades de forma dinâmica e reflexiva (SANTOS; PENNA, 2009).

Este espaço promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, visando resgatar a condição de sujeito, a vocação ontológica do homem na busca de ser mais e de se humanizar, buscando a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania (REBERTE; HOGA, 2006).

Desta forma o contexto dos grupos de gestantes possibilita um espaço de trocas de experiências e vivências, possibilitando uma mobilização dos estereótipos de cada um, o que ajuda cada participante a enfrentar as situações de mudança, uma vez que tende a resignificar suas vivências por meio do reconhecimento dos outros e de si (ZAMPIERI et al., 2010).

Ao falar sobre educação em saúde com gestantes, Brasil (2010) afirma que neste espaço as mesmas sentem maior abertura em expor e dividir com as demais a sua experiência no manejo da gestação trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) poderá propiciar. Os grupos oferecem mais tempo que uma consulta individual para esta exposição pessoal. Além destes aspectos, a comunicação se faz possível não somente pela expressão verbal, mas pelo corpo, pelas intensidades afetivas, subjetivas e simbólicas que são revertidas em benefícios para o bebê.

Sendo assim, Zampieri et al. (2010) ressaltam que é necessário que o profissional de saúde desempenhe um papel de facilitador da interação entre os membros do grupo, tendo consciência dos limites e potencialidades de cada participante, esta atitude é fundamental para integrar saberes e agir de forma recíproca, comprometendo-se com o sucesso do grupo, por meio de um projeto comum - uma gestação e um puerpério embasada na assistência integral e humanizada.

Para a concretização de atenção de qualidade e humanizada, é tarefa dos serviços e profissionais de saúde acolherem com dignidade a mulher e o recém-nascido, considerando-os sujeitos de direitos. Esse tipo de atenção depende da provisão dos recursos, da organização de rotinas com procedimentos

comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e o compartilhamento com a mulher e sua família das decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

Sendo assim, acredita-se que o pré-natal atrelado aos grupos de gestantes, se caracteriza como contextos de educação em saúde em empoderamento da gestante. Neste sentido, auxilia no entendimento da gestante quanto aos processos que permeiam a gestação e o parto, contribuindo para o resgate da autonomia da mulher no processo de parturição. Estes aspectos contribuem para uma possível vivência do processo de parturição, saudável e tranquila, tornando o momento do parto uma ação natural e fisiológica, e conciliando assim a humanização deste evento único para a mulher.

4 Referencial teórico

O referencial teórico que sustentará o presente estudo está embasado em Urie Bronfenbrenner, nascido em 29 de abril de 1917, em Moscou, num momento de profundas transformações sociais e políticas como o início da ascensão comunista. Veio ainda criança para os Estados Unidos, sendo criado dentro da tradição judaica, convivendo desde então, em um ambiente multicultural, tendo contato com diferentes grupos étnicos e culturais durante sua escolarização, acentuando seu contato com diferentes modos de viver e pensar. Bronfenbrenner morava com os pais em uma instituição rural para o tratamento de pessoas com retardo mental, com idade variando entre três e oitenta anos. Formado em Psicologia e Música pela Universidade de Cornell (KREBS, 1995).

Urie Bronfenbrenner formulou a teoria de desenvolvimento humano, publicada no final da década de 70, expondo ao campo científico importantes premissas para o planejamento e construção de pesquisas em ambientes naturais. Seus escritos faziam uma séria crítica ao modo tradicional de se estudar o desenvolvimento humano, referindo-se entre outras coisas, à grande quantidade de pesquisas concluídas sobre o tema “fora do contexto” (BRONFENBRENNER, MORRIS, 1998).

Para ele, essas investigações focalizavam, somente, a pessoa em desenvolvimento dentro de ambiente restrito e estático, sem a devida consideração das múltiplas influências dos contextos em que as pessoas viviam (BRONFENBRENNER, 1977; 1996).

Neste sentido, Bronfenbrenner e Morris (1998) expuseram que havia uma vasta construção científica nesta área e estudos realizados com crianças e adultos em situação de vida real têm um lugar comum na literatura de pesquisa em desenvolvimento humano, tanto nos Estados Unidos como na Europa.

Entretanto, apesar desses estudos fazerem referência à sua teoria, examinando e relatando os impactos de vários níveis de contextos na vida da pessoa, o quadro mudou, e o que se nota é que há muitos estudos em “contexto sem desenvolvimento” (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

A reformulação da abordagem trouxe, como modificação para o novo modelo de pesquisa, a consideração da bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela atua. Crianças influenciam os próprios ambientes onde se encontram quando iniciam uma atividade nova, por exemplo, ou quando começam a estabelecer algum tipo de vínculo com outras pessoas e, logo, são influenciadas ao mesmo tempo pelos que estão ao seu redor. Esse novo modelo introduz uma maior ênfase não só na interação da pessoa em desenvolvimento com outras pessoas, mas com objetos e símbolos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As reformulações do Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris 1998, inclui uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento. Este modelo que em vez de ecológico passa a ser chamado de bioecológico tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento. Outro aspecto proposto no modelo é o construto teórico “processos proximais”, entendido como “formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

No Modelo Bioecológico, o desenvolvimento enquanto mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente são reapresentados por quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados, o que é designado como modelo PPCT: “pessoa, processo, contexto e tempo” (BRONFENBRENNER, 1993; 2005).

Pessoa: refere-se ao fenômeno de constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer de sua existência. Bronfenbrenner deu especial atenção aos atributos pessoais que os indivíduos trazem consigo para as situações sociais (BRONFENBRENNER, 1993; 1995). Além desses aspectos o autor aponta que nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento isoladamente. Desta forma são distintos três tipos de características da pessoa que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano, nomeados como: Disposições/Força, Recursos e Demandas.

A primeira característica são as *Disposições*, que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua operação. São aquelas relacionadas às diferenças individuais, que envolvem a capacidade de engajar-se e

persistir em atividades de progressiva complexidade (BROFENBRENNER; MORRIS, 1998).

A segunda característica é a de *Recursos* que diz respeito a habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento. Neste sentido influenciam a capacidade de o indivíduo engajar-se em processos proximais ativos: habilidades, experiências, inteligência – são características parcialmente relacionadas com recursos cognitivos e emocionais e, diferentemente dos processos de Demanda, não são imediatamente aparentes. Há também os recursos sociais e materiais promotores de processos proximais, tais como acesso a boa comida, moradia, cuidado parental, oportunidades educacionais apropriadas a uma determinada sociedade, entre outras. E os recursos que funcionam como elementos perturbadores consistem em deficiências genéticas, lesões cerebrais e deficiências graves. São características que influenciam a capacidade de um organismo para se engajar efetivamente em processos proximais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

E a última característica são as *Demandas* que convidam ou desencorajam reações do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais. São disposições comportamentais que movem os processos proximais e mantêm suas operações, oferecendo mais probabilidade para influenciar o desenvolvimento futuro. São arranjos que agem como um estímulo imediato em direção à outra pessoa, por exemplo, a curiosidade e capacidade de resposta (interagir ou não) tendo em vista fatores tais como idade, cor da pele, aparência física. Essas demandas podem influenciar as interações iniciais em função das expectativas do indivíduo, ou interferir retardando e até impedindo que elas aconteçam, podendo favorecer processos de crescimento psicológico ou rompê-los via impulsividade, distração, apatia, insegurança, timidez, sendo, portanto, destrutivas do ponto de vista do desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Processo: tem a ver com as ligações entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano, criança ou adulto, requer uma participação ativa em uma interação progressiva para o grau de complexidade, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação tem que ocorrer em uma base bastante regular em

períodos estendidos de tempo (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Estas interações para Bronfenbrenner (2005), quando ocorrem regularmente durante longos períodos de tempo são entendidas como processos proximais, ou seja, os motores ou engrenagens do desenvolvimento.

Contexto: quando Bronfenbrenner(1996) aborda contexto de desenvolvimento, está se referindo ao meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais. Pode ser caracterizado por qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa em, e apresenta-se classificado em quatro subsistemas socialmente organizados, que envolvem, auxiliando a amparar e nortear o indivíduo: Microssistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema e, da forma como estão dispostos, auxiliam a descrever e analisar os contextos de vida proximais e distais do desenvolvimento humano.

Os *microssistemas*, considerados como o centro gravitacional do ser biopsicossocial, são ambientes nos quais os papéis, as atividades e as interações acontecem face a face. O centro permite, como contexto primário de desenvolvimento, que o indivíduo observe e engaje-se em atividades conjuntas, cada vez mais complexas, com o auxílio direto de pessoa(s) com quem ela tenha uma relação afetiva positiva, e que já possuem conhecimentos e competências que ela ainda não possui (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Entretanto, tal estrutura pode promover e, também, inibir o envolvimento do indivíduo em atividades na interação com o ambiente imediato. Exemplos de microssistemas são: a escola, a família, o local de trabalho, no qual o indivíduo interage diretamente com seu interlocutor, e a influência bidirecional flui em via de mão dupla.

O *mesossistema* consiste nas inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Como exemplo, esse sistema inclui as relações que uma criança mantém em casa, na escola, no clube e com amigos da vizinhança; em outros, apenas as relações exclusivamente familiares e com membros da igreja da qual sua família faz parte (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

O *exossistema*, segundo Bronfenbrenner e Morris (1998), consiste na aliança entre dois ou mais contextos. Entretanto, diferentemente, a pessoa em desenvolvimento não se encontra nele inserido. Desta forma entende-se que pessoa

em desenvolvimento não é participante ativa, mas aí podem ocorrer eventos que a afetem, ou ainda vice e versa, podem ser afetados por acontecimentos do ambiente imediato onde a pessoa se encontra. Para exemplificar podemos citar: o local de trabalho dos pais, a escola do irmão ou a rede de amigos dos pais (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

O *macrossistema* envolve todos os outros ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra. Ou seja, é um contexto de estrutura mais ampla, e compõe-se de todos os padrões globais do micro, meso e exossistema, que fazem parte das culturas, crenças, valores, e costumes dominantes na sociedade, juntamente com os sistemas sociais, políticos e econômicos – recursos, riscos, oportunidades, opções e estilos de vida, padrões de intercâmbio social – predominantes em uma cultura, que filtram e orientam os comportamentos do cotidiano do indivíduo, que estão incluídos em cada um desses sistemas, e que podem afetar transversalmente os sistemas nele incluídos (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Como modelo, a estrutura política e cultural de uma família norte americana de classe média enquanto sistema, muito diferente de um grupo familiar de operários brasileiros (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Tempo ou cronossistema: para Bronfenbrenner e Morris (1998), pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico ou, em outras palavras, de forma que ocorrem as mudanças nos eventos no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento. Neste sentido capta as mudanças do meio – o grau de estabilidade ou mudanças na vida dos indivíduos face aos eventos ambientais e as transições que ocorrem ao longo da existência, que produzem condições que afetam o desenvolvimento das pessoas. Atua sobre outros sistemas, cujas dimensões estão vinculadas aos atributos da pessoa, aos processos proximais e aos parâmetros do contexto. Neste aspecto podemos considerar como sendo a entrada da criança na escola, o nascimento de um irmão ou a mudança de trabalho dos pais, podem ter significativa influência no desenvolvimento das pessoas da família num dado momento de suas vidas. (MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Quanto à concepção de desenvolvimento, Bronfenbrenner (1996), em vez de dar toda a importância aos processos psicológicos tradicionais como percepção, motivação, pensamento ou aprendizagem, enfatiza o conteúdo desses processos como o que é percebido pela pessoa, ou ainda o que é temido, pensado ou

adquirido como conhecimento, importando-se mais em como a natureza desse material psicológico pode ser alterada em função da exposição e interação do ser humano em desenvolvimento com o seu meio ambiente.

O desenvolvimento humano é interativo e contextualizado, e a pessoa não é um ser passivo. Ao afirmar que ela não é uma tábula rasa sobre a qual o ambiente causa impacto, Bronfenbrenner (1996) destaca que esta é um ser em crescimento, dinâmico e capaz de embrenhar-se no meio em que reside e reestruturá-lo. Para tanto, a pessoa é copartícipe no próprio processo de desenvolvimento, e é também dependente de outros que com ele interage.

Para este estudo o modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner promoverá o conhecimento do processo de parturição das mulheres (pessoa) que vivenciaram o parto (processo), inseridas em espaços de educação em saúde, como grupos e pré natal(contexto) no período gravídico até a vivência do parto (tempo).

Neste sentido, pode-se considerar a partir do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner que a gestante desenvolve parte do seu conhecimento sobre os eventos que permeiam o período gravídico e o processo de parturição, a partir das informações recebidas durante e pré natal e também com a participação em grupos de gestantes logo a vivência do parto se modifica, influenciado pelo conhecimento desenvolvido nestes espaços e nos diversos contextos nos quais ela participa.

5 Método

5.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa irá nortear-se metodologicamente como um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada no Modelo PPCT proposta por Urie Brofenbrenner (1998).

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que coloca o pesquisador em posição de observador, consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que possibilitem a visão do mundo. Essas práticas, transformam o mundo, fazendo dele uma série de representações que incluem notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais. Desta forma, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo. assim sendo significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (FLICK, 2009).

Para Polit e Beck (2011) estudos descritivos surgem de pressupostos, por meio de uma investigação que almeja aprofundar os limites de uma realidade específica. Na presente investigação o caráter descritivo guarda relação com a descrição da realidade do processo de parturição vivenciado pelas mulheres que tiveram acesso a informação.

5.2 Cenário do estudo

Optou-se por realizar o estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas com vínculo acadêmico com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a qual oferta para as mulheres o Programa de Pré-Natal e Grupos de Gestante e puérperas. Fará parte do estudo a Unidade Básica de Saúde Sanga Funda.

O presente estudo será realizado no município de Pelotas- Rio Grande do Sul – Brasil. A cidade de Pelotas é importante pólo regional de saúde em gestão plena desde agosto de 2000. O Sistema de Saúde de Pelotas conta com estrutura própria, serviços de saúde em parceria com universidades e prestadores de serviços privados que compõem todos os níveis de atenção fazendo da cidade um sistema

importante nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2009).

5.3 Participantes do estudo:

As participantes deste estudo serão mulheres, maiores de 18 anos de idade, que vivenciaram o parto nos últimos doze meses, que tiveram acesso pré-natal e participado de grupos ou cursos para gestantes. A escolha por entrevistar mulheres que tiveram a oportunidade de receber informações durante o período gestacional, justifica-se por acreditar que a participação da mulher em grupos e o acesso ao pré-natal influenciam na vivência do parto.

A pesquisa qualitativa permite que o número de participantes não seja quantificado previamente, pois se almeja aprender com o universo subjetivo contido nas falas dos entrevistados (TRIVIÑOS, 2009).

Neste sentido a pesquisa será finalizada após a saturação teórica que é definida como o momento em que pouco de substancialmente ao novo aparece, levando em consideração cada uma das questões abordadas e/ou identificadas durante a análise e o conjunto dos entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

5.4 Critérios de Inclusão

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ter vivenciado o parto nos últimos doze meses;
- Ter tido acesso a consultas de pré-natal e participado de grupos de gestantes;
- Residir na área abrangência da UBS;
- Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos;
- Permitir o uso de gravador durante as entrevistas.

5.5 Critério de exclusão

- Mulheres que vivenciaram óbito fetal;
- Mulheres que vivenciaram patologias graves no período gestacional ou no processo de parturição.

5.6 Princípios éticos

Os princípios éticos que nortearão esta pesquisa serão correspondentes a Resolução nº 466/2012² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), que no Capítulo III fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98³.

As participantes do estudo será assegurado o conhecimento dos objetivos do estudo, o anonimato, o direito à desistência durante o processo de investigação e o acesso aos resultados da pesquisa.

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, no entanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista os quais serão minimizados, uma vez que as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade. Também será assegurado as mulheres a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo as mesmas.

Os benefícios para as participantes envolvidas no estudo serão a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora.

Com o intuito de preservar o anonimato das mulheres será utilizado a inicial “M” referindo-se a mulher acrescida da idade no momento da entrevista e ordem numérica da entrevista. Exemplo: M25-1; M23-2.

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados em CD *room* que ficarão guardados na sala do Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem

²Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora sob ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

³Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou danos aos envolvidos, Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

da UFPel, sobre responsabilidade da orientadora do estudo por um período de cinco anos e após serão destruídos.

5.7 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente serão encaminhadas carta e cópia do projeto à Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Pelotas e para a Chefia da Unidade Básicas de Saúde (UBS) Sanga Funda, para solicitar apreciação e Carta de Anuência para realização do estudo (Apêndice A). De posse da carta de Anuência da Secretária Municipal de Saúde e da Chefia da UBS o projeto será encaminhado a Plataforma Brasil para apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (Apêndice B). Com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, será realizado contato, com a chefia da primeira UBS para identificar as mulheres que vivenciaram o parto nos últimos doze meses.

As mulheres serão contatadas por meio de visita domiciliar, sendo formalizado o convite para participarem da pesquisa e expostos os objetivos do estudo (Apêndice C). Diante do aceite realizar-se-á a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) que após os esclarecimentos será assinado pelas participantes e pela pesquisadora. O TCLE será elaborado em duas vias, ficando uma com a mulher e a outra com a pesquisadora. A coleta dos dados será realizada individualmente, no domicílio da entrevistada ou na UBS, conforme escolha da participante.

Como instrumento para a coleta de dados será utilizado a entrevista semiestruturada que segundo Triviños (2009), o participante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador, ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas do participante, valoriza a atuação do pesquisador, assim as questões elaboradas para a entrevista levarão em conta o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno (APÊNDICE E).

5.7 Análise dos dados

Os dados obtidos na coleta de dados serão transcritos e analisados sob a perspectiva da análise textual discursiva (ATD). Esta tem como finalidade “a produção de novas compressões sobre os fenômenos e discursos”. Trata-se de um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2011, p.7).

A ATD organiza-se por meio de um ciclo de três etapas, consideradas como os elementos principais da análise, sendo estas: desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

1.Desmontagem dos textos ou Unitarização: nesta etapa busca-se examinar o texto proveniente das entrevistas (também denominado de “corpus”) nos mínimos detalhes, com o objetivo de encontrar significantes (parte física da palavra), para os quais serão dados significados (conceito transmitido à palavra) e sentidos por meio do conhecimento do pesquisador e da revisão de literatura. Assim, nesta etapa, o pesquisador deve realizar a desmontagem do texto, levando em consideração o objetivo de seu estudo, pressupostos e referencial teórico. Nesta desconstrução surge a unitarização, que pode ser definida em função de critérios pragmáticos ou semânticos, ou seja, pode partir tanto de categorias definidas *a priori*, como categorias emergentes da análise do texto, independente do critério de construção de categoria, as mesmas precisam estar entrelaçadas com o objeto de estudo (MORAES; GALIAZZI, 2011).

2. Estabelecimento de relações ou categorização: Esta etapa visa estabelecer relações entre as unidades constituintes da etapa anterior, ou seja, realiza a combinação e classificação das mesmas, resultando na categorização. Assim, começa a emergir um novo texto, ou melhor, um metatexto que tem como origem os textos originais (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3. Captando o novo emergente: Nesta etapa tem-se uma compreensão renovada desencadeada pelas etapas anteriores, no qual se consolida pela construção do metatexto, constituindo-se um processo intuitivo e auto-organizado, no qual o pesquisador vai dizer algo sobre o fenômeno estudado de maneira descritiva ou interpretativa. Na descrição o autor não se aprofunda no texto, apenas descreve as ideias e sentidos encontrados, já na interpretação, o pesquisador dialoga com teorias já existentes, buscando apresentar novos sentidos e significados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados no meio acadêmico e científico, por meio da defesa da dissertação, apresentação no Núcleo de Pesquisa e Estudos com

crianças, adolescentes, mulheres e famílias-NUPECAMF – UFPel, além de envio de artigos a periódicos indexados da área da saúde.

Além do exposto, deseja-se reunir as participantes do estudo para devolução dos resultados, bem como a equipe profissional das unidades básicas de saúde e também os serviços de saúde da região.

6 Cronograma

Observa-se na Figura1, o planejamento das ações que serão desenvolvidas no estudo, compreendendo o período de março de 2015 a dezembro de 2016.

Atividade	2015											2016											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X															
Apresentação à disciplina Seminário de Pesquisa I									X														
Qualificação														X									
Encaminhamento para a Plataforma Brasil*														X	X								
Coleta de dados																X	X	X					
Análise dos dados																X	X	X	X				
Construção da dissertação																		X	X	X			
Defesa da dissertação																					X		
Divulgação dos resultados																						X	

Figura – 1: Quadro do cronograma da pesquisa

*Obs.: A coleta de dados somente será iniciada com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

7 Orçamento

Todas as despesas abaixo descritas e necessárias para o desenvolvimento do projeto serão custeadas pela pesquisadora, ausentando a Universidade Federal de Pelotas, bem como os locais e as participantes da pesquisa de quaisquer ônus.

Material	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo total R\$
Borracha	02	1,60	3,20
Caneta	06	2,00	12,00
Lápis	03	1,00	3,00
Caderno	03	5,00	15,00
Pendrive 16GB	02	60	120,00
Vale transporte	100	2,75	275,00
Papel A4 (pacote 500 folhas)	10	18,00	180,00
Xerox	2.000	0,10	200,00
Cartucho para Impressão	06	17,00	102,00
Encadernação para qualificação	06	15,00	90,00
Gravador de voz	01	300,00	300,00
Pilha palito recarregável	04	20,00	80,00
CD	06	1,50	9,00
Encadernação da dissertação - pró-forma	06	3,00	18,00
Encadernação capa dura	2	40,00	80,00
Revisão Português	03	1,50 (página)	450,00
Revisão em Espanhol	02	25,00	50,00
Revisão em Inglês	02	25,00	50,00
Total de despesas	-----	-----	2037,20

Figura – 2: Quadro do plano de despesas da pesquisa

Referências³

ARAÚJO, R.T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. **Anais do XVI Encontro de Enfermagem do Nordeste**; Aracajú. p. 5-11,1999.

ARAUJO, M.J.O. As reflexões do movimento feminista. **Cadernos de pesquisa**. Nº 2; 1994.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P. Tempos e Memórias: Movimento Feminista no Brasil. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BICCHIERI, T.; SILVA, L.R. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa. **Esc Anna Nery R Enferm**; v.10, n.2, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde –SPS. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**- Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

³Este trabalho segue a formatação conforme a referência: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Vice-Reitoria. Coordenação de Bibliotecas. Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos. Pelotas, 2013. Revisão técnica de Aline Herbstrith Batista, Carmen Lúcia Lobo Giusti e Elionara Giovana Rech. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/bibcp/normalizacao-de-trabalhos-academicos-2/> Acesso em: 10/04/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria da Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acessado em: 13 jun 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da mulher. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Secretaria de Políticas de Saúde, Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 240p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jun 2015.

BRONFENBRENNER, U. The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. In: WOZNIAK, R.; FISCHER, K. (Orgs.), Development in context: Acting and thinking in specific environments, pp. 3-44, Hillsdale-NJ: Erlbaum, 1993.

BRONFENBRENNER, U. Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: MOEN, P., ELDER Jr, G. H.; LUSCHER, K. (Orgs.). Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development, pp. 619-647, Washington DC: American Psychological Association, 1995.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: ArtesMedicas, 1996. BRONFENBRENNER, U. Making human beings human: bioecological perspectives on human development. California: Sage Publications, 2005.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, p. 993-1028. 1998.

BUSANELLO, J.; FILHO W.D.L.; KERBER N.P.C.; LUNARDIC V.L.; SANTOS S.S. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão

integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** V.32, n.4, p.807-14, 2011.

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

CARVALHO, V. F. de; PEREIRA, N. da C. K.; AZAMBUJA, E. P. de; BUENO, F. F.; SILVEIRA, R. S. da; BARROS, A. M. de; Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saude soc.** vol.23 no.2 São Paulo Abr./Jun. 2014

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R.H.S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva.** v.22, n. 1, p.35-52, 2012.

CASTRO, J.C., CLAPIS, M.J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Vol.13, n.6, p.960-967, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Interface Comun Saúde Educ.** v.3, n.1, p.595-602, 2009.

FARAH, M. F. S.; Gênero e políticas públicas Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas.* **Estudos Feministas**, v.12 n.1 p. 360, Florianópolis, janeiro-abril de 2004 .

FESCINA R.H., DE MUCIO B., DÍAZ ROSSELLO J.L., Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica. Montevideo; 2007.

FIGUEIREDO, P.P.; Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.** v.29 n.2, p.238-45, 2008.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Projeto - Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. São Paulo, 2014

FLICK, U.; Desenho da Pesquisa Qualitativa. São Paulo: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FREITAS, G. L; VASCONCELOS, C.T.M; MOURA, E.R.F. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES D. P.; SILVEIRA M. A. M. DA; LUCENA N. B. F.; O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm**; v.16 n.3 p.315-323, Jul/Set, 2012.

KOETTKER, J. G. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. 135 p. Santa Catarina, 2010.

LARGURA, M. A assistência ao parto no Brasil. 2ª ed. São Paulo: 2000

LOPES, R.C.S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C.M.; PICCININNI, C.A.; O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.18, n.2, p.247-254, 2005.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARTINS E.; SZYMANSKI H.; A abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 4 n. 1, 1º semestre 2004.

MELCHIORI, L.E; MAIA, A.C.B; BREDARIOLLI, R.N. et al. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MINAYO, M. C. de S; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

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

MORAES, E. O que é parto Humanizado. Despertar do parto. 1p. 2009. Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/Home/PartoHumanizadoOque%c3%A9/tabid/373/default.aspx> Acessado em: 6 jul 2015.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O.V.M.; Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface –Comunicação, Saúde, Educação**. V. 13, supl. 1, p.627-640. 2009

MOTT, M. L. Assistência ao Parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Proj. História. São Paulo. V.25. Dezembro, 2002.

NERY T.A., TOCANTINS F.R.; O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.14 , n.1, p.87-92, 2006.

NEVES, P.C. Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro. 36º Encontro Nacional da ANPOCS GT15 - Gênero, deslocamentos, militâncias e democracia; p. 1-29. São Paulo, 2012

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enfermagem**. São Paulo, USP, v. 36, n.2, p. 133-140, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2a04.pdf>. Acessado em: 5 de jun 2015.

PASCHE, F.P.; PASSOS, E. HENNIGTON, E.A.; Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e saúde coletiva**. n. 16, v.11, p.4541-4548, 2011.

PENNA L.H.G.; PROGIANTI J.M., CORREA L.M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer**, 2009.

PEREIRA, R.L.D. Conhecimento de puérperas sobre sinais de trabalho de parto: avaliação das orientações recebidas no pré-natal [monografia de especialização]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIGNANO MV. História das políticas de saúde no Brasil - Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFGM, v. 35, 2001.

PRADO, A. A. Resgatando o parto. 2009 .Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html>. Acesso em: 20 jun. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano municipal de saúde 2007- 2009**. Disponível em :http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf Acesso em: 27 set 2014.

PROGIANTI J.M.; BARREIRA I.A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **R EnfermUERJ**. v. 9, n.91-7, 2001

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p.186-92, 2006.

RIOS, C.T.; VIEIRA, N.F.C.; Ações educativas no Pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v.12, n.2, p.477-480, 2007.

SEIBERT, S. L., BARBOSA, J. L. S., SANTOS, J. M., VARGENS, O. M. C. Medicalização X Humanização: O cuidado ao parto na História. **Revista Enfermagem UERJ**. V.13, p.245 – 51, Rio de Janeiro,2005.

SANTOS,R.V.;PENNA,C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**. v.18,n.4,p. 652-60,2009.

SOUTO, K.M.B. A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. V.10, n.22, p.161-82, 2008.

SOUZA, L.B.; AQUINO, O.S.; FERNANDES, J.F.P.; VIEIRA, N.F.C., BARROSO, M.G.T. Educação, Cultura e Participação Popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Ver Enferm UERJ**. 2008 Jan-Mar; 16(1):107-12.

TRIVIÑOS, A. N. S.;**Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002

VELHO,M.B.;SANTOS,E.K.A.;BRUGGEMANN,O. M.;CAMARGO,B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção das mulheres.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.458-466, 2012.

ZAMPIERI,M.F.M.; GREGÓRIO,V.R.P.; CUSTÓDIO,Z.A.O.; REGIS,M.I.; BRASIL,C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos:possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,v.19,n.4,p.719-27, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA ANUÊNCIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Profª Drª Enfª Sonia Maria Konzgen Meincke

Orientanda: Enfª Natália Timm Aires

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Ilmo(a) Sr^(a)

M.D.

Prezado(a) Senhor (a)

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V.S^a permissão para desenvolver o projeto de pesquisa da dissertação de mestrado (cópia em anexo), requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa intitulada **“Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”** que tem por objetivo Conhecer o processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde.

Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todas as participantes envolvidas no estudo, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Profª Drª Enfª Sonia Maria Konzgen Meincke

Email: meinckesmk@gmail.com

Fone: (53) 91304691

Enfª Natália Timm Aires

Email: nathytimm@hotmail.com

Fone: (53) 84070833

Responsável pela Instituição envolvida na pesquisa

APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke
Orientanda: Enf^a Natália Timm Aires

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa: **“Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”** A pesquisa tem como objetivo Conhecer o processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke
Email: meinckesmk@gmail.com
Fone: (53) 91304691

Enf^a Natália Timm Aires
Email: nathytimm@hotmail.com
Fone: (53) 84070833

APÊNDICE C - Carta Convite as Participantes
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke
Orientanda: Enf^a Natália Timm Aires

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Prezada Senhora

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa **“Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”**, que será realizada com mulheres que vivenciaram o parto nos últimos doze meses. Esta pesquisa tem como objetivo Conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir contexto de educação em saúde.

O estudo será desenvolvido por meio de entrevista gravada realizada pela Enfermeira Natália Timm Aires em um local de acordo a sua escolha no seu domicílio ou na UBS e agendada de acordo com sua disponibilidade de horário.

Asseguramos-lhe manter todos os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo Seres Humanos e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem principalmente o anonimato, a individualidade e a privacidade das participantes.

Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke

Email: meinckesmk@gmail.com

Fone: (53) 91304691

Enf^a Natália Timm Aires

Email: nathytim@hotmail.com

Fone: (53) 84070833

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****FACULDADE DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Orientadora: Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke****Orientanda: Enf^a Natália Timm Aires**

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada: **“Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”**, que será realizada com mulheres que vivenciaram parto nos últimos doze meses. Esta pesquisa tem como objetivo Conhecer o processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas com as mulheres que vivenciaram o parto nos últimos doze meses. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. No entanto a entrevista poderá acarretar desconfortos, desta forma as perguntas poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para a senhora.

BENEFÍCIOS: Os benefícios as participantes envolvidas no estudo serão a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já lhe foi dito, sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe traga prejuízo algum.

CONFIDENCIALIDADE: estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo por meio do anonimato das participantes. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Participante da Pesquisa

Prof^a Dr^a Enf^a Sonia Maria Konzgen Meincke
Email: meinckesmk@gmail.com
Fone: (53) 91304691

Enf^a Natália Timm Aires
Email: nathytimm@hotmail.com
Fone: (53) 84070833

Data: ____/____/____

APÊNDICE E – Instrumento de Pesquisa
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Entrevista semiestruturada
Roteiro de entrevista

1. Caracterização:

Código:

Idade:

Número de filhos vivos:

Trabalha? Que tipo de trabalho?

Com companheiro() Sem companheiro()

Escolaridade:

Número de partos :

Data do último parto:

Realizou pré-natal? Quantas consultas?

Participou de grupos para gestantes?

Tipo de parto?

2. Roteiro para entrevista:

- Comente as informações que a senhora recebeu nas consultas de pré-natal relacionadas ao parto, gestação e pós-parto?
- Como foi a escolha da via do parto? (abordar a participação na tomada de decisão).
 - O que a senhora sabe sobre Parto Humanizado? Comente.
 - O que a senhora sabe sobre os Direitos da Parturiente? Comente.
 - Durante o parto a senhora pode exercer seus direitos? Comente.
 - Comente sobre como a senhora vivenciou o seu último parto, relate seus sentimentos.
- Destaque pontos positivos e/ou pontos negativos da sua última vivência de parto.

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do trabalho de campo

Introdução

O presente relatório de campo foi elaborado como elemento parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências, e ser apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, o qual está relacionado à pesquisa – Processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde.

O projeto de pesquisa que norteou a realização deste estudo foi elaborado no período compreendido entre junho à outubro do ano de 2015 e a qualificação ocorreu no dia 26 do mês de Abril de 2016, após foi reajustado conforme as orientações da banca qualificadora.

Este relatório descreve o estudo que se orientou metodologicamente com abordagem qualitativa e caráter descritivo, fundamentada no modelo Bioecológico PPCT proposto por Urie Brofenbrenner (1998). O modelo PPCT proporcionou a investigação e análise do fenômeno por meio de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo (modelo PPCT). Para este estudo, o modelo Bioecológico de Urie Brofenbrenner, permitiu o conhecimento do processo de parturição das mulheres (pessoas), que vivenciaram o parto (processo), inseridas em espaços de educação em saúde (contexto), no período gravídico até o parto (tempo).

Este trabalho teve como questão norteadora – Qual a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde? Para responder a esta questão, traçou-se como objetivo geral – Conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.

A coleta de dados deste estudo ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, a qual segundo Triviños (2009) proporciona possibilidade da participante da pesquisa discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pela pesquisadora, ao mesmo tempo que permitiu respostas livres e espontâneas da participante, valorizando a atuação do pesquisador, assim as questões elaboradas para a entrevista, levaram em conta o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno).

Os dados foram analisados conforme a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), que tem como finalidade “a produção de novas compreensões sobre os fenômenos e discursos”, desta forma é considerada um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso. A análise realizou-se por meio de um ciclo de três etapas conforme a ATD, sendo estas: desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Estratégia metodológica: coleta de dados

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Optou-se por realizar o estudo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas, com vínculo acadêmico com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a qual oferta para as mulheres o Programa de pré-natal e Grupos de gestantes e puérperas, desta forma a coleta de dados ocorreu na UBS Sanga Funda, que atendeu aos critérios previamente descritos.

No projeto de pesquisa, optou-se por convidar a participar do estudo todas as mulheres que atendiam os critérios de inclusão: ter mais de 18 anos de idade; ter vivenciado o parto nos últimos doze meses; ter tido acesso a consultas de pré-natal e participado de grupos de gestantes; residir na área de abrangência da UBS; concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos e permitir o uso de gravador durante as entrevistas. Foram excluídas desta pesquisa as participantes que vivenciaram o óbito fetal e/ou vivenciaram patologias graves no período gestacional ou no processo de parturição. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por parte da participante da pesquisa e da pesquisadora.

Para a realização da pesquisa, primeiramente obteve-se a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Pelotas e consecutivamente da UBS Sanga Funda. Após os ajustes no Projeto de Dissertação, conforme as sugestões da banca de qualificação, o trabalho foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O período que regeu os tramites para a obtenção da carta de anuência da SMS foi o mais preocupante no que tange ao cumprimento dos prazos para a realização da pesquisa, uma vez que ao entregar o projeto no serviço, recebeu-se a orientação de retornar em uma

semana para obter a anuência. No entanto foram necessários quarenta dias por parte da SMS para a aprovação da instituição, e proporcionando a ida da pesquisadora semanalmente até o serviço a fim de obter informações da tramitação para a obtenção da carta de anuência. Frente a estes imprevistos tornaram-se necessários ajustes no cronograma do estudo. No que se refere a anuência da UBS, a coordenadora responsável pela unidade se mostrou interessada em colaborar com a pesquisa, fornecendo a anuência após ter sido apresentado o projeto a mesma. De posse das cartas de anuência da SMS e da UBS, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil, no qual foram necessários a espera de mais trinta dias para que fosse efetuado a apreciação do projeto por um CEP. Em Julho de 2016 recebeu-se a aprovação do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob parecer nº 1.618.228 e CAEE 57458216.7.0000.5317.

Na mesma semana após possuir o parecer do CEP e entrar em contato com a Enfermeira da UBS a fim de estabelecer a estratégia à coleta. Com a colaboração da equipe identificou-se as possíveis participantes da pesquisa, por meio da ficha de acompanhamento da puericultura, o que possibilitou atentar para aquelas mulheres que vivenciaram o parto nos últimos doze meses. Na fase inicial de identificação das mulheres chegou-se ao número de 28 mulheres das quais 16 atendiam aos critérios de inclusão, previamente citados neste relatório. Após estas mulheres foram contatadas e convidadas a participarem da pesquisa, mediante a apresentação dos objetivos do estudo, bem como a explanação dos riscos e benefícios envolvidos ao colaborar com este trabalho. Aceitaram em participar da pesquisa um total de 11 mulheres.

As entrevistas ocorreram no período do dia 6 a 30 de Agosto. Primeiramente foi acordado com as participantes a data e o local para a realização da entrevista. sendo sugerido que a mesma fosse feita no mesmo dia em que elas fossem a UBS para a consulta puerperal, otimizando assim a logística desta coleta. As entrevistas aconteceram, em uma sala privada na UBS, na qual primeiramente foi apresentado a participante o TCLE e explicado como aconteceria a entrevista, após a assinatura do termo em duas vias ficando uma de posse da participante e outra com a pesquisadora. Iniciou-se a entrevista semiestruturada, a qual foi gravada, e teve em média uma duração de 60 minutos cada uma. Durante as entrevistas, as mulheres demonstraram-se colaborativas para responder as questões, mas notou-se que estavam inibidas para falar diante um gravador. Este fato foi evidente, pois após o

desligamento do gravador, percebeu-se maior descontração bem como demonstraram ficar mais a vontade. Neste momento estabeleceu-se uma conversa mais informal, as quais foram registradas em um diário de campo.

Esta etapa de coleta de dados da pesquisa foi de suma relevância, pois favoreceu troca de experiência entre a participante e a pesquisadora proporcionando reflexões que vieram a enriquecer este trabalho. Ressalta-se que ao final de cada entrevista houve uma troca de conhecimento entre as mulheres e a pesquisadora, na qual sentiu-se a necessidade de informá-las sobre seus direitos enquanto gestantes e parturientes e também sanar algumas dúvidas que emergiram dos questionamentos propostos na entrevista semiestruturada, de forma a enaltecer o benefícios da participação destas mulheres neste trabalho. Acredita-se que não seria ético me despedir das participantes sem ao menos deixá-las cientes do seu papel e dos seus direitos no processo de parturição.

Apresentando as Mulheres participantes da pesquisa

Foram convidadas a participar deste estudo todas as mulheres que vivenciaram o parto nos últimos doze meses. Foram identificadas 28 mulheres, destas 11 concordaram em participar da pesquisa, a qual foi oficializada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ressaltar a importância de apresentar as mulheres que participaram desta pesquisa a fim de proporcionar ao leitor um melhor entendimento . As informações foram obtidas na primeira parte da entrevista semiestruturada que traz os dados de identificação destas mulheres. Conforme o compromisso ético assumido para esta pesquisa, a identidade das participantes foi preservada, garantindo-se assim o anonimato das mesmas. Neste sentido, foi atribuída a cada mulher a identificação pela letra M acrescida da idade no momento da coleta e ordem numérica da entrevista. Exemplo: M.25.1.

M.1.28: profissional doméstica, com companheiro, possuía ensino médio completo. Tinha dois filhos vivos e participou de dois processos de parturição sendo o ultimo há dois meses, no qual o parto foi cesáreo. Realizou 9 consultas de pré-natal relacionado e participou de 4 encontros de grupos de gestante e puérperas relacionado ao último parto.

M.2.25: trabalhadora do lar, com companheiro, possuía ensino médio completo. Tinha um filho vivo e participou de um processo de parturição há 8 meses

em que o parto foi cesáreo. Realizou 7 consultas de pré-natal e participou de 3 encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.3.20: trabalhadora do lar, com companheiro, possuía ensino médio completo. Tinha um filho vivo e participou de um processo de parturição há 8 meses no qual o parto foi vaginal. Realizou 7 consultas de pré-natal e 5 encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.4.24: trabalhadora do lar, com companheiro, estudou até o sétimo ano do ensino fundamental. Possuía dois filhos vivos, participou de 2 processos de parturição e teve um aborto. O ultimo parto aconteceu há 8 meses, sendo o parto vaginal. Realizou 6 consultas de pré-natal e participou de dois encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.5.19: trabalhadora do lar, com companheiro, estudou até o segundo ano do ensino médio. Possuía um filho vivo, participou de um processo de parturição que aconteceu há quatro meses, o parto foi cesáreo. Realizou 9 consultas de pré-natal e participou de seis encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.6.19: trabalhadora do lar, com companheiro, possuía ensino fundamental completo. Tinha dois filhos vivos e participou de dois processos de parturição, sendo o último há sete meses, em que o parto foi cesáreo. Realizou 9 consultas de pré-natal e participou de 5 encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.7.27: trabalhadora do lar, com companheiro, estudou até o 5º ano do ensino fundamental. Possuía 3 filhos vivos e participou de 3 processos de parturição, sendo o último há 5 meses, o parto foi vaginal. Realizou 9 consultas de pré-natal e participou de cinco encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.8.23: trabalhadora do lar, com companheiro, possuía ensino médio completo. Tinha um filho vivo e participou de dois processos de parturição sendo o primeiro natimorto, o último parto ocorreu há 11 meses em que o parto foi cesáreo. Realizou 9 consultas de pré-natal e participou de 3 encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.9.20: trabalhadora do lar, com companheiro, estudante do 3º ano do ensino médio. Possuía um filho vivo e participou de um processo de parturição que ocorreu há 9 meses no qual o parto foi vaginal. Realizou 6 consultas de pré-natal e participou de quatro encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.10.18: trabalhadora do lar, com companheiro, estudou até o 6º ano do ensino fundamental. Possuía um filho e participou de um processo de parturição que

acorreu há 3 meses em que o parto foi cesáreo. Realizou 6 consultas de pré natal e participou de 4 encontros de grupos de gestantes e puérperas.

M.11.20: trabalhadora do lar, com companheiro, possuía ensino médio completo. Tinha um filho vivo e participou de um processo de parturição que ocorreu há 11 meses em que o parto foi vaginal. Realizou 12 consultas de pré-natal e participou de três encontros de grupos de gestantes e puérperas.

Considerando o perfil das mulheres participantes da pesquisa, percebeu-se que as idades variaram entre 18 e 28 anos de idade, todas informaram ter companheiro. Relacionado à escolaridade notou-se que quatro possuíam ensino fundamental incompleto, seguido de quatro que possuíam ensino médio completo, após duas que possuíam ensino médio incompleto e uma que possuía ensino fundamental completo. Somente uma relatou ser estudante do 3º ano do ensino médio, as demais relataram ter parado de estudar. A maioria se denominou trabalhadora do lar sendo que uma trabalhava como profissional doméstica. Possuíam de um até três filhos vivos, foi relatado um caso de aborto e um caso de natimorto. No que se refere aos tipos de parto, destaca-se que seis mulheres tiveram parto cesáreo e cinco relataram parto vaginal. No que diz respeito ao contexto de educação em saúde ficou evidente que o número de consultas pré-natal variaram no mínimo de 6 e no máximo de doze, sendo que a maioria realizou uma média de 9 consultas. No que se refere a participação em grupos de gestantes e puérperas cada mulher participou de no mínimo 2 e no máximo de 6 encontros, sendo que três mulheres participaram em 3 a 5 encontros, uma em 2 encontros e uma em 6 encontros.

Analisando os dados

Os dados após coletados por meio da entrevista semiestruturada e anotações no diário de campo, foram transcritos de forma literal, organizados e analisados de acordo com a perspectiva da análise textual discursiva (ATD) de Moraes e Galiuzzi (2011). Desta forma os dados foram organizados em três etapas. Primeira etapa, foi realizada a desmontagem dos textos ou unitarização, na qual se buscou examinar os textos provenientes das entrevistas, nesta etapa foi feita a desmontagem do texto, considerando o objetivo do estudo, pressupostos e referencial teórico. Segunda etapa foi o estabelecimento de relações ou categorias, em que fundamentou-se as relações entre as unidades constituintes da etapa anterior, promovendo a

combinação e a classificação das mesmas, resultando na categorização. E a terceira etapa constituiu-se na captação do novo emergente, tendo assim uma compreensão renovada desencadeada pelas etapas anteriores, a qual se consolida pela construção do metatexto, assim constitui-se um processo intuitivo e auto organizado, que permitiu a pesquisadora dizer algo sobre o fenômeno estudado de maneira descritiva e interpretativa

As observações do relatório de campo foram realizadas juntamente com as entrevistas, sendo transcritas para o diário de campo logo após o término das entrevistas pela pesquisadora.

Os conceitos de processo, pessoa, contexto e tempo, conforme o Modelo PPCT da teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Brofenbrenner (1998), também permearam as interpretações realizadas.

Após o estabelecimento das relações dos textos provenientes das entrevistas semiestruturada e a categorização dos mesmos foram elencados três núcleos temáticos, sendo estes:

Tema 1: Contexto de educação em saúde para o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.

Tema 2: Desenvolvimento do papel da mulher durante o processo de parturição.

Tema 3: Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.

A operacionalização da organização dos dados encontra-se disposta no Quadro1.

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.1.28	<i>[...]comentava sobre como estava o bebê, media a barriga, via o meu peso, era isso aí, falava pra tomar o sulfato ferroso [...]não comentavam sobre como seria o parto ou sobre como é que acontece a gestação com o passar do tempo.</i> <i>[...]Nunca ouvi falar sobre parto humanizado, não entendo. Não ouvi falar nem nos grupos, nem no pré-natal, nada sobre isso.</i> <i>[...] Os grupos ajudam bastante, eu tive meu filho mais velho há oito anos, eu nem lembrava mais, aí a gente pergunta, ajuda a gente a tirar as dúvidas, pra saber o que pode e o que não pode, principalmente na alimentação que eu tinha dúvida, já não lembrava. [...] Não chegaram a falar sobre direitos.</i> <i>[...] O grupo não me ajudou tanto para o parto, me ajudou mais na parte do bebê, sabe de entender coisas que eu não me lembrava, como coisas sobre amamentação, sobre alimentação, isso é o que mais foi falado. Sobre o parto assim é que não foi falado muito, e era o que eu não sabia, coisas sobre a gente mesmo, sobre a gestação, falar na nossa recuperação acho que faltou um pouco.</i>	<i>[...]não tive escolha, teve que ser cesárea [...] eu pensava que ia ser parto normal, porque o meu primeiro filho foi parto normal, mas o dela não deu mesmo, já estava passando um pouquinho, então quando chegamos lá ela já estava se afogando na barriga, já estava descolando a placenta, botei muito sangue ainda em casa, aí chegando lá já me mandaram direto pro bloco mesmo. Não deu tempo de nada, fui pra cesárea direto, pra salvar ela [...]</i> <i>[...]Considero que meus direitos foram respeitados, porque na hora do parto eu fui informada sobre o que estava acontecendo, me senti segura, fui muito bem tratada, foi ótimo.</i> <i>[...]O doutor era maravilhoso, foi tudo muito bem. Me explicaram porque teve que ser cesárea, o que estava acontecendo com ela, tudo direitinho.</i>	<i>[...] Foi tranquilo, eu só achei estranho porque o primeiro eu tive normal, a recuperação foi mais ligeira, eu já fui pro quarto caminhando, já tomei café, e cesárea não, eu voltei pro quarto deitada, fiquei com vontade de levantar, mas não podia levantar, então eu estranhei a cesárea mesmo, estranhei bastante.[...]eu senti um pouco de medo, cesárea eu tinha medo assim, ah será que vai doer, será que vou sentir dor, será que eu vou ficar boa, como vai ser, será que é assim ou será que é assado, mas no final foi tudo tranquilo.</i>

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.2.25	<i>Não me falaram sobre os tipos de parto, só alimentação, os remédios que eu tinha que tomar, só sobre essas coisas, mas sobre tipos de partos não.[...]Não me falaram sobre meus direitos, nem que eu podia ter um acompanhante [...]nunca conversaram comigo sobre parto humanizado [...]</i>	<i>[...] meu marido não pode entrar. E eu queria que ele entrasse junto, mas falaram que não podia.</i> <i>[...]Não fui eu que escolhi o tipo de parto, me falaram que tinha que ser cesárea, e foi cesárea, mas eu preferia cesárea, sempre quis.</i>	<i>[...] No começo eu senti medo né, e aí depois foi os parente falando que melhor era normal. Mas foi assim, quando chegou 41 semanas de gestação, aí lá no pré natal, falaram que eu tinha que ir para o hospital, aí eu fui, fui atendida lá e nasceu ela de cesárea, mas eu fiquei internada três dias, pra depois fazerem a cesárea.</i> <i>[...] Na hora fiquei muito nervosa, por causa daquela anestesia, fiquei apavorada, senti medo, me senti sozinha também porque meu companheiro não estava comigo, ele não podia entrar, então fiquei muito nervosa. Mas depois eu fui relaxando, mas fiquei com muito medo. [...] Eu não sabia o que ia acontecer, mas durante eles foram conversando né, foram dizendo o que estava acontecendo né, forma informando como estava o bebê, fui bem tratada.</i> <i>[...] Um ponto positivo do meu parto, é que ocorreu tudo bem, e o negativo é que meu marido não pode entrar junto, e eu queria que ele estivesse ali do meu lado.</i>

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.3.20	<i>[...] Médica só me instruíra pra eu não ganhar muito isso, pra que na hora se fosse um parto normal eu não ter muita dificuldade, ela me instruiu também pra eu procurar o mesmo hospital onde ela trabalhava, essas coisas assim. Ele não me explicava muito, até porque eu não fazia muitas perguntas [...]ele explicava como o bebê estava, dizia que o peso dele estava correto, até na última consulta que eu fui ele disse que o bebê já estava viradinho, que já dava pra nascer e fazer parto normal.</i> <i>[...] Não conversamos sobre parto, isso ele não me explicou, nem sobre os direitos, não chegamos a conversar. E sobre os cuidados depois do parto me falaram no hospital, a enfermeira me explicou.</i> <i>[...] nunca ouvi falar sobre parto humanizado, nem sobre direitos das gestantes, nunca ninguém comentou comigo.</i>	<i>[...] Não me perguntaram se eu queria escolher, eu entrei na sala, viram a dilatação, aí ele disse pra mim que ia me internar só porque eu morava longe, se não ele ia me mandar pra casa, pois eu estava só com três dedos de dilatação, mas aí ele me perguntou o que eu queria, eu disse que queria parto normal, mas ele não disse o que ia ser, só me deixou lá e aí na madrugada foi aumentando as contrações, então eu tive normal.[...] eu queria parto normal, se eles falassem que ia ser cesárea, eu não ia querer porque eu sabia que já estava encaixado pra nascer normal, e eu queria normal, então não tinha porque fazer cesariana.</i> <i>[...] Eles usaram o “sorinho” de aumentar as contrações, e nem me perguntaram se eu queria usar, eles chegaram já botando na minha veia e só falaram que ia aumentar as contrações.</i> <i>[...] No meu parto eu tive direito a um acompanhante, meu marido assistiu.</i>	<i>[...] Eu me senti “super” bem, a equipe médica era bem atenciosa, me senti bem a vontade. Me ajudaram e me incentivaram, até porque eu estava com medo, como era o primeiro filho, me ajudaram bastante.</i> <i>[...] Eles iam me informando sobre o que estava acontecendo, tipo avisavam que o nenê já estava aparecendo, eu me senti muito segura, gostei muito que tinha um acompanhante comigo, foi isso que fez eu me sentir bem segura, ajudou bastante.</i> <i>[...] Os pontos positivos era que a equipe médica foi atenciosa eles ficavam me dizendo toda hora como o nenê estava pra eu saber a situação né, porque eu não sabia nada, acho que teve bastante pontos positivos assim na hora do parto foi bem tranquilo.</i>

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.4.24	<i>[...] Não me explicaram sobre os tipos de parto, nem falaram sobre direitos. Me explicaram mais ou menos como o bebê se desenvolvia, na verdade o pré natal era mais os exames que tinha que fazer, medir a barriga.</i> <i>[...] Não sei nem o que é parto humanizado. Não sei nem o que falar sobre isso.</i>	<i>[...] Não me perguntaram que tipo de parto eu queria, foi normal porque ela veio assim.</i> <i>[...] Eu tive um acompanhante, minha mãe ficou junto, mas porque ela veio que veio, não deu tempo de pensar muito, mas se não fosse isso eles já falaram que não iam deixar. A gente já tinha pedido uma vez e não deixaram, mas aí me botaram naquele soro, quando a gente viu ela nasceu.</i> <i>[...] Não me perguntaram se eu queria o soro, só me botaram o soro na veia mesmo, e eu já tinha as contrações, e aí me botaram no soro pra aumentar as contrações e me deixaram, aí depois de alguns minutos me falaram que servia pra arrebentar o bolsa, porque ela não rebentava. Na verdade nos meus dois partos, foi difícil de estourar a bolsa</i>	<i>[...] Eu já sai com contração de casa, uma atrás da outra, era umas 3h da madrugada quando cheguei no hospital, aí me seguraram até 12:00 horas com dor, aí era 12:30h mais ou menos e 12:40 eu ganhei. Mas eram umas cinco gurias dentro do quarto, tudo pra botar soro e as cinco ganharam junto, e eu ganhei na sala do pré parto mesmo. Eu acho que minha mãe pode ficar comigo porque eu ganhei ali mesmo, pois eles falaram que quando eu fosse pra sala de parto não ia poder ir ninguém junto.</i> <i>[...] Eu até nem me importei que não deu tempo, já ouvi fala tanto da sala de parto, e da tal mesa fria, que amarram as perna da gente, ali eu ganhei na cama mesmo.</i> <i>[...] O que foi bom no meu parto eu nem sei, eu acho que foi só porque elas me atenderam na hora, porque quando foi na outra eu cheguei e ainda demorou pra me atenderem. De negativo, acho que nem teve nada.</i>

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.5.19	<i>[...] Conversamos sobre amamentação, banho, cuidados com o umbigo do bebe, estava naquela onda do mosquito então tiraram duvidas sobre o Zica vírus.</i> <i>[...] Sobre tipos de parto eu acho que não falei, pelo menos eu não lembro. Foi nos grupos que falei bem sobre amamentação, cuidados com o umbigo.</i> <i>[...] Parto Humanizado é parto normal? Não sei, sobre parto humanizado nunca me falei nada. Nem sobre isso de direitos das gestantes.</i> <i>[...]Não me falei que eu tinha direito a um acompanhante, Eu não sabia que era um direito. Não conversaram comigo sobre isso nem na hora do parto.</i> <i>[...] Eu acho que o grupo me ajudou bastante, eu li bastante também sobre parto em livro ou na internet, e isso ajuda também. Na hora do parto eu lembrei bastante sobre a amamentação.</i>	<i>[...] Eu não escolhi o parto, nem me perguntaram nada. O meu foi cesáreo porque meu “pente” não abriu[.] nunca me falei que eu poderia escolher o tipo de parto, até porque a minha primeira filha foi cesárea também, pelo mesmo motivo, então nunca me perguntaram se eu tinha preferência, eu acho que porque tinha que ser cesárea, eu nem sabia que se tivesse tudo certo eu podia pedir por parto normal. [...] Não me falei do direito a acompanhante, tanto que nem deixaram ninguém entrar, meu marido queria entrar e não deixaram.</i> <i>[...] Eu fui respeitada, não me deixaram ter acompanhante mas me trataram bem. Tipo eu não peguei nenhuma pessoa estúpida, no meu primeiro parto eu fui atendida por uma pessoa muito estúpida [...] eles não me deixaram escolher nem onde eu queria o acesso, me colocaram sonda, eu pedi que eu não queria, pois eu sei que tem gente que não precisa botar, e botaram e não explicaram porque eu tinha que usar, só me falei “mãezinha tem que colocar a sonda, e tem que colocar”, mas não sei porque, pra que serve, me colocaram lá no bloco cirúrgico, antes da anestesia e me machucaram. Mas eu peguei um plantão assim, bem bom.</i> <i>[...] E eu perguntei se podia o meu marido entrar</i>	<i>Eu cheguei no hospital as duas horas, e me perguntaram se eu estava sentindo dor, aí eu disse que não estava sentindo dor, aí já me botaram no quarto e me falei que ia ser cesárea, aí eu perguntei que horas podia acontecer a cesárea, aí ela disse que não sabia a hora porque dependia de uma vaga no bloco cirúrgico, mas eu cheguei duas horas no hospital e as três horas eu já estava no bloco, fazendo a cesárea. Eu fui muito bem atendida, eu gosto de ser bem atendida, e eu gosto bastante do médico, acho ele um médico muito bom, me senti bem no hospital, peguei uma equipe boa de enfermeiras.</i> <i>[...] eles me falei “mãezinha a gente vai te fazer uma cesárea porque, tu não vai conseguir ganhar normal, porque teu pente não vai abrir, então tu vai ser encaminhada pra um quarto, todo tempo teve uma enfermeira comigo, desde a hora que me encaminharam pro quarto, até hora dela nascer [...] [...]Eu senti bastante dor no peito no momento da cesárea, acho que era angustia, aí a enfermeira que estava do meu lado ficou me perguntando se eu estava bem, e ia dizendo o que eu estava sentindo, me ajudou na hora da anestesia também, perguntou se podia me abraçar pra achar uma posição boa pro anestesista. Eu gostei bastante, na hora do parto eu</i>

		<i>comigo, e me falaram que não. Me falaram que se fosse um normal até podia entrar, mas tinha que avisar o médico com antecedência.</i>	<i>fui bem atendida. . A enfermeira estava sempre junto comigo, no momento que eu falei que estava com dor no peito ela me deu a mão e falou que ia passar, depois que a minha filha nasceu colocaram</i>
Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.5.29			<i>ela do meu lado e deixaram ela bastante tempo ali. [...] Pontos negativos acho que não teve nenhum, não teve incomodação, às vezes o estudante querem fazer a gente de experiência e machucam, e tem uns ignorantes que a gente pergunta e não respondem a gente direito, mas o plantão que eu peguei foi bem bom, foi um parto bem bom.</i>
M.6.19	<i>[...] sobre o parto nem me falaram né, porque eu já sabia, já tive dois antes, nem precisava me explicar muito. Faziam mais o que tinha que fazer mesmo, pesar, medir, e falavam sobre as medicações e só. [...] Nos grupos falaram sobre o jeito que era o parto, como a criança podia nascer, o jeito que a gente podia ficar, falavam de tudo. Nunca ouvi falar sobre parto humanizado [...] sobre direitos na hora do parto não me falaram, nem no pré natal, nem no grupo, nada disso. [...] Um pouco o grupo me ajudou sim, mas um pouco das coisas eu já sabia, porque eu já tive outros dois filhos, mas se eu não soubesse ia me ajudar bastante.</i>	<i>[...] Na hora estava minha mãe e meu marido, mas quando ela nasceu não deixaram ninguém ficar comigo, como eu tinha desmaiado eles trancaram a porta, ficaram todo mundo assustados. [...] não conversavam muito comigo, só iam fazendo as coisas. Eu tive que usar aqueles comprimidos, usei dois pra vir a dilatação, mas nem me falaram pra que servia nem se eu queria usar, só colocaram, não me explicaram o que eu sentir com aquilo [...] [...] Um direito era né, eu podia ter um acompanhante, só que foi o que eles disseram, como eu desmaiei, e minha mãe já estava toda alterada e meu marido também, eles não quiseram deixar os outros entrar, porque eu desmaiei na hora em que ela começou a nascer, e não deixaram</i>	<i>[...] Eu também me senti sozinha né, porque antes minha mãe estava comigo, mas na hora do parto não. [...] Eu fiquei com medo também porque eu disse que ela estava nascendo, mas eles insistiram que não, eu disse que estava sentindo ela nascer e que estava passando mal, e eles falaram que não que isso era normal. E foi na hora que eles viram que eu desmaiei, que eles trancaram tudo e botaram todo mundo pra fora, pra ninguém entrar, e demorou duas horas pra eles me acordarem depois, aí foi a hora que eles me acordaram que ela nasceu. [...] Não teve nada de ruim, e de bom a única coisa foi ela nascendo, porque foi um alívio, depois de tudo que eu passei, a única coisa que eu queria é que ela nascesse logo. E também eu senti muita dor</i>

		<i>ninguém assistir.</i>	<i>assim na hora, e nas contrações do comprimido é muita dor, acho que foi por isso eu que desmaiei, mas aí quando ela nasceu veio aquele alívio e eu fiquei muito feliz com minha “gorda”.</i>
Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.7.27	<i>[...] Informações de como agir no parto, dúvidas sobre o pós parto, basicamente foi só isso [...]lá era só a medida do útero e essas coisas, perguntam se está sentindo alguma coisa e só, o resto elas deixavam pro grupo. [...] elas mostraram um vídeo que mostrava mais ou menos de como seria um parto normal, e a cesárea também. Mas isso nos mostraram no grupo. [...] sobre o parto humanizado eu sei que a mulher sofre menos né, é melhor o tratamento na hora do parto, não tem destratamento na hora do parto, os médicos eles judiam das pessoas, eu tenho vários relatos até de parentes meus, o meu irmão nasceu sentado e médica disse pra minha mãe que ela que não queria fazer força pra ele nascer, mas ele estava sentado e nasceu com um problema na coluna por causa disso. Eles puxaram né usaram o fórceps pra isso, mas no parto humanizado eles fazem de tudo pra que a criança nasça bem e a mãe também né.[...] eu fiquei sabendo sobre direito a acompanhante.</i>	<i>[...]então foi cesárea porque não teria como ele nascer normal, ele induziu o parto normal só que depois de oito horas ele não poderia continuar fazendo isso, tudo o que ele pode fazer pra induzir o parto normal ele fez, mas nunca me perguntaram se eu tinha preferência. [...] eu não tive esse direito a acompanhante né, não tive, meu marido pediu pra entrar só que não deixaram ele entrar, tanto parto normal quanto cesárea o pai tem o direito de estar junto né, mas não deixaram, nós tentamos exigir, mas a enfermeira disse que não seria possível porque o médico já estava bem saturado naquele dia, então não foi possível.[...]É na questão do pai poder estar presente não respeitaram meu direito né. Mas em nenhum momento me trataram mal, me trataram bem [...] Quando eu cheguei eu já estava com contrações, e o médico que estava na hora falou que podia ser normal, só que depois chegou o outro dizendo que não iria mais fazer parto naquela noite, então ele só me botou no soro pra eu aguentar até o outro dia e aí no outro dia ele já tentou induzir normal mas já não conseguiu. Eu</i>	<i>Eu cheguei lá na véspera dele nascer, na noite anterior, e o médico disse que ele não faria mais parto naquele dia. Ele deveria ter nascido no dia doze e não foi nesse dia, aí ele me baixou pra no outro dia ter todas as preparações, ele me induzir me colocar no soro pra ele nascer, só botaram no quarto.Na sala que eu estava pra induzir o parto ficou todo mundo comigo, minha mãe, minha irmã e meu marido. Eu fiquei com um pouco de medo, porque eu queria que fosse normal, pois eu já tive complicações na outra cesárea . [...] Me informaram o que estava acontecendo na hora do parto, elas falaram que tudo aquilo era passageiro, às vezes a gente chega nervosa a flor da pele, só que não adianta fica descontando nas outras pessoas né, porque a gente não tá chegando ali com uma doença, a gente tá chegando ali pra viver uma alegria, então elas explicaram mais ou menos alguma coisa, claro que às vezes a gente chega e já tá um plantão de doze horas, às vezes eles já tão bem cansados, às vezes tem outros que dão mais sorriso, então tem que compreender as</i>

		<i>acho que ele atrasou um dia, pra fazer no outro, só que daí no outro já não deu mais pra fazer normal, mas só que eu queria normal.</i>	<i>peessoas mesmo.</i> <i>[...] Também eu tive alergia a anestesia e me deu coceira em todo o corpo, eu vomitei, o meu leite empedrou, aí eu não consegui amamentar, então eu sofri várias complicações no pós parto, por mim seria normal, mas eles me explicaram que não teria como nascer normal.</i> <i>[...] E de positivo é que ele nasceu bem, no tempo que ele deveria nascer, foi tranquilo, ele não teve nenhum problema, mas ele não teve o leite materno que é bem importante.</i> <i>[...] E de negativo que meu companheiro não pode entrar, porque ele poderia ter entrado, eu já vi vários casos que deixaram entrar, tanto cesárea quanto normal pode entrar né, e o parto não foi humanizado né. [...] Eu não estava preparada pra aquele momento né, porque eu sempre tive em mente que seria normal e aí quando chegou nacesárea, no momento deles fazer a anestesia eu estava sozinha.</i>
Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.8.23	<i>[...] Eu acho que eu tive todo tipo de informação, sobre parto me falaram o que eu ia sentir quando fosse ganhar, os tipos de parto né, foi isso.</i> <i>[...] Já ouvi falar, eu acho que é aquele parto sem o soro e sem o corte. Eu usei esse soro no meu parto. Não me informaram sobre isso, dos direitos da gestante e da parturiente.</i> <i>[...] Foi nos grupos que eu tive mais certeza que eu</i>	<i>[...] Quando eu cheguei no hospital, eu pedi que queria parto normal, e foi normal, e eles aceitaram numa boa, não me falaram nada.</i> <i>[...] Eu acho que meus direitos foram respeitados, eu pude escolher o meu acompanhante, e foi bem tranquilo[...]me perguntaram se que queria usar o soro aquele, eu disse que sim, porque eu queria ganhar de parto normal.</i>	<i>[...] Quando eu senti as dores, e todos aqueles sintomas que eu sabia que era hora, eu fui pro hospital, lá eles me examinaram e me falaram que eu estava com quatro dedos de dilatação, só que não tinha leito, aí eu fui pra outro hospital, aí eu cheguei lá e eles falaram que não estava na hora, mas que não iam me mandar embora porque era longe, e se precisasse voltar ia ficar difícil, aí eu</i>

	<i>queria ter o parto normal.</i>		<i>fiquei 48h em trabalho de parto, e eles não faziam nada sabe, só me pediram pra caminhar, e nesse tempo eu não recebi alimentação, porque podia ser cesárea, eu internei na quarta, aí depois na sexta eles iam me dar alta, porque eu não estava em trabalho de parto, porque eu não sentia dor [...]</i>
Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.8.23			<i>[...] tinha dilatação, mas aí veio o médico me examinar e ele me falou que o bebê já estava entrando em sofrimento fetal, que ele já estava bem embaixo pra nascer, aí me colocaram no soro, e aí três horas depois ele nasceu.</i> <i>[...] Eu senti medo, como era o meu primeiro parto, e eu não tinha ideia de como era né, e também muita expectativa dele nascer.</i> <i>[...] Na sala de pré parto eles me explicaram bastante como ia ser e o que eu tinha que fazer, qual força tinha que fazer, até onde eu tinha que pegar pra puxar e fazer força, tudo.</i> <i>[...]E eu tive o acompanhante, meu companheiro entrou junto, e eu gostei bastante, foi bem melhor ter alguém ali do lado. [...] foi bom, só que eu também tive que esperar bastante tempo pra me darem alta, mas assim na hora do parto o médico foi muito atencioso, como era o meu primeiro parto, na hora a gente não sabe mesmo o que fazer, aí ele foi bastante atencioso, teve bastante paciência.</i>

Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.9.20	<i>[...] No pré-natal, só media a barriga, falavam sobre alimentação pra não engordar, e as medicações que podia tomar, só isso.</i> <i>[...] No grupo era diferente eles mostravam vídeo que aparecia ali como era o parto, os tipos e como se prepara pra hora do parto, essas coisas assim.</i> <i>[...] Não nunca falaram sobre parto humanizado, nem conheço como é isso, não tenho nem ideia</i> <i>[...] nem sobre direitos da parturiente, nem sei o que é isso, ninguém falo nada disso, eu nem sabia que eu tinha direitos na hora do parto.</i> <i>[...] Eu gostei dos grupos, mas na hora não ajudou muito, eu não lembrava ali na hora, porque nos grupos falavam mais sobre cuidados com o nenê do que sobre parto.</i>	<i>[...] Eu não escolhi nada, não me perguntaram nada, eles me examinaram e me falaram que ia ser normal, porque estava na hora de ganhar já, mas pra mim tanto faz, e até queria parto normal, é o primeiro bebê que eu ganho né, mas nunca me falaram que parto normal é ruim, ou que cesárea não é bom, e quando eu cheguei no hospital também não me perguntaram nada, eu não falei nada.</i> <i>[...] Aí quando eu fui pra sala de parto, eu fui com a minha mãe, mas no momento do parto mesmo, eu fui sozinha, só deixaram minha mãe fica na sala ali quando eu estava com o soro, antes do parto, depois eu fui sozinha.</i>	<i>[...] Eu fui pro hospital com uma dor na barriga, aí tiveram que me botar no soro. Na verdade eu tive que ir várias semanas fazer exame, aí já estava passando as semanas, já estava com 42 semanas e já tinha passado, e não dava sinal e não dava sinal, aí um dia eu no hospital e me examinaram e me falaram que não, que não era a hora ainda, aí voltamos pra casa e falavam que tal dia era pra voltar, aí ia nesse dia e não era, era pra voltar tal dia de novo, até que me falaram “não tu vem no sábado, que vai ser no sábado”, aí foi no sábado, mas queriam deixar pra segunda, mas só que o cordão já estava enroscado no pescoço, aí o doutor disse que se esperasse mais um pouco ela ia morrer, e aí me botaram no soro, induziram meu parto, não me falaram pra que servia aquele soro, nem se eu queria tomar, só falaram que ia ter que botar e pronto, e aquilo doeu aquele negócio, me botaram aquilo no braço e não me tiraram mais, era dia e noite com aquilo [...]Eu estava com muita dor, estava louca que a criança nascesse de uma vez, e eu fazia força e me segurava se não eu ia cair no chão, eu estava muito nervosa, eu queria que alguém tivesse isso comigo, e que segurasse ali pra eu não cair [...] mas meu atendimento foi bom, pelo menos eu não fiz aquele cortezinho sabe.</i> <i>[...] Eu gostei porque o médico me falou assim “olha isso aí foi um milagre, porque ela podia ter nascido</i>

			morta”, aí o médico pegou a criança e foi pra lá, e eu achei muito bom o atendimento, depois a médica pegou a criança e levou pra lá, aí ela me falou que a criança ia ficar em observação, porque o cordão estava enrolado e estava enforcando, e ela me disse que a minha filha se salvou por alguns minutos, e foi aí que eu achei muito bom o atendimento. [...] E de ruim foi o medo que eu senti na hora, eu não me senti preparada sabe, eu só fui.
Mulher	Tema 1	Tema 2	Tema 3
	Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto	Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.10.18	[...] Lá no pré-natal eles mediam o útero, e falavam sobre alimentação e os remédios que não podia tomar, só isso. [...] Nos grupos falaram pra nós sobre o zika vírus, como se alimenta o bebê, mais essas coisas de cuidado com a criança. Pra mim não chegaram a falar sobre parto, como se preparar e como acontece, isso não. [...] Eu acho que as informações não ajudaram muito na hora do parto, porque eles não falaram sobre o parto, mais era sobre a criança, então não fez muita diferença ali na hora.	[...] Não me perguntaram nada quando eu cheguei, só me falaram que ia ter que ser cesárea, isso. [...] E ainda eu fui sozinha pro bloco, a minha irmã queria ir comigo, aí eu pedi pra enfermeira e ela disse que tinha que falar com o médico, aí eu pedi pro médico, ele disse que eu tinha que falar com a enfermeira, aí fico um jogando pro outro e por fim a minha irmã não entrou comigo.	[...] Eu cheguei segunda feira, aí eu fiquei uma noite no hospital, e depois eu tive alta, mas eu procurei outro hospital, eu estava com a pressão alta, então me baixaram, mas eu ganhei terça feira, eu não senti dor, nem tive contração. [...]Eu estava muito nervosa, eu não estava entendendo direito o que estava acontecendo, eu estava só me deixando levar, eu não senti nenhuma dor. [...] eu me senti respeitada, eles foram legais comigo. [...] o parto foi tranquilo, não teve nada de ruim.
M.11.20	[...] Elas só me examinavam, viam os batimentos, só as coisas de rotina assim, não conversavam nada. Não sei se é porque eu fiz só sete consultas, até os seis meses, e a médica já estava por se aposentar, não tinha uma conversa. Era só medir, ver a altura uterina, coração e batimentos da criança e ficava	[...] Eu queria que fosse normal, eu já tinha dilatação e aquela coisa toda como se fosse ser parto normal, mas eu nem tive a oportunidade de dizer que eu queria. [...] Depois que estouraram a minha bolsa, me deixaram lá no soro, me induziram né pra ser mais	[...] então fomos pro hospital e quando chegamos lá eu estava com cindo dedos de dilatação, e ali eu fiquei já, e eu pensava que não era. Então, estouraram a minha bolsa, e disseram que se eu voltasse pra casa, podia estourar a minha bolsa em casa, e já era noite, eu cheguei lá umas 8h da noite,

M.11.20	por aí. [...] Nem sei te dizer o que é parto humanizado, nem sobre direitos, nem sabia que tinha.	rapidinho, pra chegar logo nos dez dedos, na verdade eu não queria que fosse induzido, eu queria que fosse tudo normal, mas como eu já estava ali, quanto mais tempo demorasse mais tempo eu ia ficar ali. [...] Não me perguntaram o que eu queria, só me disseram que iam induzir e eu disse “tá, então tá”,	e me falaram que podia acontecer de eu voltar pra casa e estourar a bolsa de madrugada, eu morava aqui que é longe, e na noite o ônibus é difícil, tudo difícil, então eu fiquei lá internada, de uma dia pro outro, aí me disseram “vamos ver se vai aumentar a tua dilatação até amanhã pela manhã”, aí eu fiquei lá ate de manhã, me examinaram umas 8h da manhã e eu estava com seis dedos de dilatação, mas não sentia nada, achava que estava tudo normal e que eles estavam até brincando comigo. Mas então, me disseram que eu estava com seis dedos de dilatação, e que iam estourar a minha bolsa e que ele ia nascer, primeiro eu fiquei apavorada, mas depois que ele nasceu eu fiquei muito feliz. No pré natal a médica disse que seria entre cinco e quinze de dezembro, mas ele nasceu treze de novembro.
Mulher	Tema 1 Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto	Tema 2 Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Tema 3 Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.
M.11.20			[...] Na hora do parto dá muito medo, aquele frio na barriga, eu não tinha nem noção de como era, até chegar os dez dedos eu fiquei na sala de pré parto, mas aí ele já estava... não sei dizer direito... ele já estava assim com a cabeça saindo, aí eles me levaram pra sala de parto, que foi onde eu fiquei com medo, aí sim eu senti medo, eu não sabia [...] como ia ser, o que fazer [...] foi muito bom ter alguém ali do meu lado, e foi onde eu encontrei confiança, tinha ele ali do meu lado, eu não estava

M.11.20			<i>sozinha, me senti mais segura com ele ali segurando a minha mão, e aí os médicos também estavam sempre na minha volta, isso me deixou mais tranquila, e eu só fui, eles foram fazendo o que tinha que fazer, e eu só me deixei levar, mas eles me falaram pra ficar tranquila, e que vai nascer... vai nascer... nasceu, e eu tá nasceu (risos)!</i> <i>[...] foi bem tranquilo, eu acho que foi um experiência muito boa, não tenho reclamação. Não tenho nada de negativo pra falar.</i>
Mulher	Tema 1	Tema 2	Tema 3
	Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto	Desenvolvimento do papel da mulher no processo de parturição.	Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde
M.11.20			<i>[...] Mas eu não me senti preparada, foi aquela coisa assim, só vou indo e fazendo que me disseram pra fazer, e eu não estava esperando, eu estava começando a me acostumar com ideia, porque a previsão era pra cinco de dezembro, como foi um mês antes, me pegou de surpresa, eu não estava preparada na hora, só fui indo e indo, me deixando levar.</i>

Figura 4: quadro de operacionalização da análise de dados

No entanto utilizou-se os temas 1 e 3 para a elaboração do artigo desta dissertação, pois responde a questão norteadora do estudo e contemplava o objetivo geral: Conhecer o processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde.

Considerações finais da coleta de dados

As participantes do estudo, em geral, se mostraram interessadas pelo tema da pesquisa, fato que colaborou com a aproximação da pesquisadora e as mulheres entrevistadas. Uma fragilidade da coleta de dados foi a inibição da maioria das mulheres em falar diante de um gravador, de forma que ao desligá-lo algumas sentiram-se mais a vontade para contar mais sobre as suas vivências, estes dados contemplaram as anotações no diário de campo.

Um aspecto a ser destacado durante a coleta de dados, foi a forma como acontecia os grupos de gestantes e puérperas e o pré-natal, pois os dois momentos aconteciam no mesmo dia e na mesma hora, da seguinte maneira: as consultas de pré-natal eram marcadas na quarta-feira de cada semana quando eram atendidas em torno de oito gestantes e era realizada pela Médica e enfermeira da UBS, concomitante ao pré-natal desenvolviam-se os grupos de gestantes e puérperas, que era realizado por acadêmicas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em uma sala de espera. Assim enquanto as gestantes esperavam pela consulta, elas participavam do grupo, gerando um rodízio destas mulheres no grupo, de forma que elas precisavam se ausentar do grupo para ir pra consulta e após voltavam para o grupo, resultando na não participação na íntegra deste espaço de educação em saúde.

Neste contexto também cabe ressaltar que a equipe da UBS não participava dos grupos, ficando de responsabilidade das acadêmicas do projeto da extensão da Enfermagem UFPel, o que resultava na fragmentação das atividades de educação em saúde e gerou um desenvolvimento do conhecimento insuficiente para o empoderamento da mulher à vivência do parto.

Realizando uma breve reflexão embasada nas falas das participantes do estudo, notou-se que as informações utilizadas nos contextos de educação em saúde estavam atreladas ao papel de mãe destas mulheres, focando nos cuidados ao recém nascido e amamentação, da mesma forma em que a consulta de pré-natal

não foi incluída como um contexto de educação em saúde, pois conforme relato das mulheres eram realizados os procedimentos técnicos.

III Apresentação dos Resultados da Pesquisa: Produção Científica

Artigo

CONTEXTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A MULHER VIVENCIAR O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

RESUMO

Objetivou-se conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. As participantes do estudo foram onze mulheres que tiveram acesso no mínimo a seis consultas de pré-natal, participaram de grupos de gestantes e puérperas e vivenciaram o parto nos últimos 12 meses a contar do dia da coleta. A coleta dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada em agosto de 2016 e apoiou-se na Análise Textual Discursiva, por meio de três etapas: desmontagem dos textos, estabelecimento de relações e a captação do novo emergente e sustentou-se no Modelo Teórico de Urie Brofenbrenner. A partir da Análise Textual Discursiva surgiram os núcleos temáticos: “Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto” e “Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”. As mulheres evidenciaram que as práticas de educação em saúde estavam voltadas para o papel de mãe com cuidados ao recém nascido e amamentação. As mulheres destacaram sentimentos de medo por não terem sido preparadas para viver o processo de parturição e vivenciaram um parto medicalizado no qual não tiveram seus direitos respeitados, pelo fato de desconhecerem os eventos que permeavam o processo de parturição. Entende-se ser indispensável no contexto de educação em saúde a preparação da mulher para a vivência do parto, tornando-a ciente de seus direitos, a fim de que possa vivenciar um parto tranquilo e saudável.

Descritores: saúde da mulher, educação em saúde, cuidado pré-natal, pesquisa qualitativa, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Ao vivenciar o parto a mulher carrega consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas que permeiam este momento ocorrem devido às expectativas acerca do parto, assim o medo e a ansiedade que acompanham a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto¹.

Nesta conjuntura, percebe-se a importância de fomentarmos o empoderamento da mulher sobre os seus direitos e os eventos que permeiam o período gravídico-puerperal. A

vivência do processo de parturição por meio da educação em saúde, promove o resgate da naturalização do parto, do protagonismo da mulher, tornando o parto um evento seguro e uma vivência positiva para os envolvidos².

Os espaços destinados à educação em saúde na linha do cuidado à gestante, puérpera e recém nascido são dispositivos que propiciam a interação com novos conhecimentos e a capacitação da mulher de fazer escolhas conscientes em relação à condução da própria saúde. A educação em saúde representa um dos elementos primordiais para a promoção da saúde e um cuidado na qual se desenvolve uma consciência crítica e reflexiva promovendo a emancipação das pessoas. Para a efetivação das práticas educativas, é fundamental considerar o contexto dos envolvidos (Brasil,2012).

Ao abordar vivência do processo de parturição, cabe ressaltar o respeito ao parto como uma experiência pessoal e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição vistos como pontos importantes para possibilitar a participação autônoma da mulher nas decisões de condutas e escolhas³.

Visando o desenvolvimento da mulher para a vivência do processo de parturição, proporcionando conhecimento a gestante e estimulando a participação ativa no processo de gestação, parto e puerpério, alguns serviços de saúde criam grupos de apoio às gestantes. Nestes grupos, a participação de uma equipe multiprofissional de saúde que, por meio de uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica, possibilita o atendimento às necessidades das mulheres, de seus parceiros e familiares durante o ciclo gravídico puerperal e propiciam um espaço de troca de saberes⁴. Deste modo, os espaços destinados à educação em saúde, na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-nascido, são dispositivos que propiciam a interação com novos conhecimentos e a capacitação da mulher de fazer escolhas conscientes com relação à condução da própria saúde⁵.

No entanto, acredita-se que ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal são indispensáveis, mas é no pré-natal que a mulher necessita ser orientada para que possa viver o parto de forma saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e facilidade na amamentação.

Neste sentido, acredita-se que para consolidar a humanização do atendimento ao parto^{*}, torna-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações assistenciais e educativas direcionadas ao contexto e às necessidades específicas das mulheres⁶.

^{*} [...] “O Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à

Para tanto, é relevante conhecer e entender as mulheres que trazem sua história de vida e suas vivências, bem como sua participação na tomada de decisão durante o processo de parturição.

Frente ao exposto, o estudo elegeu a questão de pesquisa: **Qual a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde?** Deste modo, elencou-se como **objetivo** Conhecer a vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.

Para a compreensão dos dados deste estudo, buscou-se embasamento teórico no Modelo Bioecológico de Urie Brofenbrenner, que está ancorado em quatro núcleos: o processo, a pessoa o contexto e o tempo, denominado como Modelo PPCT. Este modelo⁷⁻⁸ proporciona subsídios para analisar o ser humano em desenvolvimento, interagindo com o ambiente ecológico.

Neste sentido acredita-se que as múltiplas interações que acompanham e promovem a vivência da mulher no processo de parturição estão relacionados aos quatro componentes específicos definidores do modelo PPCT.

Segundo este pensamento, a **pessoa é** compreendida como um ser biopsicológico que tem sua afetividade derivada da capacidade para influenciar envolvendo aparecimento e o funcionamento dos processos desenvolvimentais futuros, assim sendo construído com a interação com o ambiente ao qual se está inserido. O **processo** são as ligações entre os diferentes níveis e sendo constituído pelos papéis e atividades da pessoa em desenvolvimento, no entanto para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano requer uma participação ativa em uma interação progressiva para o grau de complexidade, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato⁸.

O **contexto** é um dos núcleos importantes para a compreensão deste estudo, uma vez que constitui-se o meio ambiente global em que a pessoa está inserida e onde ocorrem os processos desenvolvimentais, sendo tanto os ambientes mais imediatos nos quais vive a pessoa, quanto os mais distantes, nos quais a pessoa não participa, mas que se relacionam e influenciam o curso do desenvolvimento humano. Esses ambientes estão dispostos em quatro níveis, sendo eles o *microssistema* caracterizado pelas interações face a face; o *mesossistema*

convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos^{5:3}.

que consiste na inter-relação entre dois ou mais ambientes; o *exossistema* diz respeito a ambientes onde a pessoa não está presente, mas que se relacionam com o contexto; e o *macrossistema* que compreende as ideologias, crenças e culturas que permeiam as formas de relações estabelecidas entre os sistemas⁸.

Além destas perspectivas, o tempo é entendido como o desenvolvimento no sentido histórico, de forma que ocorram as mudanças nos eventos no decorrer dos tempos, pela pessoa em desenvolvimento⁹.

Acredita-se que para o desenvolvimento da mulher para a vivência do processo de parturição, ela necessita se engajar em atividades em que a interação aconteça em uma base regular ao longo de um período de tempo. Sendo o tempo a sequência de eventos que ocorrem entre o período gravídico e o processo de parturição, logo estes envolvem as interações e alterações nas características da mulher ao longo deste período de desenvolvimento para a vivência do parto.

Para este estudo, os espaços de educação em saúde, como os grupos de gestantes e puérperas, o pré-natal e os centros obstétricos, constituem o **Contexto** de educação em saúde. Deste modo os microssistemas como os grupos e as consultas de pré-natal estabelecem um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experimentadas pela mulher em desenvolvimento, por meio de uma relação face a face entre os profissionais de saúde e a mulher. Já o centro obstétrico, ambiente hospitalar, onde ocorre o processo de parturição, constitui nesta pesquisa o *exossistema*, como um ambiente externo, onde a mulher em desenvolvimento não participa ativamente, mas os eventos ocorrem de forma que poderão afetar o processo desenvolvimental para a vivência do processo de parturição.

Pode-se considerar com base no Modelo PPCT que a mulher desenvolve parte de seu conhecimento e seu papel perante os fenômenos que permeiam o período gravídico e o processo de parturição, a partir do contexto de educação em saúde com as consultas de pré natal e os grupos de apoio a gestantes e puérperas. Logo a vivência do processo de parturição se modifica com a interação do conhecimento desenvolvido nos contextos em que a mulher participou e os fenômenos que permearam o parto.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, proveniente da Dissertação de Mestrado intitulada: “Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”.

As participantes do estudo foram onze mulheres que vivenciaram o processo de parturição nos últimos 12 meses a contar da data de início da coleta (agosto de 2016). Os critérios de inclusão foram: ser maior de dezoito anos, ter tido acesso a no mínimo seis consultas de pré natal e participado de grupos de apoio a gestantes a puérperas; residir na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde envolvida na pesquisa; concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios científicos e permitir o uso do gravador durante as entrevistas.

O ponto de partida para a seleção das participantes do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona urbana no Município de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul. Foram identificadas 28 mulheres das quais 16 atendiam aos critérios de inclusão, após estas mulheres foram contatadas e convidadas a participar, mediante a apresentação dos objetivos do estudo, destas cinco não demonstraram interesse em participar do estudo. Todas participantes assinaram o Termo de compromisso livre e esclarecido.

A técnica de coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada⁹, realizadas individualmente em uma sala privativa na UBS, durante o mês de agosto de 2016

Os dados foram analisados conforme a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), que tem como finalidade a produção de novas compreensões sobre os fenômenos e discursos, desta forma é considerado um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso. A análise se realizou por meio de um ciclo de três etapas: desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente¹⁰.

O projeto de Dissertação do Mestrado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº 1.618.228. Para garantir o anonimato das participantes elas foram identificadas pela letra M de mulher acrescido da ordem numérica da entrevista. Exemplo: M1

RESULTADOS

Após o estabelecimento das relações dos textos provenientes das entrevistas semiestruturadas e a categorização dos mesmos foram elencados os núcleos temáticos utilizados para a construção deste artigo: “Contexto de educação em saúde para o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto.” e “Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde.”

Apresentando as participantes

Considerando as características das mulheres participantes da pesquisa, as idades variaram entre 18 e 28 anos, todas informaram ter companheiro. quanto à escolaridade

quatro possuíam ensino fundamental incompleto, quatro possuíam ensino médio completo, duas ensino médio incompleto e uma ensino fundamental completo. Somente uma relatou ser estudante do terceiro ano do ensino médio, as demais relataram ter parado de estudar até a data da entrevista. Em relação ao trabalho a maioria denominaram-se de lar sendo que uma trabalhava como profissional doméstica. O Número de filhos vivos variou de um até três, foi relatado um caso de aborto e um caso de natimorto. Quanto ao tipo de parto, seis mulheres tiveram parto cesáreo e cinco relataram parto vaginal. Em relação ao contexto de educação em saúde ficou evidente que o número de consultas pré-natal variou no mínimo de seis e no máximo de doze, sendo que a maioria realizou nove consultas. No que tange a participação em grupos de gestantes e puérperas constatou-se que uma mulher participou de dois encontros, quatro mulheres de três encontros, outras quatro de cinco encontros e duas participaram de seis encontros.

Contexto de educação em saúde e o desenvolvimento do conhecimento da mulher para a vivência do parto

O contexto de educação em saúde refere-se a práticas educativas voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Educação em saúde não são processos de intervenção na doença, mas espaços de desenvolvimento do conhecimento, para que a pessoa desenvolva meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais¹¹.

O padrão das atividades realizadas nas consultas de pré-natal (microsistema) baseou-se em procedimentos rotineiros, técnicos, sem oportunidades para o desenvolvimento do conhecimento, de modo a cumprir protocolos que valorizavam aferições e medidas conforme relatado por algumas mulheres.

[...] comentava sobre como estava o bebê, media a barriga, via o meu peso, era isso aí, falava pra tomar o sulfato ferroso (M.1) [...] Faziam mais o que tinha que fazer mesmo, pesar, medir, e falavam sobre as medicações e só (M.5). [...] No pré-natal, só media a barriga, falavam sobre alimentação pra não engordar, e as medicações que podia tomar, só isso (M.9).

Outro ambiente do contexto de educação em saúde que considera-se importante neste estudo foram os grupos educativos para gestantes e puérperas. Os grupos para gestantes e puérperas fizeram parte do contexto de educação em saúde, como um microsistema, no qual

as interações face a face estiveram presentes no intuito de agir no desenvolvimento da mulher para a vivência do parto.

As participantes deste estudo relataram que as práticas educativas foram voltadas para o papel de mãe, ou seja, estavam pautadas nos cuidados da criança.

[...] O grupo não me ajudou tanto para o parto, me ajudou mais na parte do bebê (M.3). [...] Conversamos sobre amamentação, banho, cuidados com o umbigo do bebê, estava naquela onda do mosquito então tiraram dúvidas sobre o Zica vírus (M.5). [...] Eu gostei dos grupos, mas na hora não ajudou muito, eu não lembrava ali na hora, porque nos grupos falavam mais sobre cuidados com o nenê do que sobre parto (M.9).

Em contraponto ao pensamento de que os contextos de educação em saúde contribuem para a vivência da mulher no processo de parturição, as mulheres relataram que não receberam informações sobre o parto.

[...] Sobre o parto assim é que não foi falado muito, e era o que eu não sabia, coisas sobre a gente mesmo, sobre a gestação, falar na nossa recuperação, acho que faltou um pouco (M.1). [...] Não me falaram sobre os tipos de parto, só alimentação, os remédios que eu tinha que tomar, só sobre essas coisas, mas sobre tipos de partos não (M.2). [...] Pra mim não chegaram a falar sobre parto, como se preparar e como acontece, isso não (M.10).

Destaca-se a humanização do parto como ponto importante para a vivência de parto tranquila e segura. Seguindo este pensamento, ao questionar as mulheres sobre o conhecimento desenvolvido em relação ao parto humanizado, notou-se nos seguintes relatos que elas desconheciam o programa e suas práticas,

[...] Nunca ouvi falar sobre parto humanizado, não entendo. Não ouvi falar nem nos grupos, nem no pré- natal, nada sobre isso (M.1). [...] nunca ouvi falar sobre parto humanizado, nem sobre direitos das gestantes, nunca ninguém comentou comigo (M.3). [...] Parto Humanizado é parto normal? Não sei, sobre parto humanizado nunca me falaram nada (M.5).

A realidade que revelada neste estudo, foi de que as práticas de educação em saúde apresentaram uma deficiência no desenvolvimento da mulher para o processo de parturição, principalmente no que diz respeito a informação sobre os direitos da parturiente. Esta afirmativa está pautada na fala das mulheres, que relataram nunca ter sido informada sobre seus direitos.

[...] Não me falaram sobre meus direitos, nem que eu podia ter um acompanhante (M.2). [...] Nem sobre isso de direitos das gestantes. Não me falaram que eu tinha direito a um acompanhante, Eu não sabia que era um direito. Não conversaram comigo sobre isso

nem na hora do parto (M.5). [...] sobre direitos na hora do parto não me falaram, nem no pré natal, nem no grupo, nada disso (M.6).

Vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde

No que se refere à vivência no processo de parturição as participantes deste estudo relataram sentimentos. Percebe-se a presença de ansiedade e angustia que acredita-se estavam ligados a falta de conhecimento e entendimento dos eventos que permearam o momento do parto, tanto para as mulheres que vivenciaram o parto cesáreo quanto para as que viveram o parto vaginal.

[...]eu senti um pouco de medo, cesárea eu tinha medo assim, ah será que vai doer, será que vou sentir dor, será que eu vou ficar boa, como vai ser (M.1). [...] Na hora fiquei muito nervosa, por causa daquela anestesia, fiquei apavorada, senti medo, me senti sozinha também (M.2). [...] até porque eu estava com medo, como era o primeiro filho(M.3). [...] já ouvi fala tanto da sala de parto, e da tal mesa fria, que amarram as pernas da gente (M.4). [...]Eu senti bastante dor no peito no momento da cesárea, acho que era angustia (M.5). [...]Eu estava muito nervosa, eu não estava entendendo direito o que estava acontecendo, eu estava só me deixando levar. (M.10)

Outro aspecto importante a ser ressaltado, é a presença do sentimento de solidão nos relatos das mulheres que foi justificado pela ausência do acompanhante, evidenciado nas seguintes falas:

[...] me senti sozinha também porque meu companheiro não estava comigo, ele não podia entrar, então fiquei muito nervosa (M.2). [...] Eu também me senti sozinha né, porque antes minha mãe estava comigo, mas na hora do parto não, eles trancaram tudo e botaram todo mundo pra fora, pra ninguém entrar (M.6.). [...] E de negativo que meu companheiro não pode entrar, porque ele poderia ter entrado, eu já vi vários casos que deixaram entrar, tanto cesárea quanto normal pode entrar né (M.7).

Em contraponto a este pensamento, três mulheres relataram a vivência do processo de parturição em um ambiente com a presença de um acompanhante, ressaltando em sentimentos de segurança e confiança.

[...] eu me senti muito segura, gostei muito que tinha um acompanhante comigo, foi isso que fez eu me sentir bem segura, ajudou bastante (M.3).[...] E eu tive o acompanhante, meu companheiro entrou junto, e eu gostei bastante, foi bem melhor ter alguém ali do lado (M.8). [...] foi muito bom ter alguém ali do meu lado, e foi onde eu encontrei confiança, tinha

ele ali do meu lado, eu não estava sozinha, me senti mais segura com ele ali segurando a minha mão, (M.11).

Neste interim, algumas mulheres participantes deste estudo relataram o acolhimento da equipe de saúde no processo de parturição, dando continuidade no desenvolvimento do conhecimento em relação ao parto.

[...] Eu não sabia o que ia acontecer, mas durante o trabalho de parto eles foram conversando, foram dizendo o que estava acontecendo, foram informando como estava o bebê, fui bem tratada (M.2). [...] Me informaram o que estava acontecendo na hora do parto, elas falaram que tudo aquilo era passageiro, então elas explicaram mais ou menos alguma coisa (M.7). [...] Na sala de pré parto eles me explicaram bastante como ia ser e o que eu tinha que fazer, qual força tinha que fazer, até onde eu tinha que pegar pra puxar e fazer força, tudo (M.8).

DISCUSSÃO

A gestação é um período de mudanças físicas e emocionais que motivam a necessidade do acompanhamento pré-natal, com a prioridade do acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo¹³.

Neste estudo o ambiente do pré-natal é considerado as consultas e os grupos para gestantes e puérperas visto como um microssistema⁶⁻⁷ do contexto de educação em saúde, pois intui o desenvolvimento do conhecimento dentro de um ambiente ecológico face a face com características físicas, sociais e simbólicas, no qual pressupõe-se um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experimentadas pela pessoa em desenvolvimento. Sendo assim percebeu-se como um espaço para a transição ecológica dos papéis da mulher em desenvolvimento. Apoiado no Modelo PPCT considera-se, a política do pré-natal como um exossistema⁷⁻⁸, pois constitui uma política pública de atenção a saúde, a qual é determinada pelo Ministério da saúde, contexto em que as mulheres não participam das decisões, mas que essas exercem influencia diretamente no desenvolvimento da mulher para a vivência do processo de parturição.

Este estudo revelou que as atividades realizadas no pré-natal, estão atreladas ao modelo biomédico que prioriza os procedimentos técnicos e rotineiros. Evidencia-se nas evocações das participantes que seguir protocolos, medidas e aferições eram valorizados, no entanto houve desenvolvimento parcial da mulher para a vivência do parto por meio do contexto de educação em saúde. Acredita-se que o pré-natal é um ambiente onde a mulher e o

profissional de saúde estão em uma relação face a face, este contexto favorece a ampliação do conhecimento sobre o processo de gestar e parir e os eventos que permeiam este ciclo da vida da mulher.

O Ministério da Saúde (MS) que recomenda que durante a assistência pré-natal a gestante receba orientações e enfatize os seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém nascido e amamentação⁵.

Arelado a estas orientações do MS, espera-se que durante a assistência no pré-natal esteja o contexto de educação em saúde esteja presente como um microssistema, no qual ocorrem às interações face a face, as relações interpessoais e os processos proximais⁷⁻⁸ que são interações recíprocas progressivas e complexas que acontecem ao longo do tempo entre um ser humano ativo em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente.

A assistência no pré-natal necessita ampliar a atividade sucinta de controle da saúde da gestante e a identificação de eventuais riscos, mas fazer parte do processo desenvolvimental da mulher para a vivência do parto e da transição para o papel de mãe por meio de orientações individualizadas e adaptadas às suas necessidades e às de sua família¹⁴.

Um dos mecanismos efetivos que complementam a assistência pré-natal é a implementação de práticas educativas, proposta em grupos de gestantes, isto é, fortalecer esse momento coletivo como um contexto esclarecedor de dúvidas e proporcionando um suporte emocional às gestantes, principalmente tornando-as esclarecidas para o evento de gestar e o processo de parturição¹⁵.

Os grupos para gestantes e puérperas assim como as consultas de pré-natal, foram considerados neste estudo um microssistema⁷⁻⁸ dentro do contexto de educação em saúde, denominado como um núcleo de inter-relações dentro do ambiente imediato. Neste ambiente é dada igual importância às conexões entre outras pessoas presentes. A natureza destes vínculos influencia a mulher em desenvolvimento, por meio dos vínculos que interagem com ela.

Em relação aos grupos para gestantes e puérperas, as participantes deste estudo relataram que as práticas educativas estavam voltadas para os cuidados com o recém nascido como higiene e amamentação. Percebeu-se que este contexto de educação em saúde não fortaleceu o desenvolvimento da mulher para a vivência do processo de parturição, valorizando desta maneira o papel social da mulher de mãe¹⁶⁻¹⁷. Esta situação também foi evidenciada em outros estudos, nos quais as mulheres em desenvolvimento direcionaram suas falas para a atenção e o cuidado com os filhos, marido e a casa, ressaltando que a atenção

integral a saúde da mulher não é uma prioridade, mas sim manter o seu papel social de mãe e reprodutora¹⁷⁻¹⁸.

Destaca-se que as relações interpessoais⁷⁻⁸ nos grupos de gestantes, oportuniza para a mulher em desenvolvimento dividir e explanar seu contexto com as demais participantes, contar sua vivência, partilhar seus conhecimentos empíricos relacionados as diferentes fases e experiências vivenciadas neste processo tão singular para cada mulher².

Outro aspecto importante evocado pelas participantes é que embora o pré-natal e os grupos sejam contextos de educação em saúde para o preparo da mulher em relação ao parto, esta temática não foi abordada, corroborando com ideia de que o papel da mulher é especificamente de mãe, esquecendo-se que ser mãe é apenas uma das etapas do ciclo vital da mulher, por trás disso tem um ser humano, com sentimentos únicos⁶.

Nota-se ser fundamental compreender como o parto é percebido, desejado, temido, pensado ou entendido pela mulher, uma vez que tais percepções e crenças podem mudar em função da exposição e da interação desta mulher às influências do contexto específico em que está inserida².

A educação em saúde precisa ser utilizada como estratégia do processo desenvolvimental⁷⁻⁸, pois a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva.

No intuito de identificar o conhecimento das mulheres em relação a humanização do parto e direitos da parturiente, as participantes da pesquisa foram questionadas sobre as informações recebidas sobre esta temática nos contextos de educação em saúde. As mulheres indicaram que não receberam informações para a vivência do processo de parturição baseado na autonomia e no protagonismo da mulher. Acredita-se que quando a mulher está ciente de seus direitos tem maior probabilidade de exigí-los.

Um estudo realizado no Sul do Brasil, revelou que faltavam orientações em relação aos direitos da mulher no processo gestacional, pois o modelo adotado de educação em saúde, estava pautado no modelo biomédico que está limitado a aspectos biológicos da mulher, negligenciando necessidades de cunho educativo envolvendo todas as etapas do ciclo vital feminino¹⁹.

Desta forma a saúde da mulher precisa ser atendida em sua totalidade, atravessando a condição biológica de reprodutora e atribuindo o direito de participar integralmente das decisões que envolvem sua saúde²⁰.

Este aspecto corrobora com achados de outro estudo o qual afirma que o cuidado humanizado é direcionado a mulher na sua integralidade, no âmbito individual e coletivo, em

todo o seu ciclo vital nos diferentes contextos. A humanização precisa ser abrangente, compreender as dimensões sociais, físicas e psicológicas. Pois de outra forma considera-se o cuidado rotineiro, mecânico, centrado nos procedimentos, um cuidado desumanizado.

A humanização do parto visa diminuir as intervenções mecanicistas e o uso abusivo de tecnologias, por um cuidado que preserve o caráter fisiológico do parto e nascimento, contemplando um conjunto de condutas e procedimentos que tornem este processo mais saudável, assim prevenindo a morbimortalidade da mulher e do recém-nascido ²¹.

As práticas em saúde precisam nortear-se pelo princípio da humanização, compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto de vida²¹.

A assistência pré-natal atrelada as técnicas grupais, constituem o contexto de educação em saúde no intuito de promover o fortalecimento das potencialidades individuais e desenvolver as mulheres para uma vivência de parto saudável e seguro, promovendo o conhecimento do processo de parturição, diminuindo os medos e as ansiedades que surgem no período gestacional¹⁵.

O contexto de educação em saúde da investigação apresentada, não contribuiu efetivamente para o desenvolvimento do conhecimento da mulher em relação aos eventos que permeiam o processo gravídico puerperal, assim é preciso considerar as mudanças fisiológicas da mulher, ofertando apoio psicológico, prestando uma atenção humanizada baseado em interação face a face. Considera-se estes aspectos fundamentais de respeito à gestante, pois é necessário emponderar a mulher para além do papel de mãe. O contexto de educação em saúde precisa ser um ambiente ecológico de empoderamento da mulher em desenvolvimento, em relação aos seus direitos no processo de parturição, a fim de contribuir com o exercício da autonomia e do protagonismo da mesma no processo de parturição .

Estudo realizado com 25 gestantes no Paraná, destacou a necessidade das mulheres receberem as devidas informações no contexto de educação em saúde, de modo a desenvolver conhecimento em relação aos seus direitos favorecendo o exercício da autonomia, incentivando a tomada de decisão em relação a sua saúde, pois informações geram importantes transformações nas limitações e necessidades , desta forma a mulher adquiriu domínio sobre seu corpo e poder de decisão no processo de parturição²⁰⁻²¹.

Percebe-se, que o contexto de educação em saúde no qual as mulheres participantes deste estudo interagiram, ofertou uma atenção mecanizada, dando ênfase aos

protocolos e a procedimentos técnicos. No contraponto à realidade apresentada, esperava-se que este ambiente servisse para o desenvolvimento do conhecimento da mulher em relação a si e aos eventos do processo de parturição e contribuindo para vivência de um parto consciente, saudável e tranquila, propiciando à parturiente o exercício da autonomia no seu papel de mulher.

Esta ideia vai de encontro ao estudo²², o qual afirma que o processo de desenvolvimento da maternidade inicia-se em etapas anteriores à gestação e prolonga-se após o nascimento. Durante este processo, o momento da concepção propriamente dita inaugura a vivência de uma maternidade ativa, quando o bebê passa de fato a existir. A gestação não pode ser entendida como um período menor e somente de preparação para o exercício da maternidade.

No intuito de seguir a compreensão da vivência da mulher no processo de parturição, o presente estudo se reporta ao centro obstétrico, ambiente ecológico onde a mulher vivencia o processo de parturição, este contexto foi considerado como um exossistema⁷⁻⁸ no qual a pessoa em desenvolvimento não se encontra presente, mas cujas relações neles existentes afetam seu desenvolvimento. Entende-se que, este ambiente influencia diretamente na vivência do parto, pois as decisões tomadas pela mulher e suas possibilidades de escolha durante o processo de parturição, mediadas pela política pública de saúde vigente no centro obstétrico, são exemplos da influência no desenvolvimento em um nível de exossistema⁷⁻⁸.

Identificou-se nas falas das participantes os sentimentos de medo e angústia quando relataram sobre a vivência do processo de parturição. Nota-se que este evento é reflexo de uma educação em saúde fragmentada e pautada nas atividades maternas, gerando o sentimento de medo e ansiedade por terem vivenciado um processo desconhecido. No entanto, um estudo² afirmou que quando o contexto de educação em saúde está pautado em ações participativas e na atenção integral, proporcionam a mulher uma maternidade segura, por desmistificarem as crenças e tabus que envolvem o processo de parturição por meio de reflexões sobre os eventos que permeiam esta fase única da vida.

O parto quando é medicalizado e mecanizado, além de causar prejuízos à saúde materna e neonatal, pode desencadear na parturiente sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutirão em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, muitas vezes devido à perda do contato humano e a perda da presença da família²³.

Os contextos de educação em saúde precisam contribuir para a aproximação da mulher à realidade do processo da parturição, para que o vivencie conforme imagina, e ainda, podem propiciar o surgimento de um novo paradigma de assistência, capaz de ultrapassar as

fronteiras da simples informação, que limita a capacidade da mulher e favorece sua submissão²².

O sentimento de solidão também foi destacado nas evocações das mulheres deste estudo, as mesmas justificaram este anseio pela ausência do acompanhante durante todo o processo de parturição, mesmo o parto acompanhado sendo um direito da parturiente garantido por meio da Lei 11.108 de 2005, no qual toda gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha no momento do pré-parto, parto e pós-parto¹².

Neste contexto, o medo de sofrer durante o parto, bem como o sentimento de ansiedade, impõe a mulher uma vivência de solidão em um ambiente desconhecido e cercadas por pessoas estranhas. Ao ser internada, a mulher passa a ser um caso, recebe um número de registro para sua identificação, deixando de ser uma pessoa, tornando-se, então, mais uma na hora de parir²⁴.

No entanto algumas participantes relataram que vivenciaram a presença de um acompanhante que resultou em sentimentos de segurança e confiança, justificam que ter com quem dividir os anseios, as dores e os prazeres que do parto proporcionou-lhes mais tranquilidade e confiança.

O MS reconhece que a presença do acompanhante traz benefícios e as gestantes ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, havendo diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesáreas. A permanência de outra pessoa junto à mulher contribui, ainda, com a redução do risco de acometimento por depressão pós-parto²⁴.

Estudo realizado com 14 puérpera em Fortaleza, destacou que a participação do acompanhante tornou o processo de parturição mais tranquilo, pois o apoio permitiu que a mulher usufruísse de um sentimento de segurança, proporcionado pela presença de outra pessoa que colaborou ativamente no atendimento de suas necessidades de cuidado, além de contribuir com a mudança da percepção do parto possibilitando encará-lo de forma mais humana e menos técnica²⁵.

Seguindo este pensamento outro estudo destacou que as mulheres que tiveram a oportunidade de escolher seu acompanhante apresentaram satisfação e maior tranquilidade na vivência do processo de parturição, demonstrando que a presença de acompanhante de livre escolha da mulher influencia positivamente no transcorrer do nascimento de seu filho²⁶.

Espera-se que a mulher esteja preparada para a vivência do processo de parturição por meio do contexto de educação em saúde. No entanto, a realidade encontrada neste estudo revelou o despreparo da gestante para vivenciar o parto de uma forma segura e tranquila.

Destaca-se que o contexto de educação em saúde estende-se até o centro obstétrico, onde o profissional de saúde que recebe a mulher poderá continuar a desenvolver o conhecimento da mesma em relação ao parto, formando uma díade⁷⁻⁸ com a interação entre mulher-profissional, necessária para uma relação em ambas às direções.

Considerando que o centro obstétrico também é um ambiente no qual se pode dar continuidade ao processo educativo, cabe ressaltar que ao vivenciar o parto as mulheres participantes deste estudo, relataram que os profissionais de saúde contribuíram para o entendimento do processo de parturição, no intuito de manter a parturiente informada e ciente do evento que estavam vivendo.

Neste ínterim, cabe destacar que a interação entre a mulher e o profissional no processo, desde a gravidez, o parto até o puerpério necessita se fundamentar-se no diálogo, sensibilidade, afetividade, no prazer de estar com o outro e na atenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual²⁷⁻²⁸.

Acredita-se que a conexão entre os diferentes contextos em que a mulher está inserida no período de tempo que inicia na gestação e estende-se até a vivência do parto são os pilares para o desenvolvimento do conhecimento da mulher a cerca do processo de parturição que vai vivenciar.

As relações interpessoais e os processos proximais⁷⁻⁸ que se concretizam no contexto de educação em saúde são de importante influência no processo desenvolvimental. No momento em que acontecem em uma base sólida, ao longo de um período de tempo, e que se consolidem de forma bidirecional, havendo influência de ambas as direções, resultam em um contexto de educação em saúde efetivo.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu conhecer o contexto de educação em saúde e a influência deste no desenvolvimento da mulher para vivência do processo de parturição.

Identificou-se que os contextos de educação em saúde estavam voltados para o desenvolvimento do papel de mãe, não contribuindo no preparo da mulher para viver o parto, pois as atividades educativas, tanto no pré-natal como nos grupos, priorizavam os cuidados com a criança. Neste sentido, as falas das participantes destacaram que as temáticas como direitos da parturiente e humanização do parto não foram elencadas pelos profissionais da saúde como temas importantes para o desenvolvimento da mulher, o mesmo aconteceu em relação em relação ao parto e aos eventos que o permeavam. Percebeu-se que as atividades que predominaram neste contexto, oportunizaram o cuidado tecnicista cumpridor de protocolos.

A partir destes resultados, buscou-se entender o papel do contexto de educação em saúde apresentado, a vivência do processo de parturição, na qual se destacaram que as atividades educativas utilizadas não foram suficientes para desenvolver o conhecimento da mulher para a vivência do parto de forma positiva, resultando em sentimentos de medo e ansiedade, evocados pelas participantes.

A solidão também se fez presente nas experiências de parto, pois o acompanhante não se fez presente, diferente da realidade apresentada por aquelas que tiveram direito ao acompanhante preservado, que descreveram sentimentos de segurança e confiança.

Acredita-se que o contexto de educação em saúde tem papel fundamental no desenvolvimento da mulher para a vivência do parto e precisa considerar o ser mulher na sua integralidade, por meio de uma relação dinâmica de interações entre a pessoa e os diversos contextos ecológicos no qual está inserido.

Neste sentido, almeja-se que a partir dos dados deste estudo, profissionais da saúde e gestores atentem e reflitam sobre o verdadeiro sentido do contexto de educação em saúde. Este ambiente necessita proporcionar interações para o desenvolvimento da mulher tanto no microsistema (pré-natal e centro obstétrico) como no exossistema (serviço de saúde - hospital) para a vivência de um processo de parturição saudável.

Ressalta-se que as pessoas que compõem o contexto de educação em saúde necessitam estabelecer interações com as mulheres para proporcionarem as mesmas o exercício da autonomia, respeito aos direitos da parturiente, e desta maneira tornando-a ativa e assim contribuindo para que a mulher assuma o papel de protagonista neste evento único que é parir e nascer

Referências:

1. Souza IG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. 2011; Rev. Gaúcha Enferm. 32 (3): 479-486
2. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI et. al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 out-dez; 19(4):719-27
3. Ministério da Saúde (BR), Universidade Estadual do Ceará. Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e nascimento. 2014; 4: 465

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. 2010
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco – Brasília: editora do Ministério da saúde. 2010.
6. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado Humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10 (3): 359-367
7. Bronfenbrenner U, Morris P. The ecology of desenvolvimento process. In: *Handbook of child psychology*. New York: John Wiley & Sons; 1998. p.993- 27.
8. Bronfenbrenner U. Making human beings human: bioecological perspectives on human development. Londres: Sage; 2005.
9. Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas 2009.
10. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí: unijuí; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF), 2010.
12. Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, Saraiva AM, Pontes MGA, Cavalcanti JRD. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 2015; 28(1): 31-23
13. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá – PR. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13 (2): 199-210
14. Santos, AL, Radovanovic CAT; Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev. Rene*. 2010, 11 (especial): 61-71
15. Frigo, LF, Silva RM, Mattos KM, Manfio F, Boeira GS. A importância dos grupos de gestantes na atenção primária: um relato de experiência. *Rev. Epidemiol. Control. Infec.* 2012; 2 (3): 113-124
16. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral a saúde da mulher: bases de ação pragmática. Brasília: centro de documentação do Ministério da saúde, 1984. 27p.
17. Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev bras enferm.* 2012; 65(3):420-7.

18. Monteiro LC. Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Estadual do Ceará; 2011.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de assistência a saúde. Departamento de ações pragmáticas e estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. PAISM: programa de atenção integral a saúde da mulher 21 anos depois. 2005
20. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Maringá PR. Rev. Eletr. Enf. 2011; 13(2): 199-210
21. Silva VG. Educação permanente em saúde: práticas humanizadas no centro obstétrico de um hospital universitário [Dissertação]. Unissinos, 2013.
22. Silva, LM, Barbieri M, Fustitoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Rev. Bras. Enfermagem. Brasília, 2011, 64 (1): 5-60.
23. Oliveira ASS, Rodrigues, DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O acompanhamento no momento do trabalho de parto e parto: percepção da puérperas. Cogitare Enfermagem. 2011; 16 (2): 53-247.
24. Aires NT, Meincke SMK, Corrêa ACL, Alves CN, Fernandes RFM, Palma JS, Matos GC, Soares MC. Aplicabilidade dos direitos da Parturiente: do paradigma a realidade. Saúde (Santa Maria). 2015; 41(1): 263-270
25. Saturino ASO, Rodrigues DP, Guedes MVC, Gilvan FF et al. O acompanhamento no momento do trabalho de parto e parto, percepção das puérperas. Cogitare Enferm. 2011 abr/jun; 16(2): 247-53
26. Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de Enfermagem no processo de parto. Rev. Elet. Enf. 2010; 12(4): 660-8
27. Cunha AC, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre parto e amamentação em grupo de gestantes. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 2012; 64 (1): 139-155.
28. Melo CPL. (Des) Hierarquizando os saberes: o protagonismo da mull parto. IV Reunião Equatorial de Antropólogos do Norte e Nordeste. Fortaleza-CE. 2013

IV Considerações Finais

Ao término deste estudo, salienta-se que não foram utilizados todos os dados coletados na pesquisa para a elaboração do artigo. Utilizou-se dados extraídos das temáticas “contexto de educação em saúde e o desenvolvimento da mulher para a vivência do parto” e “vivência da mulher no processo de parturição a partir do contexto de educação em saúde”.

Com base no conhecimento do processo de parturição com e no contexto de educação em saúde, foi possível identificar as ações educativas realizadas nos ambientes de pré-natal e grupos. Destacou-se que as práticas adotadas no pré-natal estavam voltadas para o procedimentos técnicos de medidas e aferições, não contribuindo para o desenvolvimento da mulher para a vivência do processo de parturição. O mesmo aconteceu com os grupos educativos para gestantes e puérperas, na qual as orientações priorizavam o papel de mãe e os cuidados com a criança.

Entende-se que o contexto de educação em saúde apresentado neste estudo estava pautado no modelo biomédico que valorizava uma atenção instrumentalizada, resultando em uma disfunção no desenvolvimento do conhecimento da mulher sobre o processo de parturição.

Percebe-se que no contexto deste estudo, a mulher desenvolveu um papel passivo ao modelo biomédico no contexto de educação em saúde e no processo de parturição. Salienta-se a necessidade de instrumentalizar a mulher para o exercício da autonomia, desenvolvendo o papel de protagonista no processo de parturição. Neste sentido, ao vivenciar o parto as mulheres relataram sentimentos de medo e ansiedade por estarem vivendo algo desconhecido em um ambiente estranho. Para algumas mulheres o sentimento de solidão estava presente na vivência do processo de parturição, justificado pela ausência do acompanhante, mesmo este sendo um direito da parturiente. No entanto, as mulheres que tiveram o direito de acompanhamento respeitado, relataram sentimentos de confiança e segurança no momento do parto, por ter com quem compartilhar seus medos e angustias.

Acredita-se na necessidade de um contexto de educação em saúde no pré-natal, que conscientize a mulher quanto aos eventos que permeiam o período gravídico puerperal, bem como torná-las cientes quanto aos seus direitos pautados na humanização, considerando o ser mulher na sua totalidade, transcendendo o papel de mãe.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde

Pesquisador: Natália Timm Aires

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57458216.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.618.228

Apresentação do Projeto:

Ao vivenciar o parto a mulher carrega consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas as quais permeiam este momento ocorrem devido às expectativas acerca do parto, assim o medo e a ansiedade que acompanhavam a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011). O modelo de parto medicalizado e mecanizado, além de causar prejuízos à saúde materna e neonatal, pode desencadear na parturiente sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutirão em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, muitas vezes devido à perda do contato humano e a perda da presença da família (VELHO et al., 2012). É nesse contexto de desapropriação da mulher, do seu protagonismo no processo de parturição, que surgiu a necessidade de humanizar este momento. A partir desta realidade, a temática da humanização do parto e nascimento, nas últimas décadas, tem ocupado espaços sociais e políticos em fóruns científicos de discussão. Desta forma, o respeito ao parto como experiência pessoal, e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma da mulher nas decisões de condutas e escolhas (BRASIL, 2011). Seguindo este pensamento, Souza e Penne (2009) afirmam que a educação em saúde representa um dos elementos primordiais para a promoção da saúde e um cuidado no qual se desenvolve uma consciência crítica e reflexiva, promovendo a emancipação dos

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.618.228

sujeitos e possibilitando a produção de um saber, contribuindo para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o processo de parturição da mulher no contexto de educação em saúde

Objetivos Secundários:

- Investigar o conhecimento das mulheres acerca do processo de parturição vivenciado;
- Identificar as potencialidades e/ou fragilidades da vivência da mulher no processo de parturição vivenciado;
- Averiguar o papel da mulher no processo de parturição;
- Descrever o contexto da mulher no processo de parturição vivenciado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, no entanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista os quais serão minimizados, uma vez que as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade. Também será assegurado as mulheres a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo as mesmas.

Benefícios:

Os benefícios para as participantes envolvidas no estudo serão a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa irá nortear-se metodologicamente como um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Optou-se por realizar o estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas com vínculo acadêmico com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a qual oferta para as mulheres o Programa de Pré-Natal e Grupos de Gestante e puérperas. Fará parte do estudo a Unidade Básica de Saúde Sanga Funda. As participantes deste estudo serão mulheres, maiores de 18 anos de idade, que vivenciaram o parto nos últimos doze meses, que tiveram acesso pré-natal e participado de grupos ou cursos para gestantes. A escolha por entrevistar mulheres que tiveram a oportunidade de receber informações durante o período

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.618.228

gestacional, justifica-se por acreditar que a participação da mulher em grupos e o acesso ao pré-natal influenciam na vivência do parto.

As mulheres serão contatadas por meio de visita domiciliar, a coleta dos dados será realizada individualmente, no domicílio da entrevistada ou na UBS, conforme escolha da participante. Como instrumento para a coleta de dados será utilizado a entrevista semiestruturada. Os dados obtidos na coleta de dados serão transcritos e analisados sob a perspectiva da análise textual discursiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731934.pdf	07/06/2016 18:32:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	07/06/2016 18:32:02	Natália Timm Aires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaUBS.pdf	07/06/2016 18:29:41	Natália Timm Aires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasecretaria.pdf	07/06/2016 18:28:58	Natália Timm Aires	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/06/2016 18:28:17	Natália Timm Aires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	07/06/2016 18:24:04	Natália Timm Aires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.618.228

Não

PELOTAS, 01 de Julho de 2016

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com