



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto

Natalia Almeida Tostes

Brasília, abril de 2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto

Natalia Almeida Tostes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

Brasília, abril de 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais – Membro
Universidade Católica de Brasília – Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Silvéria Maria dos Santos – Membro
Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Suplente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Brasília, abril de 2012

Dedico esse trabalho a meu filho Ian que,
com a beleza e a sabedoria de seu Ser,
proporcionou a minha entrada em um novo mundo.

A você, meu filho, a minha mais profunda gratidão

Agradecimentos

Sou grata à Vida, como um todo, aos que caminharam e aos que caminham comigo, cada um contribuindo a seu modo para este momento hoje.

Sou grata à Eliane Maria Fleury Seidl, minha orientadora nessa jornada prazerosa e, por vezes, angustiante. Considero você, Eliane, uma “parteira intelectual”. Aquela que, com paciência, amor e confiança na “parturiente”, encoraja, fortalece, cuida, respeitando o tempo dos processos e a individualidade de cada um, à espera do que precisa nascer. Muito obrigada por me acolher e por me permitir ser!

Sou grata aos professores do Instituto de Psicologia, em especial aos professores do PGPDS, que me acompanharam e me ajudaram de tantas maneiras. Agradeço de forma especial às professoras Tereza Cristina, Elizabeth Queiroz, Denise Fleith e Regina Pedroza e aos professores Áderson e Mário César por me acompanharem mais de perto nessa jornada.

Sou grata aos colegas e companheiros de caminhada nessa pós-graduação pelas ajudas, pela torcida, pelo encorajamento nos momentos em que a força era pouca, pela celebração nos momentos em que a conquista era muita. Foi um prazer fazer parte desse grande grupo! Agradeço especialmente Graziela Nogueira, Caroline Gobatto, Clarissa Vaz Dias, Arune Estavela, Marina Kohlsdorf, Virgínia Turra, Fernanda Doca e Fabrício Almeida por todo tipo de apoio dado.

Sou grata a todos os funcionários do Instituto de Psicologia, particularmente à Cláudia Freire, secretária do PGPDS e a seu Luís, secretário do PED.

Agradeço ao CNPq pelo apoio à pesquisa, assim como aos profissionais das unidades de saúde, às gestantes, às auxiliares de pesquisa, às minhas alunas e a todos aqueles que permitiram que essa pesquisa fosse feita.

Agradecimentos Especiais

Agradeço a Adriano Carmo de Assis, por me proporcionar a incrível experiência de gerar um Ser e trazê-lo ao mundo. Agradeço ainda pelo apoio durante todo esse tempo, nos mais diversos aspectos e, em especial, por ter me incentivado em momento crucial. Devo esse mestrado a isso e a você.

Agradeço à minha mãe, Katia, e a meu pai, Luiz, exemplos na minha vida, pessoas iluminadas do qual tenho o privilégio e a honra de ser filha. Não há palavras suficientes para agradecer o que vocês fizeram e fazem por mim. Acima de tudo, obrigada por seu amor e por sua confiança no que sou. Minha eterna gratidão!

Agradeço à minha avó Deulza, por me ensinar o que é uma flor e por me mostrar que crises fazem certas plantas terem uma florada mais formosa. Obrigada por sua sabedoria!

À minha avó Edith, agradeço pelo exemplo de força, de guerreira que é, por me abrir portas para explorar o mundo, por estar ao meu lado nos momentos necessários.

Aos familiares em geral, muito obrigada pelo apoio, pela torcida, pelo carinho!

Aos amigos, é difícil dizer. São muitas as pessoas e muitas as coisas a agradecer. A todas essas pessoas queridas, que me acompanham pelos caminhos da vida com tanto amor, me dando força e acreditando quando às vezes nem eu acredito, o meu mais sincero obrigada! Em especial: Joana, minha irmã de alma, amiga para todas as horas, e sua linda família; Júlia e Maya pela indescritível ajuda na “força-tarefa” de acabar o mestrado e achar o fim do arcoíris; Espedito, por sua fé contagiante na Vida e nas pessoas e seu companheirismo. Sou grata à Vida por ter vocês comigo!

Por último, agradeço a Ian, ser abençoado do qual tenho a imensa alegria de ser mãe, que na sua pureza, simplicidade e alegria me ensina tanto sobre a vida.

Sumário

Agradecimentos.....	v
Agradecimentos Especiais.....	vi
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Figuras.....	x
Lista de Siglas.....	xi
Resumo.....	xii
<i>Abstract</i>	xiii
Apresentação	1
Capítulo I – Revisão de Literatura	4
1.1 Contextualização.....	4
1.2 Parto: algumas mudanças ao longo do tempo.....	6
1.3 O Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento.....	8
1.4 Panorama atual da assistência ao parto: entre propostas e práticas.....	11
1.4.1 Algumas tendências no Brasil.....	16
1.5 Expectativas acerca do parto e da assistência recebida.....	19
1.5.1 Considerações sobre a dor e o medo no parto.....	21
1.6 Preparar-se para o parto: isso é possível?.....	23
1.7 Assistência pré-natal no Brasil na atualidade: políticas e regulamentações.....	27
1.8 Aspectos psicológicos e emocionais na gestação: o papel do psicólogo na assistência pré-natal.....	29
Capítulo II – Definição do Problema e Objetivos	31
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	32
Capítulo III – Método	33
3.1 Revisão sistemática de literatura científica.....	33
3.1.1 Procedimentos.....	33
3.2 Estudo com gestantes.....	34
3.2.1 Local de realização do estudo.....	34
3.2.2 Participantes.....	35
3.2.2.1 Caracterização das participantes.....	35
3.2.3 Instrumentos.....	37
3.2.4 Procedimentos.....	38
3.2.5 Análise de dados.....	38
Capítulo IV – Resultados	40

4.1 Estudo bibliométrico.....	40
4.2 Estudo com gestantes.....	48
4.2.1 Descoberta da gravidez.....	48
4.2.2 Gravidez planejada <i>versus</i> não planejada.....	49
4.2.3 Dificuldades na gravidez.....	49
4.2.4 Apoio social percebido.....	53
4.2.5 Auxílio do pré-natal para lidar com dificuldades.....	54
4.2.6 Checagem de uma ação do pré-natal: oferta e realização do teste anti-HIV.....	55
4.2.7 Satisfação com o serviço de pré-natal.....	56
4.2.8 O parto como tema no pré-natal.....	57
4.2.9 Preferência pela via de parto.....	58
4.2.10 Expectativas para o momento do parto.....	59
4.2.11 Sentimento de preparo e confiança para o parto.....	62
4.2.12 Contribuições do serviço para melhor preparação da gestante.....	63
4.2.13 Sugestões para melhor atendimento pré-natal.....	64
4.2.14 Sugestões de outros profissionais que poderiam atuar no pré-natal.....	65
Capítulo V – Discussão.....	66
5.1 Produção científica sobre preparação e assistência humanizada ao parto.....	66
5.2 Reflexões sobre relatos e percepções das gestantes.....	67
5.3 Sugestões para a contribuição dos psicólogos na atenção pré-natal à gestante.....	76
Capítulo VI – Considerações Finais.....	78
Referências.....	80
Anexos.....	87
Anexo A. Roteiro de entrevista.....	88
Anexo B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.....	90
Anexo C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91

Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes.....	37
Tabela 2. Distribuição de artigos por periódico e classificação Qualis.....	40
Tabela 3. Dados dos artigos analisados.....	42

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Procedimentos realizados para seleção dos artigos que constituíram a análise da literatura.....	34

Lista de Siglas

- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
- CPN – Centros de Parto Normal
- DF – Distrito Federal
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
- GM – Gabinete do Ministro
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
- SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Unifem – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
- VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*
- WHO – World Health Organization

Resumo

A gestação e o parto são experiências significativas para a maior parte das mulheres, podendo trazer consequências para o puerpério e influenciar suas concepções e vivências da maternidade. Estudos apontam que as expectativas das gestantes influenciam nas vivências relacionadas ao parto e à maternidade, destacando a necessidade atual de melhor preparação das gestantes para esses momentos. As políticas e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil vem apontando, ainda, a medicalização no parto e os riscos que intervenções desmedidas podem causar para a mulher e o bebê, buscando a humanização da atenção pré, peri e pós-natal. Esta pesquisa teve por objetivos: investigar as expectativas de mulheres primigestas sobre o parto e suas percepções acerca da assistência pré-natal oferecida em serviços da rede pública de Brasília (DF); caracterizar a publicação científica brasileira relacionada à assistência humanizada ao parto e à preparação para o parto, disponível em periódicos da base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), entre os anos de 2000 e 2011. Para atingir os objetivos, foram realizados dois estudos: um de revisão sistemática da literatura científica brasileira e outro empírico, de caráter exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, feito por meio de entrevistas com gestantes. Para a revisão sistemática de literatura, foram selecionados vinte artigos, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Como resultados desse estudo, pode-se destacar: a pouca produção de artigos científicos sobre os temas assistência humanizada ao parto e preparação para o parto, considerado o período investigado; o predomínio dessas publicações nas áreas de enfermagem e saúde coletiva; a preponderância de estudos que investigaram a perspectiva de usuárias do serviço pré-natal; a produção incipiente da psicologia nas publicações científicas sobre os temas estudados. No estudo empírico, foram realizadas entrevistas em duas unidades de saúde da rede pública de Brasília. Ao todo, foram entrevistadas 18 mulheres primigestas, que faziam acompanhamento pré-natal nessas unidades, e estavam no terceiro trimestre de gestação. Foram utilizados os procedimentos da análise de conteúdo. Foram identificados 14 eixos temáticos. Como principais resultados, destacaram-se: as vivências referentes à descoberta da gestação como “um susto” e sua relação com a gravidez não planejada; diferentes categorias de dificuldades advindas da gravidez, relatadas pelas participantes; as expectativas relacionadas ao parto, em geral bastante negativas, perpetuando ideias de um momento de medo, dor e sofrimento, que pode trazer riscos para a mulher e para o bebê; os sentimentos relatados por gestantes de preparação insuficiente e falta de confiança para vivenciar o momento do parto. Pôde-se perceber demanda por mais informações e ações educativas sobre temas da gestação, em particular o parto, bem como a necessidade de maior apoio psicoemocional às gestantes. Ao compreender melhor a realidade do pré-natal e do parto, pode ser possível melhorar sua qualidade, tanto no âmbito das vivências das mulheres e casais gestantes, quanto no âmbito da saúde pública e das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Palavras chave: assistência pré-natal; gestantes; expectativas sobre parto; preparação para o parto; psicologia da saúde.

Abstract

Pregnancy and birth are significant experiences for most women and can bring consequences for the puerperium and influence their concepts and experiences of motherhood. Studies show that the expectant mother's expectations influence her experiences related to birth and motherhood and highlight the current need for better preparing expectant mothers for these moments. Furthermore, government policies and the Program for Humanizing Prenatal Care and Birth in Brazil have pointed to the medicalization of childbirth and the risks that unhindered interventions may bring to mother and baby. These policies aim to humanize pre, peri and postnatal care. This study aimed to: 1) investigate first-time expectant mother's expectations for birth and their perception of the prenatal care offered by public health system services in Brasilia (DF); 2) characterize Brazilian scientific publication related to humanized assistance care to childbirth and childbirth preparation, available in periodicals from the *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) database, between the years of 2000 and 2011. To this end, two studies were conducted: a systematic review of Brazilian scientific literature and another empirical one, of exploratory, descriptive and qualitative nature, by means of interviews with expectant mothers. For the systematic literature review, we selected twenty articles, keeping in mind the established criteria for inclusion/exclusion. The main results were: the scarce production of scientific articles, within the established period, about humanized assistance to childbirth and childbirth preparation; the predominance of such studies in the fields of Nursing and Collective Healthcare; the preponderance of studies which investigate how women perceive this prenatal care service; psychology's incipient scientific production about such themes. The empirical study was comprised of interviews conducted in two public healthcare units in Brasilia. All together, we interviewed 18 first-time expectant mothers, in their third trimester and who received prenatal care in these units. The methodology consisted of content analysis which identified 14 thematic axes. The main results were: the experience of discovering pregnancy as "a shock" as related to an unplanned pregnancy; different categories of difficulties which arise from pregnancy as reported by participants; expectations for childbirth, in general very negative. These expectations perpetuate the idea of a moment of fear, pain and suffering, which can bring risk to woman and baby; the feeling reported by expectant mothers of not being sufficiently prepared and confident for experiencing the moment of birth. We were able to ascertain the need for more information and educational activities about pregnancy, namely childbirth, as well as the need for greater psycho-emotional support for expectant mothers. By better understanding the reality of prenatal care and childbirth, it may be possible to improve its quality, both at the experiences of pregnant women and couples, as well as in public health sphere and the recommendations of the Program for Prenatal Care and Childbirth Humanization.

Key-words: prenatal care; expectant mothers; expectations for birth; childbirth preparation; health psychology

Apresentação

Ao longo do último século, mudanças importantes ocorreram no que se refere à gestação e à parturição, termo que expressa o contexto que envolve o trabalho de parto, o parto e aspectos relacionados. A gestação foi redefinida, passando de evento privado e feminino para evento público e médico. O parto, antes exclusivo do universo feminino, passou a ser assistido por homens, médicos, predominantemente nos hospitais. Com o movimento feminista internacional e as conquistas decorrentes dele, passou-se a questionar práticas relacionadas ao parto e ao nascimento.

No Brasil, a partir do ano de 1992, o Ministério da Saúde fez uma importante reorganização da atenção ao parto e ao nascimento. No ano 2000, instituiu o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento, adotando as recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Outras medidas mais recentes foram o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004 (Ministério da Saúde, 2005a), e a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em 2008 (Sociedade Brasileira de Infectologia, 2010).

Esta última deve-se ao grande aumento que vem ocorrendo no número de partos cesáreos no Brasil, muito superior à taxa recomendada pela OMS, de 15% do total de partos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009), em 2009 já havia um percentual de 43% dos partos feitos por cesariana, sendo a sua maior parte proveniente do setor privado. Essa porcentagem vem subindo e, mais recentemente, alguns têm falado na “epidemia da cesárea”, considerando que as estatísticas desse procedimento estão se assemelhando às de epidemias mundiais.

Assim, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias atualizou e reforçou medidas iniciadas no ano de 1992. No âmbito dessa política, a Anvisa aprovou a Resolução RDC nº 36, de 3/6/2008, estabelecendo parâmetros para assistência obstétrica e neonatal nos serviços públicos e privados. Para viabilizar o cumprimento da resolução, o Ministério da Saúde, vem buscando garantir o repasse para os municípios de recursos financeiros para as adaptações físicas e para a qualificação de profissionais.

Entretanto, ainda que as medidas tomadas até agora tenham sido de suma importância, observa-se que as taxas de cesáreas ainda se mantêm e, em alguns estados, tem aumentado. É necessário, portanto, estudar outras perspectivas dos universos da gestação e parturição que vão além das campanhas e políticas públicas para compreender melhor alguns fatores envolvidos nesses contextos.

Olhando pela perspectiva das mulheres, parece haver uma cultura atual que não favorece o parto normal. Gestantes se questionam sobre sua capacidade de parir; mulheres afirmam não ter tolerância para tanta dor. A gestação e o parto, fenômenos sociais e culturais, também são permeados e influenciados diretamente por fatores psicológicos e emocionais. Dessa forma, o estudo de componentes sociais, psicológicos e emocionais pode agregar informações de valor na busca por compreensão das realidades de parturição no Brasil.

Do ponto de vista da contribuição da psicologia, percebe-se que ainda há poucos espaços de inserção dos psicólogos no atendimento às gestantes, parturientes e puérperas no sistema de saúde. A atenção à saúde emocional e psicológica nesses contextos tem sido motivo de queixas entre as usuárias. Na esfera acadêmica, nota-se que também há necessidade de maior contribuição da psicologia, vez que a produção feita nessa área permanece escassa.

Assim, essa pesquisa buscou investigar a percepção de mulheres primigestas (ou seja, em primeira gestação) acerca da assistência pré-natal e suas expectativas em relação ao parto, visando trazer contribuições que possam auxiliar o aprimoramento da assistência pré-natal e do atendimento às gestantes, bem como caracterizar a produção científica na literatura produzida acerca de temas correlatos.

A dissertação, organizada em seis capítulos além desta apresentação, relata a pesquisa realizada. No capítulo I, trata-se da revisão de literatura feita para subsidiar a pesquisa, incluindo os conteúdos dos artigos selecionados por revisão sistemática sobre assistência humanizada e preparação para o parto.

No capítulo II, apresenta-se breve justificativa do trabalho e os objetivos que nortearam a pesquisa.

O capítulo III descreve o método, incluindo o delineamento do estudo, os procedimentos adotados ao longo do planejamento e da realização da pesquisa, e a forma como os dados foram analisados.

O capítulo IV contém os resultados da pesquisa, sendo dividido em duas partes. A primeira apresenta os resultados encontrados no estudo feito por meio de revisão sistemática da literatura. A segunda, por sua vez, traz os resultados obtidos com as entrevistas feitas com gestantes em unidades de saúde da rede pública do Plano Piloto.

No capítulo V, discutem-se, com base nos resultados obtidos, pontos que se destacaram em relação à assistência pré-natal e às percepções, expectativas e vivências das gestantes, principalmente acerca do pré-natal, da gestação e do parto. Também são feitas sugestões sobre contribuições que os psicólogos podem dar à assistência pré-natal, considerando os resultados do estudo.

Por último, o capítulo VI trata das considerações finais sobre o estudo, destacando suas principais contribuições e limitações. São feitas ainda sugestões para pesquisas futuras, com base no que pode ser melhor explorado.

As referências encontram-se em capítulo de mesmo nome, em acordo com os padrões da APA, sexta edição (American Psychological Association, 2010).

Capítulo I – Revisão da Literatura

1.1 Contextualização

Por tratar de gestantes, gestação, parto e nascimento, este estudo está, em grande parte, associado a questões mais amplas, como as de gênero, direitos humanos, aspectos culturais e sociais. Assim, é importante contextualizar algumas mudanças na forma como a sociedade ocidental passou a se organizar desde o século passado, influenciando os atos de gestar, parir e nascer.

Desde meados do século XX, particularmente a partir dos anos 1970, questões sociais no ocidente vêm mudando. Reflexões sobre papéis sociais, relacionamentos e sexualidade, tanto na esfera pública quanto privada, tornaram-se mais comuns (Giddens, 1993). O entendimento sobre a sexualidade, antes tida como algo estritamente pessoal, um estado pré-estabelecido e fixo, se modificou. A sexualidade passou a ser vista como algo não só pessoal, mas social e político também; algo maleável, construído ao longo de toda a vida de diferentes formas, por diversos sujeitos, por meio de vivências (Giddens, 1993; Louro et al., 2000).

Sobre a sexualidade, o entendimento na cultura ocidental dominante (masculina e patriarcal) até meados dos anos 1960 era que a sexualidade feminina devia ser controlada (Foucault, conforme citado por Giddens, 1993). Partindo dessa associação entre sexualidade e controle, Muraro, Motta, Rowe, Niemayer, & Kamgachi (1996) afirmam que “em todas as culturas, desde as mais primitivas, o poder está com quem estiver com o controle da reprodução” (pp. 20-21). Assim, a sexualidade feminina precisava ser mascarada e obscurecida pela cultura e sexualidade dominantes (masculina), exatamente por ser ela a detentora do controle último da reprodução da espécie. Era por meio do controle da sexualidade das mulheres que os homens detinham o poder sobre os sistemas de parentesco e sua própria descendência e, por consequência, maior controle dos aspectos sociais e econômicos – relacionados em grande parte à propriedade e às posses (Muraro et al., 1996; Odent, 2003).

Com a revolução sexual e os progressos advindos do movimento feminista, houve progressiva diferenciação entre a vivência da sexualidade e as necessidades reprodutivas (Giddens, 1993). A mulher, que até então tinha atribuída a ela a função de maternar (realizar procedimentos e ações visando cuidar, criar e educar os filhos) como uma de suas principais, passava a questionar papéis, funções e formas como a sociedade ocidental estava organizada (Rattner, 2009).

O movimento feminista tem, em seu histórico de lutas, grandes conquistas com relação à autonomia, liberdade e equidade. Tratando-se da sexualidade feminina e da conquista de direitos, um aspecto essencial foi o surgimento da noção de direitos sexuais e reprodutivos, propagada pelo movimento feminista mundial em meados dos anos 1980 (Ventura, 2006). Na

origem do conceito, estavam ideias fundadoras do feminismo, como o direito ao próprio corpo, que gerou a máxima “nosso corpo nos pertence”, pautada nos princípios de autonomia e liberdade de escolha (Scavone, 2000). De acordo com a Unifem (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher), a concepção de direitos reprodutivos vai além da assistência à saúde sexual e reprodutiva, pois abarca direitos humanos, individuais e sociais, que devem interagir para o pleno exercício da sexualidade e da reprodução.

No Brasil, as questões reprodutivas começaram a ser discutidas no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, buscando retomar direitos políticos básicos que haviam sido confiscados à época da ditadura militar (Scavone, 2000). Com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, houve conquistas inéditas em face das políticas públicas da época, como a concepção integral do corpo da mulher e inclusão de todas as fases da reprodução feminina no programa (Ministério da Saúde, 2004; Ventura, 2006).

Assim, por meio do protagonismo feminino, representado principalmente pelo movimento feminista, diferentes espaços foram conquistados e mudanças efetivas e inovadoras foram consolidadas – tanto na esfera pública (economia, sociedade, política, trabalho), quanto na esfera privada (relações familiares e de parentesco, relacionamentos amorosos). Atualmente, com o que Giddens (1993) chamou de “sexualidade plástica” – não comprometida com o papel reprodutivo – as mudanças nos tipos de relacionamentos afetivos, o avanço das tecnologias conceptivas e contraceptivas, as mulheres (e os homens) passaram a ter outras vivências de papéis e funções na sociedade ocidental. Sua identidade não está mais obrigatoriamente atrelada aos papéis de esposa ou de mãe. Os papéis de gênero, hoje mais diversificados e flexíveis, permitem tanto à mulher quanto ao homem explorar em si diferentes características e potenciais (Ministério da Saúde, 2006; Motta & Crepaldi, 2005).

No que se refere à gestação, sabe-se que até antes da Segunda Guerra Mundial a gravidez era vivenciada de forma velada, era algo a ser escondido na intimidade do lar. Havia uma rejeição da sociedade em trazer a gestação para a esfera pública, pois era vista como evidência inquestionável de que o controle sobre a vida pertence à natureza, e não à sociedade, como a cultura hegemônica da época fazia crer (Davis-Floyd, 2003). Hoje é comum ver gestantes circulando em todos os âmbitos – da universidade ao escritório, dos parques e praias às boates. Houve uma aceitação da gestação pela sociedade; porém, não sem “regras”. Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) chamam atenção para a existência da figura da “boa gestante” como aquela que deve acatar os conselhos, obedecer às ordens médicas e se resignar aos costumes e tradições locais.

Davis-Floyd (2003) destaca que, apesar da conquista de novos espaços, a gestação também foi redefinida, passando de evento privado e feminino para evento público e médico. Um exemplo comum, citado pela autora, é a transformação das mulheres gestantes em “objetos simbólicos”: são vistas como “personificações da Mãe Natureza”, “representantes da Força

Criadora” (p. 26); sua barriga não é mais sua, mas algo de domínio público, com o qual outros se sentem autorizados a interagir (ainda que não interajam com a própria mulher).

Por outro lado, se antes era intrínseco ao papel da mulher ter filhos, hoje é uma opção cada vez mais aceita e respeitada não tê-los. Indo também na direção oposta, o avanço da tecnologia vem dando oportunidades a mulheres e casais com dificuldades reprodutivas de ter filhos. A gestação e a maternidade/paternidade passaram, então, a ser algo mais refletido, planejado e escolhido nas relações, haja vista o grande incentivo ao que se chamou de planejamento familiar (CEPIA & ONU Mulheres, 2011; Ministério da Saúde, 2005b).

As ideias e conceitos relacionados à infância e às crianças também sofreram grandes modificações ao longo do último século. Pode-se dizer que as crianças, na cultura hegemônica ocidental, nunca tiveram papel de tanto destaque como têm hoje, acarretando aos pais e cuidadores maior responsabilidade, cobranças e expectativas relacionadas ao cuidado e à criação dos filhos (Sarmiento, 2006).

Assim, os valores e expectativas atribuídos à gestação e à maternidade/paternidade têm hoje diferentes pesos, que impactam diretamente em como são vivenciadas. Esses valores e expectativas variam de acordo com as vivências em diversas esferas: pessoal, pública, médica, educativa e de pares, que modificam constantemente a experiência de tornar-se mãe/pai e de gestar (Davis-Floyd, 2003; Motta & Crepaldi, 2005).

Também na esfera da parturição e do parto houve mudanças significativas, principalmente a partir do século XX. Essas mudanças serão melhor exploradas a seguir.

1.2 Parto: Algumas Mudanças ao Longo do Tempo

Tido, ao longo de séculos, como algo exclusivo do universo feminino, o parto era vivenciado pelas mulheres, mesmo em sociedades de cultura predominantemente masculina e patriarcal, como um momento em que elas eram detentoras de sabedoria, de autonomia e de poder. O parto e o nascimento eram “coisa de mulher”. O partejar– função de parteiras e parturientes– era feito com mulheres, para mulheres (Jones, 2008).

Até o início do século XX, os partos ainda ocorriam majoritariamente em casa, assessorados por parteiras e mulheres da família e da comunidade (Motta & Crepaldi, 2005; Rattner, 2009). Era um evento social e existencial, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família (Davis-Floyd, 2003; Diniz, 2005).

No entanto, no ocidente (iniciando pela Europa), em meados do século XVII, o homem e os paradigmas masculinos foram se inserindo no contexto do parto. Os partos, aos poucos, foram deixando de ser feitos por parteiras e passaram a ser assistidos por médicos, homens, de acordo com os ideais (masculinos) da medicina (Jones, 2008; Tornquist, 2002). A ideologia por trás do parto também passou por grandes mudanças. Com o modelo de assistência médica que se instaurou e, tomando como base os preceitos da Igreja Católica, o parto passou a ser

entendido como algo sofrido e doloroso pelo qual as mulheres, responsáveis pelo pecado original, eram culpadas e deviam passar sem apoio ou alívio dos riscos e dores (Diniz, 2005). O parto era concebido como uma purgação feminina (Teixeira & Pereira, 2006).

Em um segundo momento, a obstetrícia médica passou a ter o nobre papel de “resgatar as mulheres”, pois elas eram vítimas de sua natureza (Jones, 2008). Assim, era dever do médico obstetra antecipar e combater os “perigos do desfiladeiro transpelvino”, como afirma Diniz (2005). Para isso, era necessário vasto instrumental cirúrgico-obstétrico, dos quais hoje ainda permanece o fórceps.

Com o avanço da tecnologia, o parto passou a ser feito predominantemente nos hospitais, os quais já atendiam, ao final do século passado, mais de 90% dos partos realizados no Brasil (Rattner, 2009). O hospital foi culturalmente associado ao “melhor lugar para ter um filho”, como afirmam Teixeira e Pereira (2006), tornando-se referência de segurança e qualidade para se ter um bebê (Castro & Clapis, 2005).

O parto era, então, entendido como um fenômeno patogênico, gerador de sofrimento e riscos para a mãe e para o bebê; uma forma de violência da qual a mulher devia ser “salva” pela obstetrícia cirúrgica (Diniz, 2005; Teixeira & Pereira, 2006). O nascimento, segundo Jones (2008), “deixou de ser um evento cultural para se tornar um acontecimento médico” (p.34). Castro e Clapis (2005) ressaltam que historicamente a medicina foi transformada em um tipo de poder na sociedade capitalista, exercendo não só o tratamento e a cura, mas o controle social: “o saber médico transformou a arte de curar em poder de curar” (p. 965). Houve, portanto, o entendimento de uma “superioridade” da obstetrícia masculina sobre o ofício feminino de partejar.

Com o modelo biomédico (tecnocrático e intervencionista), houve a consolidação de algo que vinha mudando: o protagonismo do parto. A primazia da tecnologia e das intervenções tomou conta do evento do nascimento (Castro & Clapis, 2005), deslocando da mulher o papel de protagonista e trazendo como atores principais do parto os médicos e seus instrumentos (Jones, 2008). A mulher, destituída do seu poder e da sua sabedoria, foi expropriada de seu próprio corpo, que agora pertencia à equipe que a assiste (Teixeira & Pereira, 2006). Deveria recorrer ao médico¹ para trazer sua cria ao mundo, pois não seria capaz de fazê-lo por si só (Tornquist, 2002). O médico, por sua vez, detentor do saber, assume o controle do parto e do nascimento: instrui a parturiente sobre como parir seu filho, decide quais procedimentos serão realizados, como e quando. A mulher deve seguir ordens (Jones, 2008).

¹É importante ressaltar que se está referindo ao médico homem, não por considerar que as médicas tinham práticas diferentes, mas porque, quando a medicina passou a fazer parte do contexto do parto, a medicina era ofício apenas de homens. Além disso, Jones (2008) e outros autores apontam que mesmo nos dias de hoje, em que já existe grande número de mulheres obstetras, o paradigma predominante continua sendo o masculino, aprendido e reproduzido com destreza por médicos homens e mulheres.

A tecnologia do modelo biomédico e suas intervenções passaram a governar os processos de parto e nascimento no âmbito hospitalar, sob a justificativa de que se estaria fazendo o melhor para as mulheres e seus bebês (Diniz, 2005). No entanto, nos anos 1970, a começar pelos países europeus, essa forma de assistência ao parto começou a ser questionada, em especial devido às reflexões envolvendo gênero, sexualidade e o corpo feminino, fundamentadas nos movimentos feministas e nas lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Tornquist, 2002). As pesquisas e os estudos liderados pela medicina baseada em evidências destacaram-se no papel de desmistificar as necessidades intervencionistas, trazendo novas visões do contexto do parto e do partear: o corpo feminino, antes tido como falho, inapto, incompleto (Giddens, 1993; Jones, 2008; Louro et al., 2000), voltou a ser visto como apto a dar à luz, na maioria das vezes, sem necessidade de intervenções. O parto passou a ser visto não como sofrimento do qual a mulher tem que ser poupada, mas como experiência pessoal, sexual e familiar (Davis-Floyd, 2003), com grande potencial de empoderamento da mulher, desde que ela seja protagonista desse processo (Diniz, 2005; Jones, 2008; Tornquist, 2003).

A década de 1980 trouxe consigo um movimento internacional, voltado para a integração da tecnologia apropriada, a retirada da tecnologia danosa e a busca por atender reivindicações dos movimentos feministas e da luta por direitos sexuais e reprodutivos. No Brasil, esse movimento ficou conhecido como Humanização do Parto e do Nascimento (Diniz, 2005).

1.3 O Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento

Tornquist (2002) entende o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento como um desdobramento do chamado “ideário do parto sem dor”, iniciado no final do século XIX na Europa, e que atingiu maior popularidade nos anos 1950, com as práticas de Dick-Read e Lamaze. Dick-Read, cientista inglês, investigou em 1930 o parto como processo fisiológico, partindo do princípio de que, por ser um processo natural do corpo, não deveria causar dor. Identificou, então, a influência do aspecto psicológico na vivência da dor no ser humano. Para Dick-Read, a dor do parto se dava devido ao medo, que ativava o sistema nervoso autônomo, gerando estímulos que eram interpretados na área talâmica como dolorosos (Maldonado, 2002). A hipótese era de que havia um ciclo medo-tensão-dor, que tendia a se repetir e se fortalecer cada vez mais: o medo das experiências por vir geravam tensão, que por sua vez geravam dor. A dor intensificava o medo e novo ciclo se iniciava (Jones, 2008).

Também intrigado com a dor no parto, Lamaze, médico francês, visitou a Rússia em 1951, com o intuito de conferir os efeitos de um método desenvolvido pelo médico obstetra Nicolaiev, juntamente com Velvovski e Platonov, ambos psiconeurologistas. Esse método, chamado psicoprofilático, seguia a teoria dos reflexos condicionados de Pavlov e buscava condicionar estímulos e respostas para que mulheres tivessem um parto sem dor e sem

necessidade de anestesia. Impressionado com a eficácia da psicoprofilaxia, Lamaze dedicou-se a implementá-la e difundi-la. Hoje, Lamaze é considerado seu principal representante (Bortoletti, 2007a; Vellay, 1993).

Tanto Dick-Read quanto Lamaze estavam preocupados em atenuar as dores do parto e em transformar esse evento em algo mais natural, prazeroso e satisfatório. Para isso, propuseram técnicas comportamentais que visavam melhor preparação da mulher para o parto. Por meio de trabalho prévio com as gestantes, forneciam informações sobre a gravidez e o parto, associando-as com treinamentos para o trabalho de parto, feitos com exercícios físicos e respiratórios, técnicas de relaxamento e condicionamento (Bortoletti, 2007a; Rodrigues & Siqueira, 2008).

Nos anos 1960, a busca por um parto mais prazeroso trouxe uma segunda geração do “parto sem dor”, influenciada pelo movimento feminista na época. Com ideais mais libertários relativos à sexualidade da mulher, ao papel do pai no processo de parturição e à visão que se tinha quanto ao bebê, esse movimento incorporou técnicas como a Shantala (massagem feita por mulheres indianas em seus bebês) e o parto de cócoras (como é feito em várias comunidades indígenas), dentre outras (Bortoletti, 2007a). Foi um movimento de grande difusão no Brasil, particularmente nas classes médias intelectualizadas, e teve como principais representantes os obstetras Frederic Leboyer, Moisés Paciornik e Michel Odent (Rodrigues & Siqueira, 2008; Tornquist, 2002).

Já na década de 1980, a humanização do parto foi tomando corpo, baseada principalmente nas discussões dos direitos sexuais e reprodutivos e na crítica ao modelo médico hegemônico. As reflexões surgidas passaram a incorporar um conjunto de diretrizes que fundamentaram diversos programas e políticas de saúde no Brasil nos anos 1990, culminando em 2000 com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Deslandes, 2005).

O programa e as políticas relacionadas ao pré-natal e ao nascimento no Brasil tiveram como base as recomendações da OMS, que desde 1985 já alertava para os excessos de medicalização no parto e os riscos desnecessários que as intervenções desmedidas causavam para a mulher e o bebê (Diniz, 2005). Nas publicações da OMS (WHO, 1985; 1996), compilações de estudos orientados pela medicina baseada em evidências recomendavam as práticas comprovadamente úteis e a restrição ou erradicação daquelas sem evidências de benefícios ou comprovadamente inadequadas (Deslandes, 2005). Dentre as principais recomendações, estavam o incentivo ao parto vaginal; ao aleitamento materno no pós-parto imediato; ao alojamento conjunto após o parto (mãe e recém-nascido); à presença do pai ou acompanhante de escolha da gestante no processo do parto; à atuação das enfermeiras obstétricas na assistência aos partos normais; à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde, nas regiões em que não há rede hospitalar. E ainda: a modificação de hábitos e rotinas hospitalares, eliminando práticas desnecessárias e intervencionistas – como o enema (lavagem intestinal) e a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) – e reduzindo outras apenas a situações

de necessidade comprovada, como a episiotomia (corte realizado no períneo para facilitar a saída do bebê), a amniotomia (ruptura intencional e provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), e, mais especificamente, os partos cirúrgicos – as cesáreas (Tornquist, 2002).

Tomando essas recomendações como referência, o Ministério da Saúde produziu diretrizes importantes de âmbito nacional. Dentre elas, se destacam os manuais técnicos Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher, de 2001, e Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Mãe Canguru, de 2002. Mas, mesmo com vasta caminhada, as discussões sobre humanização e o significado do termo “humanizar” ainda permanecem. Polissêmico até os dias atuais, o termo já passou por diversas interpretações, indo desde uma perspectiva caritativa e messiânica, de doar-se ao outro, até ideias voltadas para a discussão dos direitos humanos e de saúde pública, buscando acesso a atenção de qualidade à saúde (Deslandes, 2005).

Cabe ainda questionamento quanto ao próprio termo: como humanizar uma assistência feita por humanos para humanos, como é o cuidado em saúde? Seriam ações para tornar o atendimento mais gentil e respeitoso, com abordagem menos agressiva aos pacientes? Ter salas de atendimento mais bonitas e arejadas? É necessário, portanto, esclarecer o que se entende hoje por humanização (Jones, 2006; Rattner, 2009).

Em estudo feito por Mabuchi e Fustinoni (2008), profissionais de saúde entrevistados compreenderam a humanização da assistência ao parto como cuidado e atenção diferenciados por parte da equipe de saúde à mulher, ao acompanhante e ao bebê. Quanto ao cuidado e atenção, Couto (2006) especifica: escuta diferenciada, diálogo aberto, acolhimento da grávida e dos seus ideais, atitude de ajuda e empatia por parte dos profissionais de saúde, promoção do bem-estar físico e mental da grávida e de seu acompanhante são aspectos fundamentais e devem estar presentes. As enfermeiras obstétricas entrevistadas no estudo de Castro e Clapis (2005) destacaram ainda a desmedicalização da assistência, sendo o parto humanizado um resgate do parto mais natural, com o mínimo de intervenções. Para elas, o cuidado não deve ser só dos aspectos biológicos, mas também dos psicoemocionais, sociais, culturais, de forma integral.

Estudo feito por Deslandes (2005) aponta alguns dos principais significados relacionados às iniciativas de humanização do pré-natal e do nascimento: a) relação interpessoal de qualidade entre profissionais e usuários; b) reconhecimento dos direitos dos pacientes; c) relações democráticas de poder entre profissionais e pacientes; d) desmedicalização da atenção ao parto e ao nascimento; e) promoção de vínculos entre família, mulher e bebê ainda no hospital; f) valorização dos profissionais de saúde (produtores de cuidado). Tais reflexões se aproximam bastante do que é estabelecido na Política Nacional de Humanização (PNH).

De acordo com a PNH, a humanização envolve a valorização dos diferentes sujeitos participantes da produção de saúde (gestores, trabalhadores e usuários) por meio de sua autonomia e protagonismo. Além disso, pressupõe mudanças nos modelos de atenção e de

gestão, que devem ter como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (Rattner, 2009). Diversos autores, como Carraro et al. (2006), Davis-Floyd (2003), Diniz (2005), Griboski e Guilhem (2006), Jones (2008), Mabuchi e Fustinoni (2008), Nagahama e Santiago (2008), Silva et al. (2011), Teixeira e Pereira (2006) e Tornquist (2003), apontam que, para que tais mudanças se efetivem na assistência ao pré-natal, nascimento e puerpério, é necessária uma mudança de paradigma. O respeito à individualidade da mulher, a visão da mulher como protagonista e o respeito à cultura, às crenças, aos valores e à diversidade de opiniões das gestantes e suas famílias são apontados como fundamentais para uma nova forma de atenção e cuidado (Parada & Tonete, 2008). No entanto, a implementação no Brasil dessa outra forma de fazer, de uma assistência mais humanizada, interdisciplinar e de acordo com as recomendações da OMS, ainda passa por dificuldades importantes (Carvalho & Araújo, 2007; Diniz, 2005; Tornquist, 2002).

1.4 Panorama Atual da Assistência ao Parto: entre Propostas e Práticas

Apesar do notável progresso que ações da OMS e do Ministério da Saúde trouxeram no que se refere às políticas públicas e às práticas relativas à gestação, parto e puerpério, nota-se ainda hoje clara desarmonia entre teoria e prática na busca pela humanização da assistência (Diniz, 2005; Mabuchi & Fustinoni, 2008). Permanecem problemas de diversas ordens: saúde pública; fatores institucionais e culturais; práticas e posturas dos profissionais de saúde; preparação e postura das mulheres, seus companheiros e sua família; entre outras (Mabuchi & Fustinoni, 2008; Nagahama & Santiago, 2008; Rodrigues & Siqueira, 2008; Tornquist, 2003).

Referente à saúde pública e ao sistema de saúde, Rodrigues e Siqueira (2008) destacam que a organização das políticas públicas e do próprio sistema ainda enfrenta dificuldades, gerando e/ou mantendo adversidades como mortalidade materna elevada, altas taxas de cesáreas, pré-natal de baixa qualidade, quantidade insuficiente de leitos disponíveis nas maternidades. Fatores institucionais, como falta de recursos financeiros, déficits na infraestrutura, dificuldades na organização da instituição e de sua estrutura física, rotinas hospitalares inflexíveis e políticas internas contraditórias nos hospitais também foram destacados como barreiras na implantação de uma assistência mais humanizada (Carvalho, 2003; Mabuchi & Fustinoni, 2008; Nagahama & Santiago, 2008).

As posturas e práticas dos profissionais de saúde também são aspectos problemáticos, em determinados momentos. Diferentes estudos indicam que a integração da equipe multiprofissional ainda é insuficiente, contribuindo para o fornecimento de informações contraditórias ou imprecisas às gestantes e perpetuando práticas de atendimento despersonalizadas (Mabuchi & Fustinoni, 2008; Nagahama & Santiago, 2008; Queiroz, Jorge, Marques, Cavalcante & Moreira, 2007). Há, com frequência, diferenças hierárquicas entre cargos e funções. Na maioria das instituições, os médicos continuam sendo os detentores do

poder de decisão sobre as práticas e formas de assistência, restando à equipe de enfermagem (e, em alguns casos, a outros profissionais) obedecer a suas ordens. A hegemonia médica atua, portanto, como obstáculo na adequação das práticas dos diversos profissionais envolvidos na assistência ao parto, vez que impede a autonomia de suas ações (López, Basulto & Valázquez, 2008).

Quanto à postura e às atitudes profissionais em relação à mulher e ao casal, percebe-se que a violência e o mal-estar continuam presentes, especialmente no que se refere ao cuidado e conforto durante o trabalho de parto e o parto (Carraro et al., 2006; Rattner, 2009). As parturientes relatam pouca atenção dada pela equipe obstétrica, falta de privacidade, falta de paciência e de respeito dos profissionais da equipe com elas, preocupações e ansiedades advindas da falta de controle e de informações do que estava ocorrendo durante o trabalho de parto e o parto.

Tais relatos vão ao encontro dos achados de D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), que identificaram quatro tipos de violências que costumam ocorrer no contexto da assistência ao parto: (a) negligência; (b) violência verbal (incluindo ameaças, humilhações e forma grosseira de tratar); (c) violência física (falta de cuidado na execução de exames, no manuseio de instrumentos ou mesmo a não utilização de analgesia, quando indicada); (d) abuso sexual. A presença de tantas formas de violência contribui, de acordo com Rattner (2009), para a construção de uma visão do parto e nascimento como experiências traumáticas e dolorosas.

Castro e Clapis (2005) sustentam que tais posturas e práticas relacionam-se intimamente com a formação dos profissionais de saúde – ainda hoje deficiente e antiquada, visando o biológico e o patológico. Permanece a visão do parto como inerentemente problemático, exigindo intervenção médica para garantir bom resultado. A cultura do cuidado, especialmente o cuidado humanizado, não tem expressão e espaço significativos na formação médica, a qual privilegia o ensino referente aos padrões técnicos e à utilização da tecnologia (Reis & Patrício, 2005). Os achados de Nagahama e Santiago (2008) se somam a isso, ressaltando o pouco contato dos profissionais com a temática de humanização, pouco presente ou, muitas vezes, ausente em disciplinas ao longo do curso de graduação.

Assim, percebe-se a necessidade de uma formação profissional mais afinada com as recomendações atuais, que trate do tema “humanização” de forma ampla e completa desde o curso de graduação até a prática profissional (López et al., 2008; Queiroz et al., 2007) e que incorpore mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, enfocando a atenção integral e os direitos sexuais e reprodutivos (Nagahama & Santiago, 2008). Silveira, Camargo e Crepaldi (2010) consideram também como prioridade o aprimoramento de habilidades relacionais dos profissionais envolvidos na assistência, vez que a inter-relação das mulheres com a equipe é percebida por elas como um aspecto importante da qualidade do atendimento, influenciando inclusive na sua satisfação com a vivência do parto.

A cultura – institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva – ainda é preponderante sobre a racionalidade científica, funcionando como conhecimento impositivo na organização das práticas em saúde (Diniz, 2005). Autores como Davis-Floyd (2003) e Jones (2008), questionam por que, mesmo com a vasta quantidade de estudos publicados que demonstram quão desnecessárias e iatrogênicas podem ser algumas práticas, a maior parte dos partos dentro da rede de serviços de saúde (pública e particular) ainda segue o “antigo roteiro” de parto. As gestantes e parturientes que procuram maternidades e hospitais continuam sendo submetidas ao que Diniz (2005) refere como “linha de montagem”, em que são “processadas” pela equipe de saúde em diferentes “estações de trabalho” ao longo do pré-parto, parto e pós-parto, sendo muitas vezes privadas de suas necessidades mais básicas, como liberdade para locomover-se, alimentar-se, ir ao banheiro. As interações entre profissionais e usuárias seguem de um modo mecânico e despersonalizado, com rotinas prescritas para qualquer mulher, sem considerar sua identidade, contextos culturais e afetivos (Reis & Patrício, 2005).

Estudos apontam que, mesmo em instituições que se propõem a seguir o modelo de parto humanizado proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), ainda há distorções no processo de humanização. Apesar de práticas tidas como humanizadoras serem executadas nas instituições, as mulheres ainda não ocupam lugar de protagonistas do processo. Ao contrário, muitas se encontram submissas, temerosas e confusas (Mabuchi & Fustinoni, 2008).

Destaca-se que a consideração da mulher como protagonista deve incluir a realidade em que ela se encontra, não podendo haver um modelo universalista de mulher, de família, de feminilidade (Teixeira & Pereira, 2006). Se o ideário do parto humanizado advoga os direitos das mulheres no trabalho de parto e no parto, há que se estar atento às diferenças socioculturais entre essas mulheres, não as submetendo às mesmas “medidas humanizadoras” indiscriminadamente (Tornquist, 2003).

Um outro problema destacado é que, ao se perder de vista as mulheres como sujeitos, incorre-se no risco de passar a aplicar práticas e procedimentos “humanizadores” de forma normatizada e inflexível. Assim, o que poderiam ser procedimentos benéficos, se executados de acordo com a realidade de cada gestante, passam a ser meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão prejudiciais quanto os que o tratamento tecnocrático costuma gerar (Tornquist, 2003).

Se, de um lado, há o despreparo de profissionais de saúde, nota-se, de outro, preparação insuficiente das mulheres (gestantes e parturientes), seus companheiros e famílias. Por desconhecerem seus direitos, permanecem em posição de acentuada fragilidade, ficando à mercê dos protocolos e rotinas da equipe de saúde (Guimarães, Chianca, & Oliveira, 2007; Reis & Patrício, 2005).

Nagahama e Santiago (2008) apontam alguns dos importantes obstáculos para a implantação do cuidado humanizado: (a) o desconhecimento por parte das gestantes e seus acompanhantes dos direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; (b) a atitude de resignação das mulheres e familiares, cedendo às imposições institucionais e da equipe; (c) a falta de orientação e preparo do acompanhante; (d) a insuficiência ou mesmo negação do fornecimento de informações para a parturiente e familiares; (e) o despreparo da equipe para acolher o acompanhante.

Tratando especificamente da presença do acompanhante, diversos estudos desde a última década já apontam os seus benefícios. A presença do acompanhante de escolha da parturiente geralmente está relacionada a maior número de partos espontâneos (partos vaginais sem uso de fórceps ou vácuo extrator); trabalho de parto mais fácil e rápido; menor uso de medicações para analgesia; maior satisfação das usuárias; bebês nascidos com índice de Apgar mais alto; e menor índice de intervenções obstétricas, dentre as quais, cesáreas (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Skala, 2007; Hoga & Pinto, 2007). Membros da equipe de saúde também relataram maior colaboração por parte da gestante, que comumente sente-se mais segura e confiante (Brüggemann, Osis, & Parpinelli, 2007; Carvalho, 2003; Rodrigues & Siqueira, 2008), facilitando a relação profissional-paciente, além de contribuir para formação mais ampla dos profissionais, no que tange ao pré-parto e parto, por meio da participação destes em vivências permeadas por valores e visões diferentes das aprendidas na universidade (Brüggemann et al., 2007; Hoga & Pinto, 2007).

No entanto, tais benefícios só ocorrem quando há preparo adequado: da equipe, em termos técnicos, em sua formação, nas crenças e valores que a permeiam, na atitude de cada profissional (Hoga & Pinto, 2007; Reis & Patrício, 2005); da instituição, que deve ter espaço físico adequado para a presença do acompanhante e normas institucionais em acordo com a proposta (Carvalho, 2003; Castro & Clapis, 2005); dos próprios acompanhantes, que muitas vezes não compreendem o processo de parturição, não sabem como proceder para ajudar ou não se sentem suficientemente apoiados emocionalmente para fornecer os cuidados necessários (Motta & Crepaldi, 2005).

Alguns profissionais de saúde justificam as dificuldades na aplicação dos ideais humanizados por falta de condições de trabalho adequadas. A escassez de tempo é bastante citada, vez que, segundo eles, o atendimento humanizado tende a demorar mais e há, com frequência, número reduzido de profissionais na equipe e ocasiões de partos simultâneos. É importante salientar, no entanto, que a atenção humanizada não está ligada exclusivamente a tempo ou recursos disponíveis. Refere-se também a fazer dos momentos de contato uma forma de interação que promova saúde à mulher, seu recém-nascido e acompanhante, além dos próprios integrantes da equipe (Reis & Patrício, 2005).

Em busca do aprimoramento da qualidade da assistência e da atenção prestadas no trabalho de parto e no parto, a OMS estabeleceu algumas práticas como indicadores de qualidade: (a) fornecimento à gestante e familiares das informações que desejem durante o trabalho de parto e o parto; (b) uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto; (c) presença do acompanhante de escolha da parturiente ao longo do trabalho de parto e no parto; (d) contato pele a pele entre mãe e bebê ainda na sala de parto (Nagahama & Santiago, 2008).

Quando a assistência ao parto é efetivamente executada de acordo com os ideais de humanização, as mulheres e os casais tendem a ter vivências mais satisfatórias e positivas do parto, percebendo-o como momento empoderador, especial, mágico (Davis-Floyd, 2003). Isso é, com frequência, atribuído pelas mulheres à relação de confiança estabelecida com a equipe de saúde; à possibilidade de contar com acompanhante durante o parto e nascimento; à escuta e ao respeito às suas opiniões e decisões; e ao tratamento digno e respeitoso recebido dos profissionais (Merighi, Carvalho, & Suletroni, 2007; Parada & Tonete, 2008).

Outros fatores que influenciam na percepção e na satisfação das usuárias quanto à atenção recebida são: explicações dadas em linguagem acessível; frequência do cuidado; tempo empenhado pelos profissionais ao lado da parturiente; prontidão no atendimento; ajuda para amamentar; e acompanhamento dedicado durante o pós-operatório (Silveira et al., 2010; Queiroz et al., 2007).

Deve-se, no entanto, estar atento: apesar de algumas mulheres relatarem contextos de grande sofrimento e violência em suas vivências no trabalho de parto e no parto, muitas delas naturalizam sua experiência, ao terem um “desfecho feliz” do processo de parturição. Entendem a realidade de resignação, sofrimento, dor como algo que “compensa”, ao ver o rosto do filho depois que nasce, mascarando sua grande insatisfação e frustração (Silva et al., 2011; Silveira et al., 2010).

Desde a década de 1980, estudos já apontavam o parto como uma experiência marcante para a mulher, podendo ser visto como um rito de passagem com efeitos diversos, a depender da forma como ocorre (Davis-Floyd, 2003; Jones, 2008). Parada e Tonete (2008) destacam que a vivência da parturição pode ser prazerosa, positiva ou traumática, a depender de condições da mulher e da gestação (como maturidade e experiências pessoais e familiares anteriores) e, ainda, das condições relacionadas ao sistema de saúde (como a assistência recebida ao longo de todo o pré-natal e durante o parto).

A satisfação da mulher com o trabalho de parto e o parto e a qualidade de sua vivência podem influenciar consideravelmente seu bem-estar físico e psicológico, bem como a interação com seu bebê. Repercute também na qualidade de suas relações com o restante da família e de outros membros da rede social (Hodnett et al., 2007; Marut & Mercer, 1979; Robson & Kumar, 1980).

O impacto que a experiência do parto tem sobre a mãe, o bebê e, naturalmente, a díade que se estabelece entre eles, aponta para a importância de mudanças nas práticas de preparação para o parto e de assistência ao parto, à parturição e ao puerpério, buscando maior qualidade para todos os envolvidos (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003; Silva et al., 2011). Essa busca por qualidade vem trazendo, na última década, novas iniciativas e tendências na assistência pré-natal e na atenção ao parto.

1.4.1 Algumas tendências no Brasil

Atualmente, ações e práticas diferentes das formas predominantes de parto e nascimento vêm se tornando mais comuns. Podem-se destacar mudanças importantes, como o surgimento das casas de parto, o “retorno” do parto domiciliar e a participação de outros profissionais na cena do parto (Seibert, Gomes, & Vargens, 2008).

Sabe-se que o ambiente pode influenciar diretamente a dinâmica do trabalho de parto, favorecendo-a ou prejudicando-a. Michel Odent (2003) afirma que as características de um ambiente adequado ao parto são quase as mesmas necessárias para alguém que quer dormir: ambiente calmo, tranquilo, familiar, com pouca luminosidade, pouco barulho, de temperatura aconchegante e sem muitas interrupções. Entretanto, ambientes assim raramente são encontrados em hospitais. Ao contrário, o que predomina são ambientes frios, com pessoas desconhecidas circulando pelas salas e corredores, falas, barulhos, muita luz e constantes intervenções e manipulações. Tais condições hospitalares favorecem sobremaneira o funcionamento do neocórtex cerebral (ligado a atividades cognitivas), evitando que a mulher entre em contato com seu lado mais instintivo (ativado na área hipotalâmica). Quando a mulher está em funcionamento predominante do hipotálamo, a tendência é que seu trabalho de parto e o parto ocorram com maior facilidade, menor duração e menos dores (Jones, 2008; Odent, 2002, 2003).

Entendendo os benefícios que um ambiente mais aconchegante e familiar pode trazer à mulher e, por consequência, ao bebê, o Ministério da Saúde adotou a ideia de casas de parto como boa alternativa ao hospital. Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 985/99, que criava os Centros de Parto Normal (CPN), também conhecidos por casas de parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Crizóstomo, Nery, & Luz, 2007). Os CPNs têm por objetivo atender, de acordo com os princípios de humanização do parto e do nascimento, a partos normais sem distócia (dificuldade na evolução do trabalho de parto). Seu ambiente busca assemelhar-se ao de uma casa ou ambiente mais aconchegante, evitando aparentar como uma instituição (Davim & Menezes, 2001). Têm a proposta de fazer do parto uma experiência positiva na vida da mulher, buscando oferecer assistência mais individualizada e personalizada (Seibert et al., 2008).

Segundo a Portaria 985/99, a equipe mínima de um CPN deve ser constituída por uma enfermeira obstetra, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista, caso haja necessidade de transferência da parturiente para um hospital. O atendimento é feito por enfermeiras(os) obstetras, e não por médicos(as), em acordo com as recomendações da OMS para a assistência ao parto normal. Elas devem assistir à gestante, avaliar riscos e, caso reconheçam complicações, transferir a parturiente para atendimento médico-hospitalar (Crizóstomo et al., 2007).

Uma outra alternativa surgida para o local de parto, também na busca por ambiente mais familiar, tranquilo e aconchegante, foram os partos domiciliares. Sabe-se que, em diversas regiões do Brasil, particularmente nas Regiões Norte e Nordeste e em locais do interior com pouca infraestrutura, o parto domiciliar e a atividade das parteiras tradicionais nunca deixou de existir. Entretanto, como já dito anteriormente, ao longo do século XX, o parto migrou para o hospital, considerado local mais seguro para se ter um filho (Castro & Clapis, 2005; Teixeira & Pereira, 2006).

Nota-se, hoje, novo movimento, incorporado em grande parte por mulheres das classes média e alta, que buscam o parto domiciliar como sinônimo de um parto de maior qualidade, de maior respeito à sua fisiologia e aos direitos da mulher, da família e do bebê. Essa busca toma por base os exemplos de países como Holanda e Inglaterra, em que mulheres que não apresentem sinais de dificuldades durante o pré-natal podem ter seu bebê em casa, acompanhadas por parteiras (*midwives*). Os partos domiciliares são, nesse caso, fruto de escolha pessoal, e não da falta dela, como ocorre em alguns lugares do interior do país (Davim & Menezes, 2001).

Segundo Largura (2006), o parto domiciliar atende de maneira particular as necessidades psicológicas e sociais da gestante e sua família. Permite a presença e a participação do companheiro (e outros familiares) não apenas como mero espectador, mas como alguém que está contribuindo para o nascimento do próprio filho. Também ajuda a trazer de volta o sentido do nascimento, muitas vezes perdido em meio a tantas regras e práticas institucionais. Outras vantagens apontadas no parto domiciliar são: a liberdade (de movimentos, de ter os acompanhantes de escolha, de utilizar a própria vestimenta, de emitir sons que desejar); o respeito ao ritmo da gestante e do bebê; a segurança (risco praticamente nulo de raptos ou troca do bebê); a privacidade; melhores condições para a acolhida do bebê (Crizóstomo et al., 2007).

No Brasil, o parto domiciliar ainda é visto com grande preconceito pela sociedade e por boa parte dos profissionais de saúde. Mulheres e casais que fazem essa escolha passam frequentemente por pressões e julgamentos diversos, sendo muitas vezes recriminados por sua família, profissionais e amigos, acusados de estarem colocando em risco a própria vida e a vida do bebê. Um dos argumentos principais contra o parto domiciliar é de que, em casa, os riscos de

infecção da mãe e do bebê são maiores. No entanto, diversos estudos já apontaram que essa informação não procede. Ao contrário, em alguns hospitais, o risco de infecção é consideravelmente mais expressivo (Largura, 2006).

A OMS sugere que a mulher deva dar à luz em lugar que se sinta segura. Para mulheres com gestação de baixo-risco, uma pequena maternidade, casa de parto, ou sua própria casa podem ser apropriados. Ela pode ainda sentir-se mais segura em uma estrutura maior, como a de um hospital. Independentemente do lugar, o cuidado e a atenção oferecidos devem ter como foco a mulher, suas necessidades e sua segurança (WHO, 1996).

Tanto nas casas de parto quanto nos partos que ocorrem em domicílio, o atendimento à mulher normalmente é feito por profissionais não médicos. Nas casas de parto, como já foi dito, a assistência à gestante é dada predominantemente por enfermeiras obstetras. Já nos partos domiciliares, há variedade um pouco maior: enfermeiras obstetras, parteiras, doulas e médicos obstetras (Crizóstomo et al., 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, enfermeiras obstetras, obstetrites ou parteiras (*midwives*) são as profissionais mais indicadas para o atendimento a gestações e partos normais (WHO, 1985).

No Brasil, existem parteiras tradicionais e parteiras formadas por cursos específicos, também conhecidas como obstetrites (Crizóstomo et al., 2007). As parteiras tradicionais são aquelas que aprendem o ofício com outras parteiras e por meio de vivências. Entendem seu trabalho como missão, sacerdócio (Largura, 2006). Já as parteiras mais recentes, geralmente enfermeiras ou obstetrites, fizeram cursos e formações específicas para exercer a profissão – o que poderia se assemelhar às *midwives*, como são conhecidas em países de língua inglesa (Odent, 2003). No entanto, após a industrialização dos partos (Diniz, 2005), as parteiras tradicionais perderam muito de seu espaço e as parteiras formadas por cursos não chegaram a conquistar efetivamente espaço significativo. Ainda hoje são vistas com preconceito e associadas a riscos para o parto (Largura, 2006).

Apesar das dificuldades de reconhecimento no mercado, a busca por partos alternativos ao que ainda é o padrão atual tem favorecido a inserção dessas profissionais na cena do parto, bem como a consolidação de uma “nova” profissional: a doula. Com a já mencionada mudança do parto para o ambiente hospitalar e a consequente perda da figura que cuidava da parturiente (parteiras e outras mulheres da família ou da comunidade), surgiu, nas últimas décadas a doula, ocupando esse lugar de cuidado. Embora o nome da profissão seja recente, a função desempenhada é antiga: cuidar, dar suporte e apoio contínuo à parturiente durante todo o trabalho de parto e parto (Teixeira, 2005).

Segundo Teixeira (2005), diversas pesquisas indicam que a doula tem a capacidade de reverter quadros difíceis no parto. Sua presença tem sido associada à redução de: necessidade de analgesia farmacológica; índice de intervenções em partos vaginais; taxa de cesarianas; tempo de trabalho de parto. Está relacionada ainda à menor incidência de depressão neonatal e

depressão pós-parto e a maior índice de sucesso na amamentação. É importante salientar que a função da doula não é realizar procedimentos médicos, mas fornecer apoio e cuidado à gestante. Teixeira lembra que a doula deve trabalhar em conjunto com outros profissionais, em interação de harmonia e respeito. Ela não deve substituir nenhum profissional.

Pode-se notar, portanto, que há um movimento crescente, embasado na visão de humanização do parto e do nascimento, que busca aumentar a qualidade das vivências de parturição e nascimento, trazendo outras características para a cena do parto – sejam relacionadas ao ambiente, sejam relacionadas à atenção ou tipo de cuidado.

Por outro lado, percebe-se no Brasil um número preocupante de partos cirúrgicos, que têm aumentado, apesar de campanhas do Ministério da Saúde e políticas públicas de incentivo ao parto normal. Dentre os partos por cesárea, uma proporção cada vez maior ocorre de forma eletiva (Scliar, 2005). Rattner (2009) explica que, com o desenvolvimento industrial, a assistência ao nascimento também seguiu esse padrão, tratando dos nascimentos como se fossem linha de produção. As cesarianas, mais convenientes sob a ótica industrial, passaram a ser agendadas, sendo vistas como forma de economia de tempo e maior produtividade. A autora sustenta que a cesárea, mais do que uma forma de parto e um procedimento cirúrgico, adquiriu características de bem de consumo. É “vendida” por profissionais de saúde e por pacientes como um parto mais seguro e sem dor, incentivando a “cultura da cesárea” e desestimulando o parto normal (Teixeira & Pereira, 2006).

Davis-Floyd (2003) chama atenção para o fato de que histórias positivas sobre parto raramente são contadas, predominando histórias que associam o parto normal a dificuldades, sofrimento e dor. Mulheres brasileiras da atualidade parecem duvidar cada vez mais da sua capacidade de parir, frequentemente se perguntando se terão força suficiente ou se irão aguentar tamanha dor. O parto normal, em alguns grupos de mulheres, ganhou imagem de algo que só “supermulheres” conseguem suportar. Nota-se então que há grande influência das expectativas sobre o parto nas possíveis vivências das mulheres.

1.5 Expectativas acerca do Parto e da Assistência Recebida

A gestação e o parto são experiências muito impactantes e significativas para a maior parte das mulheres, podendo trazer consequências para o puerpério e mesmo influenciar suas concepções e vivências da maternidade (Bortoletti, 2007b). O parto é o momento esperado pela gestante, seu companheiro e familiares, tendo significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura (Dias & Deslandes, 2006). Ao mesmo tempo, é também um momento temido. A mulher tem que lidar com uma multiplicidade de dimensões e fatores. Alguns situacionais, relativos ao próprio momento do parto, como: presença ou não de uma figura significativa de cuidado e apoio; participação ativa ou passiva durante o processo; utilização ou não de métodos analgésicos; posição e via de parto (Costa et al., 2003; Gayesky &

Brüggemann, 2009). Outros – individuais, sociais, econômicos, culturais – referem-se a processos anteriores ao parto, iniciando-se na gravidez ou mesmo antes dela: concepções e expectativas da mulher e do casal acerca da gravidez, parto e maternidade, dúvidas, angústias, medos, (des)informação sobre as mudanças que deverão ocorrer ao longo de todo o ciclo gravídico puerperal, nível de estresse e de vulnerabilidade que a gestante se encontra, dentre outros tantos (Maldonado, 2002).

Dias e Deslandes (2006) apontam que as expectativas geradas em relação ao momento do parto geralmente são baseadas em experiências anteriores, em informações obtidas por meio de conversas, da mídia e de materiais informativos e em seu *background* cultural. Segundo os autores, dentre as expectativas mais comuns relativas ao trabalho de parto e parto estão: a oportunidade de participação ativa nesses momentos, o controle da situação e de si própria (no caso da gestante com contrações), a confiança nos profissionais que irão atendê-la (tanto por conhecê-los previamente como pela forma que a relação se dá) e a possibilidade de contar com acompanhante. No entanto, os autores destacam, assim como Tornquist (2003), que há diferenças significativas entre mulheres dos estratos médios de renda e aquelas dos baixos estratos de renda quanto a desejos, vontades e expectativas.

Um fator de destaque entre as mulheres que pretendem ganhar seus filhos na rede pública e aquelas que planejam ir para a rede particular é a incerteza das primeiras quanto a vaga disponível para a internação, quando chegar a hora do parto. Estudos apontam que as gestantes que frequentam a rede pública muitas vezes sentem-se inseguras, ansiosas e preocupadas com relação ao parto devido ao receio de não ter vaga no local planejado para ganhar o bebê. Não raro, têm que ir a mais de um hospital, já em trabalho de parto, para acharem vaga e serem internadas – o que gera grande estresse e vivências bastante negativas do trabalho de parto (Dias & Deslandes, 2006; Parada & Tonete, 2008, Teixeira & Pereira, 2006). Dias e Deslandes (2006) notaram que as gestantes que planejam ter seu bebê na rede pública geralmente associam a satisfação com o serviço ao fato de conseguirem vaga para a internação e serem atendidas sem demora quando admitidas. As mulheres assistidas em hospitais da rede particular geralmente não passam por tal realidade.

Outra diferença marcante é que, enquanto para as mulheres de estratos médios de renda é importante participar e ter controle sobre o processo de parturição, passar por menos intervenções tecnológicas e ter o companheiro como acompanhante, para as mulheres de baixa renda, o mais comum é desejar que o trabalho de parto termine o mais rapidamente possível – vez que está associado a sofrimento e dor – com ajuda das intervenções disponíveis e dos profissionais (Dias & Deslandes, 2006). Estas também não costumam fazer questão da presença do companheiro, preferindo muitas vezes a presença de uma mulher da família (mãe, cunhada, irmã) ou, eventualmente, uma amiga como acompanhante. Percebem o universo da gravidez,

parto e bebês como assunto de mulheres, para o qual homens “não têm estômago” (Tornquist, 2003).

Também em relação às expectativas quanto ao tipo de parto, há diferenças significativas, de acordo com estratos sociais e escolaridade de gestantes e casais. Tornquist (2003) afirma que mulheres de classes populares não costumam demonstrar grandes preocupações quanto ao tipo de parto e geralmente acatam a sugestão da equipe. Para elas, o recurso à cesárea pode ser mal visto apenas pelo medo e desconfiança da cirurgia, bem como pela fama de um pós-parto mais difícil. Já para mulheres de classe média e maior escolaridade, a forma de parir tem mais importância. Dentre as que têm afinidade com os ideais de parto mais natural, o parto de cócoras é muitas vezes visto como o parto perfeito e a cesárea, como “o revés do belo parto”, segundo a autora; algo a ser lamentado como um fracasso, gerando sensações de frustração e de incapacidade.

Em outras situações, mulheres que já tinham uma ideia de parto medicalizado, em que elas ocupavam lugar passivo, vivenciavam confusão e ambiguidade ao se depararem com práticas que davam a elas possibilidade de escolha. Algumas chegaram a reclamar de não terem recebido intervenções, como uma entrevistada do estudo feito por Silva et al. (2011): “...foi ruim porque foi natural, não empurram, não dão remédio, é muito devagar...” (p. 63).

Silva et al. (2011) destacam ainda que, com o movimento de humanização do pré-natal e nascimento, mulheres passaram a ter altas expectativas, algumas não muito realistas. Despreparadas e com poucas informações sobre o processo de parturição, não raro, se frustram com suas experiências e vivenciam ambiguidade entre o esperado e o vivido. As autoras ressaltam que algumas mulheres associaram, devido ao movimento de humanização, a ideia de parto a um acontecimento feliz e sem dor. No entanto, a humanização do parto não garante um parto indolor.

A possibilidade de sentir dor e o medo decorrente disso são aspectos proeminentes e influentes nas expectativas sobre o parto (Teixeira & Pereira, 2006). Historicamente, em diversas culturas e grupos sociais, as vivências do trabalho de parto e parto têm sido associadas a termos como agonia, provação, medo, terror, sofrimento, morte (Rodrigues & Siqueira, 2008). Por ser tão recorrente, o aspecto dor merece maior atenção.

1.5.1 Considerações sobre a dor e o medo no parto

Segundo Rodrigues e Siqueira (2008), diferentes autores apontam o medo da dor durante o trabalho de parto e parto como um dos relevantes aspectos socioculturais que influenciam a crescente incidência de cesáreas. A dor é tida como algo insuportável por muitas mulheres que, juntamente com a ideia de que o parto normal pode trazer riscos para o feto ou mesmo provocar lesões anatômicas e fisiológicas, causam grande temor. Os autores sugerem que esses fatores podem fazer com que o momento do nascimento se torne algo tão aterrorizante

que leve mulheres à opção pelo parto cirúrgico, mesmo que não haja indicação obstétrica para tal procedimento.

Com efeito, há depoimentos de muitas mulheres que relatam o trabalho de parto como demasiadamente longo e qualificam a dor como algo traumático, horrível, insuportável. O fato de a dor e a duração do trabalho de parto e o parto terem sido muito além do que esperavam, fez com que tivessem vivências bastante negativas desses momentos, fortalecendo a associação do parto com algo aterrorizante (Rodrigues & Siqueira, 2008; Silva et al., 2011).

Silva et al. (2011) ressaltam que a duração do trabalho de parto sofre influência de características pessoais. Quanto mais facilidade a mulher tiver para sentir-se segura, livre, agir instintivamente e "ouvir" o próprio corpo, maior é a chance de um trabalho de parto mais rápido. No entanto, um trabalho de parto associado à ansiedade, à dor e ao medo, pode ser vivenciado como prolongado, mesmo estando dentro dos padrões esperados para esse procedimento.

Diversos autores apontam para a influência da esfera psicológica na dinâmica do trabalho de parto e do parto. Em relação à dor, se confirmou que a ansiedade e o medo podem aumentá-la significativamente ao longo do processo de parturição. Sabe-se que certa ansiedade é normal nesse momento; contudo, em níveis excessivos, pode ter efeitos prejudiciais, modificando mecanismos fisiológicos da parturiente. A presença de dor ou o temor de senti-la podem se juntar a uma série de sentimentos, sensações, pensamentos que são, ao mesmo tempo, mobilizados pelo mal-estar, mas também mobilizadores dele (Rodrigues & Siqueira, 2008).

As tentativas de diminuir as dores do parto vêm de alguns séculos na obstetrícia. No século XIX, o ópio era usado como recurso; no século XX, recorreu-se à anestesia geral e à analgesia. Mais recentemente, a cesariana também foi incorporada ao rol de recursos disponíveis para reduzir a dor do parto (Tornquist, 2003). Atualmente há uma vastidão de estratégias e técnicas em diversas culturas que buscam formas melhores e mais eficazes de lidar com a dor (Rodrigues & Siqueira, 2008). Dentre as técnicas consideradas menos invasivas e mais naturais para o alívio da dor, existem as mecânicas (ex.: deambulação, respiração, massagens), as psicológicas (ex.: exercícios de visualização e relaxamento) e as espirituais (ex.: rezas, orações) (Tornquist, 2003).

Fatores ambientais também podem afetar significativamente a percepção da dor (Odent, 2002). Esses fatores incluem não só aspectos do local (iluminação, ruídos, mobiliário, temperatura, espaço para movimentação e deambulação, etc.), como também a comunicação verbal e não verbal entre as pessoas, a filosofia que orienta as práticas e os procedimentos dos provedores de apoio e dos profissionais, dentre outros aspectos (Rodrigues & Siqueira, 2008). Para muitos profissionais, a dor no parto é vista como um "mal a ser combatido", utilizando frequentemente recursos farmacológicos para fazê-lo. No entanto, nem sempre as mulheres entendem a dor da mesma forma. Muitas vezes a dor é tida por elas como uma dimensão natural

do processo de parir e, embora haja o desejo do alívio da dor, esse nem sempre é o aspecto mais valorizado nos relatos de partos (Silveira et al., 2010).

Chama-se atenção para o fato de que a dor não é uma manifestação universal de processos orgânicos; ela se relaciona com a subjetividade de cada sujeito e com a forma como é construída pela cultura (Rodrigues & Siqueira, 2008; Teixeira & Pereira, 2006, Tornquist, 2003). Ela é mais do que um processo fisiológico; é uma construção simbólica também. No entanto, a biomedicina não compartilha desse olhar. Privilegia muitas vezes as manifestações orgânicas, universais e quantificáveis (Tornquist, 2003). Isso é trazido para a cena do parto por meio das expectativas da equipe de saúde e das próprias gestantes do que sejam bons comportamentos frente à dor: não gritar, não se desesperar, obedecer às ordens e acatar os conselhos da equipe, sob pena de não serem atendidas ou serem submetidas a diferentes tipos de violência, caso se “comportem mal” (Teixeira & Pereira, 2006). Nagahama e Santiago (2008) e Tornquist (2003) ressaltam ainda que a escuta da dor e o respeito às suas diferentes formas de expressão são pontos muito importantes de uma assistência humanizada e de qualidade, devendo ser priorizadas nas formações dos profissionais.

Outro aspecto recorrente na vivência do parto é o medo. O medo nem sempre se refere à dor. É também associado pelas parturientes ao receio da própria morte ou da morte do bebê durante o trabalho de parto. Outros medos comumente relatados referem-se a algum tipo de dano ou agravo ao bebê (como má formação ou disfunções), ou de danos ao próprio corpo (Parada & Tonete, 2008; Rodrigues & Siqueira, 2008; Soifer, 1992; Teixeira & Pereira, 2006).

Assim, a dor, o medo, a ansiedade e fatores psicológicos podem, por vezes, impactar na vivência de parturição da mulher, tornando-a uma experiência estressante e desgastante. Para que isso possa ser evitado, é necessária melhor preparação das mulheres, seus companheiros e sua família ainda no período pré-natal (Dias & Deslandes, 2006; Nagahama & Santiago, 2008).

1.6 Preparar-se para o Parto: Isso é Possível?

Após as primeiras avaliações da eficácia das ações sugeridas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), verificou-se a necessidade de maior preparação das gestantes para o parto (Couto, 2006; Dias & Deslandes, 2006; Mabuchi & Fustinoni, 2008; Parada & Tonete, 2008; Silva et al., 2011). Sabe-se hoje que a facilitação do trabalho de parto é consequência da boa preparação da mulher em diversos âmbitos –individual, social, econômico, ocupacional, cultural etc.– ao longo do período pré-natal, e de boa assistência no pré-parto e no parto (Bortoletti, 2007a).

De acordo com manuais técnicos do Ministério da Saúde e autores diversos, a humanização do parto e do nascimento começa ainda no pré-natal, quando são dados os primeiros passos para um parto adequado da mulher para o parto (Dias & Deslandes, 2006;

Marque, Dias & Azevedo, 2006; Ministério da Saúde, 2000). Mas o que está sendo chamado de preparação? Se o parto é um processo fisiológico e natural de muitas espécies, para que preparar-se para ele?

Com as mudanças ocorridas a partir da industrialização do parto e do nascimento (Odent, 2003; Rattner, 2009), grande parte das mulheres deixou de ter contato com a realidade da gestação e, principalmente da parturição. Hoje, é comum que mulheres não tenham contato nenhum com as experiências de gestar e parir até o momento em que elas próprias passem por essas vivências. Assim, percebeu-se que atualmente são necessários maior apoio à mulher ao longo da gestação e melhor preparação prévia para o parto (Seibert et al., 2008). Seibert et al. (2008) afirmam que, devido à cultura absorvida ao longo das transformações na história do nascimento, as mulheres hoje têm dúvidas quanto à sua capacidade de dar à luz. A mulher, antes ativa e atuante no parto, hoje necessita ser incentivada a colocar-se no papel de protagonista no processo de parturição.

A preparação tratada aqui não é, entretanto, no sentido de tornar a mulher completamente pronta e capaz de lidar com tudo o que pode ocorrer no trabalho de parto e parto. Também não é premeditar os acontecimentos. Nesses sentidos, seria impossível uma mulher estar preparada para o parto. A preparação referida envolve fornecer informações, amparo, cuidado, apoio emocional e psicológico, descobrir saberes, fortalecer, empoderar (Marque et al., 2006; Silva et al., 2011). O objetivo é que a mulher, o casal e sua família possam ter maior consciência dos seus direitos como cidadãos, da assistência que deve ser oferecida, dos processos envolvidos durante a gestação, parto e pós-parto, discutir suas necessidades e demandas. Ou seja: favorecer postura mais crítica em relação ao cuidado recebido e incentivar vivências desses momentos com mais confiança, autonomia e poder de decisão (Parada & Tonete, 2008; Queiroz et al., 2007).

Parada e Tonete (2008) constataram ser comum o relato de mulheres que afirmam sentir falta de melhor preparo para o parto. Dias e Deslandes (2006) notaram que a maioria das gestantes gostaria de receber toda a informação possível sobre o trabalho de parto e o parto, independentemente do nível educacional ou do estrato social em que se encontram.

Percebe-se que a obtenção de informações adequadas é fator de suma importância. O desconhecimento de informações ou a obtenção de informações imprecisas são comumente fatores geradores de estresse e ansiedade (Silveira et al., 2010). Além disso, podem gerar expectativas que são frustradas quando chega o momento real, trazendo sentimentos negativos em relação ao trabalho de parto e ao parto, como decepção, frustração e desapontamento (Silva et al., 2011). Informações contraditórias fornecidas no serviço também prejudicam a qualidade do atendimento, provocando, por vezes, desconfiança das mulheres e formação de vínculo pobre com a equipe (Dias & Deslandes, 2006).

Marque et al. (2006) sustentam que a desvalorização do parto normal e a prática crescente de intervenções cirúrgicas desnecessárias já demonstram o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde. Comumente, as mulheres têm poucas oportunidades de escolher no contexto da gestação e do parto (Nagahama & Santiago, 2008). No entanto, quando as têm, nem sempre se sentem capazes de afirmar seus desejos, exercer sua autonomia. A relação entre os profissionais de saúde e as usuárias – geralmente assimétricas – faz com que as mulheres se sintam confusas e temerosas em participar das decisões diante de questões técnicas trazidas pela equipe (Mabuchi & Fustinoni, 2008; Marque et al., 2006).

Dessa forma, os métodos de preparação para o parto procuram, principalmente, fornecer informações e incentivar o diálogo desde o pré-natal, de forma a atender os questionamentos, sanar as dúvidas e temores em relação à gestação, ao parto e ao puerpério (Mabuchi & Fustinoni, 2008). Busca-se, com isso: (a) evitar o ciclo medo-tensão-dor no trabalho de parto e no parto, pois se considera que o conhecimento ameniza o medo e, por consequência, a tensão, reduzindo a dor (Parada & Tonete, 2008); (b) aproximar a gestante da realidade do processo de parturição, evitando expectativas fantasiosas e deturpadas (Silva et al, 2011); (c) fornecer melhores condições para a tomada de decisões, dentre elas, quanto ao tipo de parto (Mabuchi & Fustinoni, 2008); (d) favorecer o vínculo e a relação de colaboração e confiança entre a gestante, seu companheiro e a equipe (Couto, 2006).

Sobre a escolha do tipo de parto, Seibert et al. (2008) apontam que a falta de informação das gestantes colabora significativamente para o aumento do número de cesáreas. Marque et al. (2006) destacam ainda que a ausência de um atendimento pré-natal que prepare adequadamente a gestante para o parto normal está entre um dos importantes fatores que aumentam os índices de cesáreas no Brasil.

Merighi et al. (2007) pontuam ainda questões importantes, que implicam na preparação para a vivência do parto: (a) mulheres que desconhecem ou têm poucas informações sobre o processo de parturição, os procedimentos e rotinas da maternidade e o local onde irá ocorrer o parto tendem a sentir-se mais ansiosas, com medo do que poderá acontecer – o que costuma dificultar o processo e torná-lo traumático; (b) o parto é visto muitas vezes como um momento crítico, de muitas mudanças (irreversíveis e incontrolláveis), que trazem diferentes simbolizações, importantes de serem consideradas pela equipe; (c) apesar dos avanços tecnológicos da obstetrícia, o parto continua sendo, do ponto de vista emocional, um processo impactante e muitas vezes assustador pelos inúmeros significados que representa; (d) as mulheres baseiam-se em ações típicas e em seus conhecimentos para compreender e agir nos momentos de trabalho de parto e do parto – daí a importância de uma boa preparação para o parto durante o pré-natal.

Estimula-se, portanto, práticas educativas que incitem maiores reflexões sobre o protagonismo da mulher no próprio parto e seus direitos como cidadã autônoma, promovendo

conhecimento crítico e maior empoderamento (Castro & Clapis, 2005). Essas práticas podem ocorrer de diversas formas. O Ministério da Saúde (2006) recomenda que, sempre que possível, sejam feitas em grupo. Podem ser em formato de discussões e reflexões, dramatizações ou outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os participantes. Sugere ainda que o profissional de saúde, atuando como facilitador, evite o estilo palestra por ser pouco produtivo e tender a ofuscar questões dos participantes (que podem ser mais relevantes do que um roteiro preestabelecido), além de poder inibir a participação das usuárias na atividade.

No caso dos cursos oferecidos para gestantes e acompanhantes, geralmente funcionam com número de encontros definidos e um cronograma teórico pré-estabelecido (Bortoletti, 2007a). Silva et al. (2011) sustentam que devem contemplar não só as questões técnicas relacionadas à gestação, ao parto e à puericultura, mas também os valores humanísticos, buscando o desenvolvimento de potencialidades e da autonomia dos participantes.

Existem ainda os grupos de gestantes e casais grávidos, que podem ocorrer com ou sem vínculo direto com a rede de saúde. Tendo ou não vínculo com a rede, os objetivos dos grupos costumam assemelhar-se. Esses grupos tendem a se encontrar com periodicidade regular e podem ser abertos ou fechados quanto à entrada de novos participantes (Bortoletti, 2007a).

Entre os benefícios constatados com o trabalho de grupo, ressaltam-se: criação de laços e trocas de vivências comuns; sentimento de pertencimento e de identificação dos participantes, fortalecendo as capacidades individuais e coletivas; ampliação da visão de recursos disponíveis e busca por novas estratégias para a resolução de problemas (Zampieri, Gregório, Custódio, Regis, & Brasil, 2010). Merecem destaque ainda: incentivo ao surgimento de novas habilidades e consolidação de habilidades já existentes de gestantes e casais, úteis para o ciclo gravídico puerperal; maior preparação para lidar com adversidades surgidas no contexto hospitalar, como complicações no parto, falta de informações dadas pela equipe obstétrica e imposições feitas pela equipe médica durante o pré-parto e o parto (López et al., 2008).

Outra prática de preparação para o parto pode ser o atendimento individual ou o atendimento ao casal. Normalmente esse tipo de preparação é feito por doulas, parteiras, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiras obstetras em encontros específicos para isso. Essa não é prática predominante no Brasil, sendo utilizada majoritariamente por mulheres de maior poder aquisitivo, que contratam essa modalidade de serviço (Bortoletti, 2007a). Trabalhos feitos por psicólogos no sentido de preparar a gestante e o casal serão abordados mais detalhadamente adiante.

É importante ressaltar que a função das práticas citadas nesse tópico é de complementar o atendimento das consultas no pré-natal. Entretanto, nem todas as gestantes e casais têm acesso a elas, o que torna fundamental que o atendimento ao longo do pré-natal já forneça as condições mínimas de preparo para a mulher, o acompanhante e a família (Ognibeni, 2009).

1.7 Assistência Pré-natal no Brasil na Atualidade: Políticas e Regulamentações

O Ministério da Saúde (2006) estabelece que o pré-natal deva ser iniciado precocemente (de preferência ainda no primeiro trimestre da gravidez), com um mínimo de seis consultas ao longo de toda a gestação. Indica distribuição e frequência das consultas de acordo com os períodos gestacionais de maior risco materno e perinatal, sendo preferencialmente: uma para o primeiro trimestre, duas para o segundo e três para o terceiro.

Além disso, determina que todas as avaliações e os exames propostos sejam realizados, estabelecendo indicadores para avaliação da assistência pré-natal. Dentre eles, estão: (a) distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal; (b) percentagem de mulheres atendidas no pré-natal em relação à população de gestantes na área; (c) percentagem de abandono do pré-natal (considerando o total de mulheres inscritas); (d) percentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério; (e) percentagem de VDRL (exame para identificação de pacientes com sífilis) positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados; (f) percentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas (Ministério da Saúde, 2000).

Quanto ao período do início do pré-natal, Almeida e Tanaka (2009) observaram que, além da disponibilidade de acesso ao serviço, fatores psicológicos interferem no tempo com que a gestante busca o serviço de saúde para o início do acompanhamento. A percepção quanto à necessidade de acompanhamento pré-natal e quanto à qualidade do serviço prestado influenciam diretamente a resposta das mulheres à oferta de atendimento.

Em relação aos locais a que as mulheres são referenciadas para atendimento, o PHPN recomenda que o local de escolha para o acompanhamento pré-natal seja selecionado pela proximidade geográfica do local onde a gestante reside. No entanto, Almeida e Tanaka (2009) constataram que fatores subjetivos podem ter maior influência na escolha do local de parto, em detrimento do que seria o fluxo aconselhado pelo próprio sistema de saúde. Segundo as autoras, os fatores mais influentes foram: experiências bem sucedidas de familiares atendidos naquele local; possibilidade de que o acompanhamento naquela instituição assegurasse ocorrência do parto em determinado hospital; e comunicações entre as gestantes e mulheres das comunidades, que compartilhavam fatos, rumores, impressões e representações sobre os locais de atendimento e seus profissionais.

As representações das gestantes sobre o cuidado no período pré-natal podem variar bastante. Pode-se perceber que, assim como na atenção durante o trabalho de parto e o parto, no período pré-natal a relação profissional de saúde-usuária é um dos fatores de maior influência para a satisfação ou insatisfação da gestante. Os relatos positivos geralmente se relacionam à boa interação entre profissionais e gestante, composta por escuta diferenciada, atenção e cordialidade. Já os relatos negativos focam comumente a falta de diálogo e a falta de respeito

dos profissionais, particularmente médicos (Dias & Deslandes, 2006; Parada & Tonete, 2008). Outros fatores destacados pelas gestantes são a acessibilidade a exames e medicamentos, bem como a rapidez e qualidade técnica no atendimento (Parada & Tonete, 2008). Comumente as mulheres sentem-se satisfeitas com o serviço quando têm acesso a um conjunto básico de ações e recursos que as faça sentir seguras e queixam-se quando o serviço não oferece tais condições – em especial quando há demora para o atendimento no serviço (Dias & Deslandes, 2006).

Parada e Tonete (2008) apontam ainda que, ao adotar indicadores de avaliação da qualidade da atenção que privilegiam o número de consultas pré-natais, a imunização e os exames básicos realizados, o PHPN não está avançando na inclusão de aspectos que valorizem outras dimensões do cuidado, como as relacionadas às mudanças de paradigma e questões de gênero. Almeida e Tanaka (2009) destacam a importância de se ouvir e considerar a usuária integralmente em suas necessidades, desejos, interesses e não apenas em sua satisfação/insatisfação com o atendimento recebido, vez que exercem grande influência em variáveis importantes do processo saúde-doença (influenciando inclusive no fluxo entre instituições referenciadas).

É importante salientar que, para que a assistência pré-natal ocorra conforme as recomendações do Ministério da Saúde e realmente prepare a mulher, seu companheiro e a família para o parto e o pós-parto, os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal também devem preparar-se. Necessitam estar sensibilizados e mobilizados quanto à importância da preparação e trabalhar em conjunto em práticas interdisciplinares, de forma a entender e lidar melhor com as diversas variáveis influentes nos processos de gravidez e parto. Somente assim estarão em condições de auxiliar a mulher (e sua família, quando for o caso) a se preparar física, psicológica e emocionalmente ao longo de toda a gestação (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003; Parada & Tonete, 2008).

Quando a assistência pré-natal cumpre esse papel, normalmente contribui significativamente para uma percepção de maior segurança da parturiente e seu acompanhante no processo do parto, para maior controle e motivação da parturiente durante o pré-parto e o parto e, por fim, para uma melhor vivência do parto (Couto, 2006).

Pode-se perceber, portanto, que fatores psicológicos e emocionais exercem grande influência nas percepções e vivências ao longo da gestação e da parturição. No entanto, apesar do fato ser consenso entre estudiosos da área e haver diversas recomendações para que esses fatores sejam adequadamente tratados, pouco se fala sobre o papel da psicologia e dos psicólogos nesse contexto.

1.8 Aspectos Psicológicos e Emocionais na Gestação: o Papel do Psicólogo na Assistência Pré-natal

Um dos períodos considerados como críticos no ciclo de vida da mulher é a gravidez. Ela é, por si só, um período de transição e vulnerabilidade – tanto em termos fisiológicos (com mudanç as metabólicas, hormonais e físicas próprias), quanto no aspecto psicoemocional, com reajustamentos e alterações interpessoais e intrapsíquicas (Azevedo & Arrais, 2006). Comumente a mulher grávida, nos dias atuais, está dividida entre lidar com suas responsabilidades habituais e todas as mudanç as, ajustes e expectativas relativos à gravidez. Por isso, muitas vezes ela é sobrecarregada com os diferentes papéis que lhe são delegados. Esse estresse adicional pode ser desencadeador de crises e perturbações no equilíbrio psicológico da mulher (Saraiva, 2007).

Apesar dos novos espaços e papéis ocupados pela mulher atual, as representações sobre a maternidade ainda conservam valores antigos, associando gravidez e maternidade com prazer e realização pessoal. Falar de sofrimentos e angústias decorrentes desses momentos continua um grande tabu (Azevedo & Arrais, 2006). Arrais (2005) alerta para o fato de que é comum, no período pré-natal, que as maiores preocupações sejam com o quarto do beb , o enxoval e outras providências práticas a serem tomadas para a chegada do novo membro na família. No entanto, discute-se pouco ou nada sobre as dificuldades emocionais que as mulheres vivenciam na gestação, no parto e pós-parto: as mudanç as na vida do casal e da família, as alterações em diversos espaços da vida (pessoal, profissional, social, emocional).

Rodrigues e Siqueira (2008) apontam para a relevância de uma escuta qualificada durante os períodos de gestação e o parto, vez que é comum a emergência de diversos aspectos psicoemocionais (que podem ser cuidados e tratados, caso necessário), auxiliando na travessia desses momentos tão especiais e específicos na vida da mulher e do casal. Entretanto, no que tange à abertura de espaços de escuta diferenciada e ao apoio psicoemocional, há ainda pouquíssimas ações sendo efetivamente realizadas.

Como mencionado anteriormente, os profissionais atualmente envolvidos na assistência pré-natal (predominantemente enfermeiras e obstetras) muitas vezes não têm, em sua formação, treinamento e preparo para lidar com tais questões, voltando o atendimento para os aspectos técnicos e orientações básicas (Nagahama & Santiago, 2008). Nesse sentido, a participação de psicólogos no pré-natal pode ser de grande valia. Contudo, apesar de parecer lógica a contribuição e importância que a presenç a de psicólogos pode ter no período gestacional, na preparação para o parto e puerpério, sua atuação e sua efetiva inserção ainda são bastante escassos nesses campos (Saraiva, 2007).

Sabe-se que os psicólogos podem ter papel fundamental no sentido de auxiliar a gestante, o casal e a família na preparação para o que virá. Podem atuar de forma educativa, fornecendo informações que se faç am necessárias. Esta atividade, no entanto, não  

particularidade de psicólogos, sendo frequentemente executada por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e outros profissionais envolvidos na assistência pré-natal (Bortoletti, 2007a).

A função mais específica desses profissionais ao longo do pré-natal é o que pode ser chamado de psicoprofilaxia. Tem por objetivo prevenir transtornos psicoemocionais, por meio de atendimento às gestantes e casais grávidos, oferecendo espaço em que haja escuta atenta e qualificada e que dê voz aos usuários. Nesses atendimentos, conhecidos também por “pré-natal psicológico”, busca-se realizar trabalho complementar ao pré-natal tradicional, com intuito de: acolher sentimentos, conflitos, ambivalências das mulheres e casais relativos à gestação, ao parto e à maternidade/paternidade; verificar fatores de risco para a saúde mental e emocional da gestante; favorecer estratégias de enfrentamento para lidar com as dificuldades e crises advindas das mudanças e adaptações; fortalecer vínculos entre gestante, seu companheiro (quando houver) e o bebê (Bortoletti, 2007a).

Bortoletti (2007a) ressalta, contudo, que o pré-natal psicológico difere dos cursos de gestante e outras ações educativas. Apesar de fazer parte da estrutura do atendimento o fornecimento de informações, orientações e até mesmo trabalhos corporais, o foco principal é a saúde psicoemocional da mulher e do casal (e, por consequência, do bebê).

No que tange à preparação para o parto, Dias e Deslandes (2006) sustentam que o parto é um momento no qual a maior parte das mulheres precisa mais de suporte psicoafetivo do que de intervenções médicas. O cuidado adequado de aspectos psicoemocionais ao longo da gestação pode possibilitar à mulher e ao casal melhor preparo para esse momento, fortalecendo-os em suas escolhas e condutas. Rodrigues e Siqueira (2008) ressaltam ainda que uma boa preparação dos aspectos psicológicos e emocionais da mulher pode ser tão ou mais benéfica do que o uso de recursos tecnológicos no favorecimento do trabalho de parto e de vivências de qualidade. Além do atendimento direto à mulher, seu companheiro e familiares, os psicólogos lotados nas instituições que oferecem serviço de atendimento pré-natal devem ainda interagir e realizar ações em conjunto com outros membros da equipe pré-natal, de forma a favorecer boa comunicação com a gestante, boa adesão da mulher às práticas e mudanças sugeridas pela equipe, bem como promover e garantir bem-estar e qualidade de vida à gestante, ao casal e ao bebê (Bortoletti, 2007a).

Promover a saúde e prevenir situações adversas para o casal grávido e o bebê deve passar, portanto, por melhor preparação e assistência ao longo da gravidez, parto e puerpério, de forma a garantir bom equilíbrio biopsicoemocional da gestante (Saraiva, 2007).

Capítulo II – Definição do Problema e Objetivos

Considerando o que foi exposto no capítulo anterior, percebe-se a importância e o impacto que a vivência da parturição pode ter na vida de mulheres, casais e seus bebês. Fica claro também o quanto as expectativas das gestantes influenciam nas vivências relacionadas ao parto e à maternidade, destacando a necessidade atual de melhor preparação das gestantes para esses momentos. Nota-se o quanto os psicólogos podem contribuir para essa melhor preparação das gestantes e dos casais para o parto e para a maternidade/paternidade, favorecendo a prevenção e a promoção de saúde, bem-estar e vivências de qualidade. Por fim, ressalta-se que políticas públicas brasileiras, desde 2006, têm investido maciçamente em campanhas de incentivo ao parto normal, redução das taxas de cesárea e maior humanização da vivência de parturição, o que torna ainda mais importante ouvir as gestantes, usuárias dos serviços e participantes fundamentais na manutenção ou modificação de práticas e concepções.

Tomando a literatura como base, entende-se ainda que: (a) uma boa preparação ao longo da gestação, principalmente para o parto, aumenta consideravelmente as chances de um parto mais natural, com pouca ou nenhuma necessidade de intervenções (dentre elas, as cesarianas), e torna mais baixas as chances de complicações na gravidez e no parto; (b) quanto menos intervenções, menor é o risco de infecção puerperal na mãe e na criança, mais seguro torna-se o nascimento e maior tende a ser a satisfação da gestante e do casal com o parto; (c) quanto menos complicações e intervenções, maior o bem-estar físico, psicológico e emocional da mãe, do bebê e do acompanhante, favorecendo um pós-parto bem sucedido (sucesso no aleitamento materno, mais tranquilidade da mãe e do bebê, menos limitações físicas decorrentes de dor ou procedimentos invasivos, menor propensão ao *blues* puerperal e à depressão pós-parto, etc.); (d) por haver menos intervenções, procedimentos e uso de medicamentos, reduz-se o tempo de internação da mãe e do bebê e o custo despendido, aumentando a capacidade de atendimento do hospital / serviço de saúde; (e) os cuidados em saúde do psicólogo baseados nos referenciais de humanização valorizam os usuários e sua autonomia, favorecendo a mudança de paradigmas e consolidação da tão preconizada assistência humanizada.

Dessa forma, essa pesquisa foi realizada, tendo como referência os objetivos a seguir.

2.1 Objetivo Geral

Investigar a percepção de mulheres primigestas acerca da assistência pré-natal de serviços da rede pública de Brasília (DF) e suas expectativas em relação ao parto, por meio de entrevistas com gestantes e revisão sistemática da literatura brasileira.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever e caracterizar a publicação científica brasileira relacionada à assistência humanizada ao parto e à preparação para o parto, disponível em periódicos da base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), entre os anos de 2000 e 2011.

Descrever expectativas de mulheres primigestas sobre o parto e suas percepções acerca da assistência pré-natal, particularmente o preparo para o parto, relatadas a partir de entrevistas individuais com as mesmas.

Assim, o estudo teve dois eixos: um de revisão sistemática da literatura e outro empírico, com mulheres primigestas acompanhadas em unidades da rede pública de saúde de Brasília, Distrito Federal.

Capítulo III – Método

Procurando atingir os objetivos propostos, foram feitos dois estudos: um de revisão sistemática da literatura científica e outro empírico, de caráter exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, feito por meio de entrevistas com gestantes. O presente capítulo descreve os aspectos metodológicos dos dois estudos.

3.1 Revisão Sistemática de Literatura Científica

Esse estudo foi desenvolvido de forma a atingir o primeiro objetivo específico da pesquisa. O interesse foi obter panorama da produção científica em periódicos brasileiros sobre os temas “preparação para o parto” e “assistência humanizada ao parto” no período que compreende os anos 2000 a 2011. Esse período foi escolhido tendo em vista a publicação da Portaria nº 569/GM do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 1 de julho de 2000, que desencadeou uma série de mudanças no acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto e ao nascimento no Brasil.

3.1.1 Procedimentos

Como o interesse foi estudar a realidade nacional, foram escolhidos artigos brasileiros, publicados em periódicos indexados na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), segmento Brasil. A escolha por essa base de dados deveu-se à sua amplitude e relevância ao congregar número grande de revistas científicas brasileiras da área de saúde (especialidades da medicina, saúde pública, enfermagem, nutrição, psicologia etc.).

A partir da definição da base de dados da pesquisa, foram selecionados os descritores considerados mais adequados para a busca dos artigos, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão. As combinações de descritores utilizadas foram: preparação *and* parto; humanização *and* parto; apoio *and* parto; humanização *and* nascimento. A opção por descritores apenas em língua portuguesa deveu-se à constatação de que as combinações de termos e palavras-chave em inglês, semelhantes ou correspondentes aos utilizados em português, não traziam artigos diferentes dos que foram encontrados com os descritores utilizados.

Para seleção dos artigos, foram determinados os seguintes critérios de inclusão: (a) ter sido publicado em revista brasileira e tratar de realidade brasileira; (b) ter sido publicado no período compreendido entre os anos 2000 a 2011; (c) relatar estudo empírico; (d) tratar de temas relacionados com assistência humanizada ao parto e preparação para o parto. Também foram criados critérios de exclusão: (a) não tratar-se de artigo empírico (exemplo: pesquisas documentais, estudos teóricos, revisão de literatura etc.); (b) tratar de outros temas que não se relacionassem à assistência humanizada ao parto e à preparação para o parto; (c) tratar de conteúdo essencialmente médico ou técnico, procedimentos específicos, temas veterinários; (d)

incluir amostras em situações específicas da gravidez e do parto, como gravidez de adolescentes, gravidez de risco, gestantes com doenças crônicas, má formação fetal etc.

A Figura 1 ilustra o processo que foi feito para chegar aos artigos utilizados para a presente revisão sistemática. Em um primeiro momento, foram utilizados os descritores já citados, chegando a um total de 123 artigos. Após a eliminação de artigos que se repetiram, formou-se uma lista com 91 artigos. Do total de artigos, foram selecionados, conforme os critérios de inclusão e exclusão, 20 artigos. A seleção foi feita a partir da análise de títulos e de resumos dos artigos.

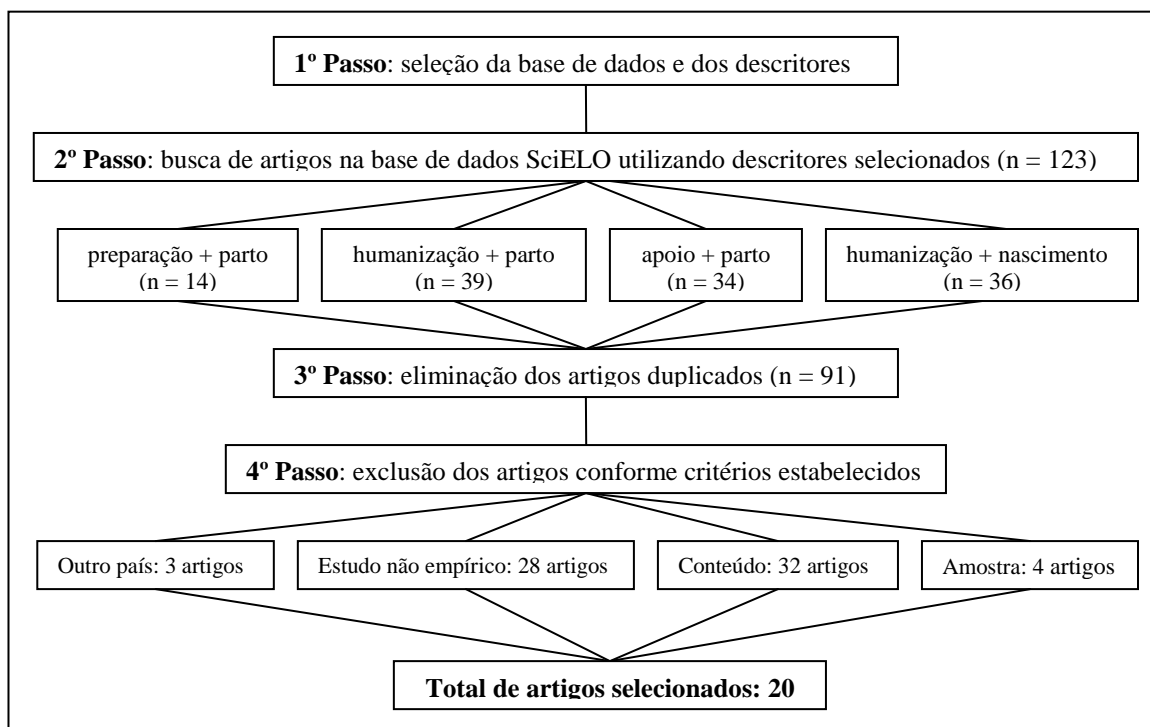


Figura 1. Procedimentos para seleção de artigos que constituíram a análise da literatura

3.2 Estudo com Gestantes

3.2.1 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado em dois centros de saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, localizados no Plano Piloto, em Brasília, que ofertavam atendimento pré-natal. Os serviços da rede pública de saúde foram escolhidos por atender a maior parte das gestantes do Distrito Federal, além de seguir recomendações e protocolos específicos para o atendimento à gestante durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Inicialmente, pretendia-se realizar o estudo em: um centro de saúde no Plano Piloto, um centro de saúde em região administrativa de população representativa e um hospital regional. Dessa forma, seria possível ter contato com diferentes realidades de atendimento pré-natal e, assim, obter melhor panorama em relação à assistência oferecida à gestante.

No entanto, foi percebido que os centros de saúde do Plano Piloto atendem, em grande parte, pessoas provenientes de diversas regiões – em sua maioria, regiões administrativas do DF. Esse fato assegurou a diversidade de procedência das mulheres participantes, reduzindo a necessidade de realização do estudo em outras regiões do Distrito Federal.

Em relação ao hospital regional, verificou-se que a população atendida nos serviços de pré-natal dos hospitais se caracterizava majoritariamente por gestantes com gravidez de alto risco, o que foi critério de exclusão na seleção da amostra dessa pesquisa. Assim, optou-se por realizar o estudo em dois centros de saúde de Brasília, com tradição no serviço de atendimento pré-natal, que atendem, em sua maioria, mulheres com gestação de baixo risco, foco do estudo.

3.2.2 Participantes

As participantes da pesquisa foram selecionadas por conveniência, com base nos seguintes critérios de inclusão: (a) aceitar participar da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (b) estar na primeira gravidez, ou seja, ser primigesta e não ter histórico de abortamento anterior; (c) ser maior de idade; (d) ter, no mínimo, 28 semanas de gestação ou sete meses completos; (e) estar fazendo acompanhamento pré-natal na instituição em que a entrevista se realizava (mesmo que houvesse acompanhamento complementar em outro estabelecimento paralelamente ao do centro de saúde).

Além disso, eram critérios de exclusão: (a) ter gravidez de alto risco; (b) ter doenças ou complicações graves de saúde.

3.2.2.1 Caracterização das participantes

Foram entrevistadas 22 gestantes (11 de cada centro de saúde). No entanto, duas não cumpriam os critérios estabelecidos e outras duas não puderam terminar a entrevista. Assim, participaram do estudo 18 gestantes, sendo que 10 faziam pré-natal no Centro A e oito faziam pré-natal no Centro B, respectivos locais onde foram entrevistadas.

As entrevistadas eram, em sua maioria, jovens. A média de idade foi de 24 anos, variando de 18 a 40 anos de idade, com um desvio padrão de 5,5 anos. Todas estavam no terceiro trimestre de gravidez, em acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. A idade gestacional média foi de 35 semanas, sendo a idade mínima de 28 e a máxima de 39 semanas e dois dias, com desvio padrão de 3,3 semanas.

A maioria das participantes era casada (n=8) ou estava em união consensual (n=7). Três se declararam solteiras. Quanto à escolaridade, a maioria tinha o ensino médio completo (n=9), seguido por ensino superior incompleto (n=5), ensino superior completo (n=2), ensino médio incompleto (n=1) e ensino fundamental completo (n=1). Nota-se, portanto, que 16 participantes tinham nível de escolaridade elevado. Em relação à religião, 12 entrevistadas se declararam

católicas, três se declararam evangélicas, uma afirmou ser protestante, uma disse não ter religião e uma não informou.

Os locais onde residiam foram bastante heterogêneos, conforme apresentados na Tabela 1, onde estão apresentados dados sociodemográficos das participantes do estudo.

Tabela 1

Dados sociodemográficos das participantes(N=18)

Participante	Centro de Saúde	Idade	Semana gestação	Situação conjugal	Religião	Escolaridade	Local de Residência	Ocupação
1	A	28	34	união cons.	católica	EMC	Águas Claras	Cabelereira
2	A	22	38	casada	católica	EMC	Asa Sul	Balconista
3	B	18	39	solteira	católica	EMC	Rec. das Emas	-
4	B	26	36	união cons.	evangélica	ESC	Não inf.	Professora
5	A	20	28	casada	evangélica	EMC	São Sebastião	Babá
6	A	21	35	casada	não tem	ESI	Jardim Ingá	Secretária
7	A	28	38	casada	católica	ESC	Valparaíso/GO	Autônoma
8	A	23	30	casada	católica	ESI	Asa Sul	Estudante
9	A	40	35	solteira	católica	EMC	Taguatinga	Cozinheira
10	B	21	39	casada	católica	EMI	Águas Lindas	Dona de casa
11	B	23	39	união cons.	não inform.	ESI	Arniqueiras	Terceirizada
12	A	22	32	casada	católica	EMC	Novo Gama	Não tem
13	A	19	32	união cons.	evangélica	ESI	Samambaia	Professora
14	B	20	*	casada	católica	EMC	Asa Sul	Balconista
15	A	28	32	solteira	protestante	ESI	Taguatinga	Estudante
16	B	27	37	união cons.	católica	EMC	Asa Sul	Cuid. idosos
17	B	19	36	união cons.	católica	EMC	Asa Sul	Não tem
18	B	32	35	união cons.	católica	EFC	Não inf.	Doméstica

* Não ficou registrada na entrevista, mas, considerando que a entrevistada preencheu todos os requisitos para participar da pesquisa, tinha 28 semanas ou mais de gestação.

3.2.3 Instrumentos

Para as entrevistas foi desenvolvido roteiro semiestruturado (Anexo A), utilizado pela entrevistadora, com 14 questões, que tratavam de temas da gestação, do pré-natal, do parto e sugestões para aprimoramento do serviço em eixos temáticos, tais como: tipo de concepção (planejada/não planejada); vivências da gravidez; dificuldades encontradas; apoio social percebido; vivências no pré-natal; satisfação com o serviço; ajuda do pré-natal para lidar com dificuldades; o parto como tema no pré-natal; expectativas sobre o parto; percepção sobre estar preparada para o parto; sugestões para aprimoramento do atendimento pré-natal; sugestões de outros profissionais que poderiam atuar no pré-natal (além de obstetras e enfermeiras).

Esse roteiro foi testado em estudo piloto com o objetivo de avaliar sua adequação como instrumento para a coleta de dados, verificando pontos a serem melhor adaptados ou corrigidos, e fornecer à entrevistadora oportunidades para praticar os procedimentos estabelecidos para a coleta. Foi realizado com oito gestantes, que atingiram os mesmos critérios de inclusão e exclusão determinados para as participantes da pesquisa, exceto fazer parte dos serviços em que as entrevistas iriam ocorrer. As gestantes foram contatadas por meio da rede social da própria

pesquisadora, sendo selecionadas também de acordo com critérios de conveniência. As entrevistas do estudo piloto não foram incluídas no conjunto analisado e discutido nessa pesquisa. A média de tempo das entrevistas foi de 25 minutos, variando entre nove e 38 minutos de duração.

O estudo piloto permitiu perceber que o instrumento estava, de modo geral, adequado aos objetivos da pesquisa. Duas questões do roteiro precisaram ser modificadas por se mostrarem pouco claras, dificultando a compreensão das participantes. Outras duas questões tiveram sua ordem no roteiro modificada na sequência geral das perguntas. Após a realização das alterações, percebeu-se que as dificuldades com o roteiro foram superadas, permitindo a conclusão da versão definitiva da entrevista a ser aplicada.

3.2.4 Procedimentos

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, parecer nº 0142/2011, protocolo 146/2011 (Anexo B), em acordo com as normas éticas na condução de pesquisas com seres humanos constantes da Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96, iniciaram-se os procedimentos de coleta de dados.

As participantes eram contatadas nas próprias unidades de saúde em que faziam acompanhamento pré-natal, enquanto aguardavam a consulta com obstetra. Após a verificação de que preenchiam os critérios estabelecidos, as gestantes eram convidadas a participar da pesquisa. Quando havia o aceite, procedia-se à leitura do TCLE (Anexo C) – esclarecendo dúvidas, quando haviam. Após a assinatura do TCLE, era iniciada a entrevista.

As entrevistas ocorreram nas unidades, em espaços que não estavam em uso no momento. As salas assemelhavam-se ao resto das estruturas das unidades de saúde: sua composição de mobiliário era simples, geralmente com uma mesa e duas cadeiras, mas guardava as condições de conforto e privacidade necessárias. Em média, as entrevistas duraram 29 minutos, tendo 43 minutos de duração a mais longa e 15 minutos a mais curta. Utilizou-se gravador de áudio durante as entrevistas, com o consentimento das participantes, de forma a facilitar a análise posterior do material.

3.2.5 Análise de dados

Para a análise das entrevistas, todas foram transcritas na íntegra. Utilizou-se os procedimentos de análise de conteúdo segundo Bardin (2011), que envolveram, em um primeiro momento, a leitura flutuante de todas as entrevistas para a definição de eixos temáticos e, em um segundo momento, a leitura horizontal das questões e respostas das entrevistas para todas as participantes, de forma a identificar as categorias para cada eixo.

Os eixos temáticos foram norteados, em grande parte, pelo próprio roteiro de entrevista. Os relatos das gestantes foram analisados e categorizados por meio do seu conteúdo, por duas

pesquisadoras, de modo independente. As pesquisadoras tomaram por base a concordância de suas análises para a identificação, nomeação e frequência das categorias. Como exemplos de cada categoria, foram selecionados trechos dos relatos das gestantes, participantes do estudo, como pode ser visto a seguir, no Capítulo IV, Resultados.

Capítulo IV – Resultados

Esse capítulo se divide em duas partes. A primeira se refere aos dados obtidos por meio de revisão sistemática da literatura científica brasileira publicada no período de 2000 a 2011 nos periódicos indexados na base de dados SciELO, com base nos procedimentos descritos na seção Método. Os resultados aqui descritos se referem aos indicadores bibliométricos, pois se optou por não aprofundar a apresentação dos resultados de cada artigo, vez que seu conteúdo foi incluído no Capítulo I, de revisão de literatura.

A segunda parte apresenta os resultados do estudo empírico, obtidos a partir de entrevistas com mulheres primigestas em atendimento pré-natal.

4.1 Estudo Bibliométrico

Os 20 artigos selecionados foram escritos em língua portuguesa e publicados em periódicos brasileiros com diferentes classificações Qualis, conforme a distribuição apresentada na Tabela 2.

Tabela 2
Distribuição de artigos por periódico e classificação Qualis

Periódico	f	Qualis
Cadernos de Saúde Pública	4	A2
Texto & Contexto Enfermagem	3	A2
Revista de Saúde Pública	2	A2
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2	B1
Revista Brasileira de Enfermagem	2	A2
Psicologia: Reflexão e Crítica	1	A1
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	1	B1
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	1	B1
Acta Paulista de Enfermagem	1	A2
Paidéia	1	A1
Revista Latino Americana de Enfermagem	1	A1
Ciência e Saúde Coletiva	1	B1

No período avaliado, não houve publicações do tema nos primeiros três anos. A produção a partir de 2003 seguiu movimento crescente até o ano de 2008: dois artigos foram publicados em 2003, três em 2005, quatro em 2006, dois em 2007 e seis em 2008. Nos três últimos anos, a produção no tema caiu: a frequência foi de apenas um artigo publicado por ano.

Merece destaque o fato que, dos 12 periódicos que publicaram pelo menos um artigo sobre o tema, oito são da área de saúde pública ou de enfermagem. Quanto ao indicador Qualis

Capés, observou-se que os estudos foram publicados em revistas muito bem classificadas, sendo B1 a menor categoria encontrada.

A Tabela 3 sintetiza as informações principais dos artigos selecionados, a saber: amostra, delineamento, objetivos e principais resultados. A maior parte dos estudos teve delineamento qualitativo (n=17) e três artigos foram quantitativos.

Com relação às amostras estudadas, houve predomínio de estudos (n=14) que investigaram a perspectiva de usuárias de serviço de saúde como fonte. Desses, 10 estudos foram com parturientes, dois com gestantes e dois com puérperas. Dois artigos estudaram acompanhantes (sendo um especificamente sobre pais do bebê como acompanhantes). Quatro artigos se referiram a estudos com dois tipos de amostras, sendo que três pesquisaram profissionais de saúde e usuárias. Sete artigos investigaram a perspectiva de profissionais de saúde (entendendo doulas nessa categoria) e um artigo estudou gestores da área de saúde.

No que tange ao tamanho das amostras, considerando que foram estudos qualitativos, predominou um número de participantes de até 30 pessoas. Um estudo teve um n elevado, composto por 529 parturientes.

Um dado que chamou a atenção é que apenas um estudo foi realizado por pesquisadores da área de psicologia, tendo por base informações acerca da inserção institucional dos autores dos artigos. Grande parte dos estudos é da área de enfermagem, como indicam os próprios periódicos nos quais os artigos se inserem.

A Tabela 3 apresenta ainda os objetivos e principais resultados dos vinte estudos identificados na revisão sistemática. Conforme explicitado, não foi feito maior aprofundamento acerca dos resultados de cada artigo nessa seção, pois seus conteúdos já foram explorados no Capítulo I.

Tabela 3
Dados dos artigos analisados

Título do Artigo	Autores / Ano	Revista	Amostra	Objetivo	Delineamento	Principais Resultados
Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais	Carvalho, M. L. M. 2003	Cadernos de Saúde Pública, 19, S389-S398.	Pais dos bebês (n = 11)	Conhecer o impacto, para os pais de camadas populares, da sua participação no nascimento da criança em uma maternidade pública do Rio de Janeiro.	Qualitativo	Participação dos pais atravessada por: dificuldades institucionais; motivações das mães e dos pais; representações sociais sobre parto e paternidade; e exclusão dos pais nos serviços de saúde reprodutiva e pediátrica. Presença dos pais não foi valorizada pela equipe como suporte à gestante nem como evento da paternidade.
Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil	Tornquist, C.S. 2003	Cadernos de Saúde Pública, 19, S419-S427.	Parturientes (n = 27)	Observar mulheres de camadas médias e camadas populares nos seguintes quesitos: representações de maternidade, escolha do tipo de parto, escolha de acompanhante e manifestações da dor.	Qualitativo	Diferenças entre mulheres de classes médias e de grupos populares quanto à escolha de acompanhante, experiências de dor e de amamentação. Mulheres de classes populares não demonstram maior preocupação quanto ao tipo de parto, ao contrário das mulheres de classes médias. As mulheres de classes médias normalmente têm os pais do bebê como acompanhantes. Já as mulheres populares tendem a preferir outra mulher, da rede de parentesco: mãe, cunhada, irmã, amiga. Boa parte das mulheres compartilha do ideal da amamentação.
Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto	Castro, J. C. & Clapis, M. J. 2005	Revista Latino Americana de Enfermagem, 13(6), 960-967.	Enfermeiras obstetras (n = 16)	Identificar a percepção das enfermeiras obstetras sobre humanização da assistência ao parto. Evidenciar ações desenvolvidas no processo de nascimento, com vistas à humanização da assistência e identificação de fatores que têm dificultado a implementação da assistência humanizada ao parto.	Qualitativo	As entrevistadas relataram que o processo de humanização se deu como uma estratégia política que objetiva melhoria da assistência e resgate do parto mais natural possível. Acreditam na necessidade de mudança de paradigma para que o processo se concretize. Os resultados evidenciaram, ainda, que as enfermeiras se apresentam mais integradas ao parto como um processo e não como um evento.

A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro	Deslandes, S. F. 2005	Ciência e Saúde Coletiva, 10(3), 615-626.	Gestores (n = 6) e Diretores de Maternidades (n = 8)	Analisar o processo de implantação das políticas de humanização e como este conceito diretriz vai sendo reinterpretado pelos sujeitos envolvidos em sua implementação.	Qualitativo	Os principais significados atribuídos pelos sujeitos às iniciativas de humanização se relacionam: 1) à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários; 2) ao reconhecimento dos direitos do paciente; 3) à democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; 4) à desmedicalização da atenção ao parto e nascimento; 5) à promoção de vínculos entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados; 6) à valorização dos profissionais de saúde.
O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente	Motta, C. C. L. & Crepaldi, M. A. 2005	Paidéia, 15(30), 105-118.	Parturientes (n = 10)	Caracterizar o apoio emocional oferecido pelo companheiro à mulher em trabalho de parto	Qualitativo	A parturiente considera a presença de seu companheiro uma importante referência emocional. O apoio emocional fornecido pelo companheiro (na maioria das vezes, o pai do bebê), é influenciado por sua disponibilidade e seus conhecimentos acerca da parturição. O apoio da equipe de saúde é fundamental para ajudá-lo a vivenciar esse momento com a parturiente
Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência	Dias, M. A. B. & Deslandes, S. F. 2006	Cadernos de Saúde Pública, 22(12), 2647-2655.	Gestantes (n indeterminado)	Conhecer as informações que as gestantes possuem sobre a humanização da assistência ao parto, experiência de atendimento em parto(s) anterior(s) e suas expectativas como usuárias das maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro	Qualitativo	As expectativas estão centradas em três elementos principais: admissão rápida na internação, garantia de vaga na maternidade e atendimento por uma equipe atenciosa e competente nos cuidados de sua saúde e do seu bebê. A seu ver, a qualidade do cuidado dependerá mais de sorte do que da rotina institucional.
Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento	Griboski, R. A. & Guilhem, D. 2006	Texto & Contexto Enfermagem, 15(1), 107-114.	Puérperas (n = 29) e profissionais de saúde (n = 16)	Aprender a percepção de mulheres e profissionais de saúde acerca do impacto ocasionado pela implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em um Hospital universitário.	Qualitativo	As mulheres vivenciam o processo parturitivo com sensação de medo e desconhecimento do mesmo. A humanização nesse momento significa submeter-se às ações intervencionistas a elas dirigidas, colocando-as em situação de vulnerabilidade. Os profissionais verbalizam a existência de hierarquização entre eles e as mulheres. Evidenciou-se a falta de comunicação entre profissionais e mulheres.

A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento	Marque, F. C., Dias, I. M. V. & Azevedo, L. 2006	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 10(3), 439-447.	Profissionais da enferma- gem que atu- am em salas de parto (n = 12)	Apresentar e discutir a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização do parto e nascimento	Qualitativo	Foram originadas as categorias: humanização no entendimento da equipe de enfermagem; práticas que a equipe de enfermagem considera humanizadoras; práticas que a equipe de enfermagem considera desumanizadoras; e a Enfermagem diante do tema humanização. Ficou evidenciada a diferença perceptiva das depoentes e a necessidade de mudança de atitude e postura dos profissionais de enfermagem diante da assistência ao parto e nascimento.
Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT	Teixeira, N. Z. & Pereira, W. R. 2006	Revista Brasileira de Enfermagem, 59(6), 740-744.	Parturientes (n = 10)	Analisar aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS	Qualitativo	Dos aspectos que atravessaram as vivências relatadas, vários estavam relacionados à cultura institucional com atendimento pautado por violência velada e desrespeito aos princípios do Programa de Humanização do Nascimento do Ministério da Saúde
Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher	Brüggemann, O. M., Osis, M. J. D., & Parpinelli, M. A. 2007	Revista de Saúde Pública, 41(1), 44-52.	Profissionais de saúde (n = 11); Acompanhan- tes (n = 16)	Descrever a percepção de profissionais da saúde sobre prestar assistência à parturiente na presença do acompanhante por ela escolhido, e a percepção dos acompanhantes sobre essa experiência.	Qualitativo	Para os profissionais não houve diferença em prestar assistência com acompanhante durante o trabalho de parto e parto; ocorreram mudanças positivas na assistência; o acompanhante dá apoio emocional à parturiente, que fica mais satisfeita, segura e tranquila; existem aspectos positivos no comportamento e participação das parturientes com acompanhante; o acompanhante não causou problema e fez o profissional ter atitude mais humana e menos rotineira. As ideias centrais dos acompanhantes foram: sentimentos positivos, emoção, satisfação com a experiência; poder ajudar; sentir-se bem recebido pelos profissionais

Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas	Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., Marques, J. F., Cavalcante, A. M., & Moreira, K. A. P.	Texto & Contexto Enfermagem, 16(3), 479-487.	Parturientes (n = 78)	Caracterizar aspectos sociodemográficos e clínico-obstétricos de mulheres em situação de nascimento de um alojamento conjunto e descrever a satisfação associada à qualidade do serviço, acesso e ao acolhimento.	Quantitativo	A maioria das mulheres sente-se satisfeita em relação ao serviço e à qualidade do atendimento, sobressaindo-se à atenção, a confiança e o respeito dos profissionais. A minoria que apresentou insatisfação destaca a demora no atendimento e as dificuldades ou negligência na comunicação; a linguagem é difícil e são muitas informações e desencontros nos conteúdos.
O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto do trabalho de parto e parto: opinião de puérperas	Carraro, T. E., Knobel, R., Frello, A. T., Gregório, V. R. P., Grütner, D. I., Radünz, V., & Meincke, S. M. K.	Texto & Contexto Enfermagem, 17(3), 502-509.	Puérperas (n = 30)	Apresentar o papel da equipe de saúde, segundo a opinião das mulheres, quanto aos métodos utilizados para seu cuidado e conforto durante trabalho de parto e parto.	Qualitativo	Surgiram as categorias: apoio emocional da equipe de saúde; orientação; descuido (que aparece nos momentos de solidão e abandono relatados por puérperas). O estudo aponta que a enfermeira e a equipe de saúde, ao tomar posição quanto à sua responsabilidade ética, legal e moral pode despertar a mulher para a realidade de conhecer seu corpo e limites.
O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado	Mabuchi, A. S. & Fustinoni, S. M.	Acta Paulista de Enfermagem, 21(3), 420-426.	Médicos (n = 7); enfermeiras (n = 4)	Compreender o significado que o profissional de saúde, que atende a parturiente, dá para trabalho de parto e parto humanizado	Qualitativo	Emergiram dois subtemas: "Compreendendo trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas assistenciais e de comportamento diferenciado" e "Identificando falhas na busca de humanização da assistência", os quais ao serem sintetizados deram origem ao fenômeno maior da experiência dos sujeitos: "Vivenciando a desarmonia entre teoria e prática na busca pela humanização da assistência".

Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil	Nagahama, E. E. I. & Santiago, S. M. 2008	Cadernos de Saúde Pública, 24(8), 1859-1868.	Parturientes (n = 529)	Caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para a implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida.	Quantitativo	O modelo assistencial ainda é marcado pela herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor do processo. Os fatores institucionais (dificuldades de organização institucional e estrutura física precária), as rotinas hospitalares e, a prática e postura individuais dos profissionais de saúde denotaram barreiras que dificultam a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento.
O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos	Parada, C. M. G. L. & Tonete, V. L. P. 2008	Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 12(24), 35-46.	Parturientes (n = 34)	Apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério em um contexto regional dos serviços públicos de saúde do interior paulista.	Qualitativo	A perspectiva das puérperas sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal evidenciou a importância das relações interpessoais, a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que o sujeito da atenção é a mulher e, como tal, dela deve participar efetivamente.
Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta	Rodrigues, A. V. & Siqueira, A. A. F. 2008	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 8(2), 179-186.	Parturientes (n = 20) e Doulas (n = 7)	Desenvolver algumas reflexões sobre os possíveis efeitos benéficos de uma escuta responsiva à verbalização da presença da dor, medos e seus correlatos na cena do parto.	Qualitativo	Verificou-se a importância e a valorização da interlocução qualificada no processo da parturição. O parto foi referido pelas parturientes como experiência de elevado grau de estresse, com vivências de dor, medos e ansiedades, porém mitigados pelo apoio recebido.
Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias	Seibert, S. L., Gomes, M. L., & Vargens, O. M. C. 2008	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12(4), 758-764.	Parturientes (n = 28)	Analisar a assistência pré-natal oferecida pela Casa de Parto David Capistrano Filho (RJ) sob a ótica de suas usuárias e baseou-se no conceito de Humanização do Parto e Nascimento	Quantitativo	A maneira diferenciada de assistência vem sendo bem aceita pela população assistida. Oferece serviços e cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde, seguindo as normas da Organização Mundial de Saúde de atenção segura e efetiva à gestação e parto de baixo risco.

Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	Almeida, C. A. L. & Tanaka, O. Y. 2009	Revista de Saúde Pública, 43(1), 98-104.	Grupos focais (n = 16) compostos por 6 a 11 usuárias do SUS, cada.	Descrever a avaliação de mulheres usuárias/beneficiárias do PHPN e analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres usuárias na avaliação de programa de humanização do pré-natal e nascimento.	Qualitativo	O Programa normatiza os procedimentos para a atenção ao pré-natal e parto e os fluxos a serem observados. A análise do discurso das gestantes ressaltou dissonância entre recomendações e desejos/necessidades da mulher, o que faz com que ela procure traçar para si outro fluxo de atendimentos. Esta ocorrência traz prejuízos ao vínculo que estabelece com o serviço de saúde e dificuldades de controle pelo serviço do seguimento do que está sendo oferecido.
Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde	Silveira, S. C., Camargo, B. V., & Crepaldi, M. A. 2010	Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(1), 1-10.	Parturientes (n = 20) e Profissionais de saúde (n = 20)	Investigar quais as Representações Sociais (RS) que mulheres assistidas e profissionais de saúde têm sobre a assistência ao parto na maternidade e comparar as representações dos dois grupos.	Qualitativo	Entre os profissionais encontraram-se duas representações distintas: uma de visão medicalizada da assistência; outra identificada com proposta do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Entre as mulheres assistidas, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais é o fator de maior influência sobre como representam a assistência recebida.
Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado	Silva, L. M., Barbieri, M., & Fustinoni, S. M. 2011	Revista Brasileira de Enfermagem, 64(1), 60-65.	Parturientes (n = 8)	Compreender as experiências de puérperas que vivenciaram o trabalho de parto e o parto em um modelo assistencial considerado humanizado.	Qualitativo	O estudo destaca que as mulheres estudadas vivenciaram a experiência da parturição com sentimentos de dor, medo e ansiedade, mas também com a possibilidade de maior participação e resgate de sua autonomia. Pôde-se perceber também que as experiências das puérperas ainda se distanciam de uma humanização efetiva, conforme os princípios do movimento.

4.2 Estudo com Gestantes

A análise dos conteúdos das entrevistas permitiu identificar três dimensões: percepções sobre a gestação, percepções sobre o pré-natal e expectativas sobre o parto. Dentro delas se inserem os eixos temáticos, norteados pelo roteiro de entrevista elaborado para o estudo. Foram analisados 14 eixos temáticos: (a) descoberta da gravidez; (b) gravidez planejada *versus* não planejada; (c) dificuldades na gravidez; (d) apoio social percebido; (e) auxílio do pré-natal para lidar com dificuldades; (f) checagem de uma ação do pré-natal: oferta e realização do teste anti-HIV; (g) satisfação com o pré-natal; (h) parto como tema no atendimento pré-natal; (i) preferência por via de parto; (j) expectativas para o momento do parto; (k) sentimentos de preparo e confiança para o parto; (l) contribuições do serviço para melhor preparação da gestante; (m) sugestões para melhor atendimento pré-natal; (n) sugestões de outros profissionais que poderiam atuar no pré-natal.

A seguir, são descritos cada um dos eixos e as respectivas categorias encontradas. Para ilustrá-las, foram destacados trechos dos relatos das entrevistadas. Em alguns eixos temáticos, as gestantes contribuíram com menções em mais de uma categoria, como foram os casos dos eixos a, c, e, j, l, m e n, citados acima. As gestantes foram nomeadas de P1 a P18, sendo P referente a participante.

4.2.1 Descoberta da gravidez

Esse eixo trata das reações, sentimentos e pensamentos da gestante ao descobrir que estava grávida. Foram identificadas três categorias: *foi um susto*; *foi maravilhoso*; e *foi tranquilo*. Na primeira categoria, relatos de 11 gestantes foram incluídos, sendo que as participantes descreveram reações de surpresa, sentimento de “abalo” ou “baque” ao saberem da gravidez. Muitas relataram dificuldade de se adaptar à notícia, recebida como algo inesperado e negativo em um primeiro momento, conforme ilustram os seguintes relatos: “Foi inesperado, né?! Mas, hoje eu... já me conformei. Porque, na verdade, eu não queria. Mas aí aconteceu. Acabou que eu tô amando (...) eu tô muito feliz!” (P2)

Um susto. De começo, como é normal com qualquer pessoa que não é casada, não tem uma vida ainda estruturada, eu fiquei meio abalada (...) eu fiquei sem saber o que fazia. Mas logo, logo fui me acostumando, sabendo que tinha uma pessoa aqui que ia precisar de mim, né? E... me acostumei com o “ser mãe” (P1).

Todas as gestantes cujos relatos foram incluídos nessa categoria referiram ter se adaptado e aceitado a gestação depois de certo tempo.

Na categoria *foi maravilhoso* os relatos de cinco gestantes foram incluídos pois referiram grande satisfação com a gravidez, com reações claramente positivas diante da descoberta.

Ai, foi ...maravilhoso! Porque eu sempre quis, né, eu sempre tive esse sonho de ser mãe. Então, quando eu descobri, eu fiquei muito feliz. Fiquei muito feliz, quis logo começar meu pré-natal pra ver se tava tudo bem com o bebê (P10).

Na terceira categoria *foi tranquilo*, os relatos de duas gestantes foram representativos: suas falas não manifestaram entusiasmo na descoberta da gravidez, mas disseram ficar contentes com a notícia.

Eu tava desconfiada e fui fazer exame na clínica, exame de sangue, aí deu que eu tava grávida. (...) Eu vou fazer 20 anos agora e eu queria ter filho aos 25. Mas era uma coisa que meu namorado queria muito (...) Mas foi assim tranquilo porque eu não senti enjojo. No começo eu pensei que nem tava grávida (...) Foi uma coisa que não foi esperada, mas que eu gostei entendeu? (P13).

4.2.2 Gravidez planejada versus não planejada

Esse eixo diz respeito à intenção ou planejamento da mulher e/ou do casal de engravidar, gerando duas categorias: *planejada* e *não planejada*.

Dois terços das gestantes (n=12) fizeram parte da categoria *não planejada* e um terço (n=6) compôs a categoria *planejada*. Relatos de gestantes exemplificam ambas as categorias:

Eu não estava planejando. Eu não estava. Aliás, eu não estava pronta (...) Eu levei um susto. Até fiquei... Foi um pouco assustador pra mim, sabe? Fiquei muito assustada mesmo! (...) com o tempo é que a gente foi acostumando com a ideia. (...) A gente tá super feliz, agora! (P16).

Foi uma coisa que eu planejei bastante. Assim, a gente queria... a gente tentou várias vezes, até conseguir. E foi maravilhoso! Foi ótimo! Uma coisa que eu queria, que nós dois queríamos, e que veio numa hora boa. E tá sendo ótimo! Tá bom (P6).

Em relação à descoberta e ao planejamento da gravidez, destaca-se que mais da metade das entrevistadas relatou ter reações de surpresa e abalo quando souberam da gestação (relativas à categoria *foi um susto*) e, dessas, todas tinham tido uma gravidez não planejada. Da mesma forma, também houve a correspondência das gestantes que relataram reações positivas e entusiasmadas (relativas à categoria *foi maravilhoso*) com as que tiveram gestação planejada.

4.2.3 Dificuldades na gravidez

Esse eixo temático tratou de diferentes dificuldades que as gestantes relataram enfrentar ao longo da gravidez, tanto em algum período quanto durante toda a gestação. Foram encontradas 12 categorias: *falta de apoio, relação com o companheiro, medo da não aceitação da gestação pelos*

pais, mudanças estéticas, sintomas físicos da gestação e mudanças no funcionamento do corpo, mudanças emocionais, intercorrências na gestação, medo do parto, dificuldades financeiras, mudanças de hábitos e lazer, insegurança/preocupações com tarefas da maternidade, mudanças nos planos/projetos de vida. As categorias serão detalhadas a seguir.

Na categoria *falta de apoio*, as falas de duas participantes foram inseridas. Estas relataram não se sentirem suficientemente apoiadas ao longo da gestação, o que acarretava sentimento de solidão e questionamentos sobre suas capacidades de lidar adequadamente com tantas mudanças.

Eu achava que o essencial mesmo era o apoio e a companhia dele [pai do bebê]. Agora que eu tô necessitando mais, porque ele se afastou de mim (...) Aí é que ele que tá pulando fora. É que é agora que eu tô precisando, porque já vai mudar tudo na minha vida (P1).

Relação com o companheiro teve quatro menções e constituiu outra categoria, cujos relatos expressaram o desinteresse do companheiro pela gestação, bem como dificuldades do pai do bebê de assumir responsabilidades relativas à gestação e à vinda do bebê, além de dificuldades na relação conjugal: “Agora, no final da minha gestação é que tá vindo os problemas outra vez. Questões do pai. Parece que pesou a responsabilidade. Agora ele não tá querendo mais ficar comigo. Já procurou outra pessoa, já não tá mais comigo” (P1); “Tá acompanhando nada. Tá mais na dele. Hora dessa, acho que ele tá até, acho que tá dormindo lá” (P18).

Outra categoria foi denominada *medo da não aceitação da gestação pelos pais*, com a inserção de cinco relatos. Gestantes dessa categoria disseram ficar tensas, ansiosas e ter dificuldades de lidar com a revelação da gravidez para os pais por medo desta não ser bem aceita. Algumas referiram momentos de estresse ao longo da gestação, perpetuados por reação negativa dos pais após a revelação: “No começo foi a dificuldade de aceitação; de contar pros pais, de ver a reação (...) não cheguei a ter o contato direto com o meu pai (...) Por medo...” (P1).

A categoria *mudanças estéticas* teve grande número de relatos, com 13 menções. As mulheres incluídas nessa categoria falaram de dificuldades em lidar com as mudanças estéticas advindas da gravidez, particularmente as alterações na estrutura corporal (alargamento do quadril, crescimento da barriga e dos seios, aumento de peso), na aparência (mudanças na pele, estrias, celulite) e a necessidade de adequação do vestuário. Questionaram se iriam “voltar ao normal” após a gestação e temiam implicações dessas mudanças na relação com o companheiro. Trechos das falas de P9 e P10 são ilustrativos:

Mas aí, de repente, eu comecei a ficar muito grande, peito ficar muito grande... tudo começou a crescer numa velocidade muito incrível (...) é tudo muito grande, sabe? (...) agora eu visto um vestido que eu vestia com cinco meses e já não dá

mais, porque a barriga já tá muito grande. Então você se sente muito desconfortável! (P9).

Começa a sair estria, por mais que a gente tente se cuidar, use óleo, não coça... Mas, não tem como porque a gente acaba ficando um pouco diferente, né? (...) A gente fica, às vezes, fica até um pouco insegura, né? Eu acho que isso é da mulher (...) depois eu penso: será que vai voltar ao normal, como eu era antes de ter o bebê? (...) já que muitas pessoas ficam com o corpo muito mudado, será que meu corpo vai ficar desse jeito? (P10).

A categoria *sintomas físicos da gestação e mudanças no funcionamento do corpo* teve 10 relatos ilustrativos e incluiu menções sobre desconforto com sensações físicas comuns na gravidez (desgaste/falta de energia, cansaço, sonolência, náusea, vômitos, inchaço etc.) ou de estranhamento do corpo, que passou a funcionar diferentemente. Dois trechos de falas exemplificam essa categoria: “Agora mais no finalzinho assim que eu tô mais cansada, mas... nada assim. E agora que eu não tô dormindo muito a noite, porque a neném mexe muito” (P13); “Seu organismo vira, de outro jeito. Não é... igual quando você tá... sem um ser humano dentro de você... tá só você sozinha. Então, seu organismo, ele fica bem diferente!” (P16).

Mudanças emocionais teve o maior número de relatos: 15 participantes contribuíram com essa categoria. Os relatos tratavam da dificuldade de lidar com as mudanças emocionais associadas ou decorrentes da gestação, sendo bastante comuns os depoimentos de instabilidade emocional, choro fácil, nervosismo, irritabilidade, maior sensibilidade, sentimentos de tristeza e solidão, conforme as falas de duas participantes: “Um dia ninguém me ama, outro dia todo mundo me ama (risos). Um dia eu choro outro dia eu estou nervosa. É isso. Tudo a flor da pele assim... Tudo muito... Tudo aumenta” (P13).

A gente fica muito mais sensível, né? Então, chora com facilidade, se irrita, fica nervosa, é tudo ao mesmo tempo. São muitas emoções de uma vez e, pra quem não tem o costume de estar passando por isso, é um tanto estranho (P8).

A categoria *intercorrências na gestação* teve três relatos ilustrativos. As participantes relataram que, devido a alguma intercorrência na gestação (descobrir ser portadora de DST, ameaça de parto prematuro, dores na barriga), ficaram apreensivas. Trecho da fala de P11 exemplifica a categoria: “Eu fiquei com medo quando ela falou que era um vírus, né... A gente ficou com medo de ser alguma doença grave, alguma coisa. (...) Só quando nascer pra saber se tá tudo bem mesmo, né?”

Identificou-se a categoria *medo do parto*, que teve a contribuição de três relatos. A categoria incluiu falas acerca de preocupações específicas sobre o parto ou sobre a assistência ao parto, que podem gerar ansiedade ao longo da gravidez. As preocupações relatadas giraram em

torno de complicações no parto (podendo trazer consequências negativas para si ou para o bebê), medo da própria morte (decorrente de complicação no parto), erros na assistência (troca de bebês, receber medicamento errado), medo de não saber o que fazer, vergonha.

É medo do nascimento também, lá no hospital... Não sei, ninguém sabe se dá alguma coisa errada também... Eu tenho medo disso. (...) Ter que esperar muito pra ter o parto, (...) a gente ouve cada história. A pessoa fala: “ah eu demorei muito tempo, não sei o que...”, aí vem outra que fala que deram a injeção errada, dependendo se o parto for cesáreo, né? Sempre falam alguma coisa e a gente fica assim... Com um pouquinho de medo (P14).

Assim, eu não sei como é que a gente se comporta, eu não sei o que é que vai acontecer (...) Passa um monte de coisa na minha cabeça. Eu não quero que seja cesárea (...). Eu queria tentar normal, mas eu penso muito, porque dizem que dói muito, que isso, que aquilo outro... E aí, assim, eu tô apavorada, tô desesperada! (...) E diz que tem um negócio que você fica lá e toda hora chega um estagiário e fica te enfiando o dedo (...) Porque, ai meu Deus do céu, eu sou muito envergonhada! Muito envergonhada! (P9).

Na categoria *dificuldades financeiras*, relatos de seis gestantes foram incluídos. Estas afirmaram ter preocupações com suas finanças devido à gravidez, vez que o pré-natal pode envolver gastos extras e a preparação para a vinda do bebê certamente acarreta despesas.

Aí você tem que fazer tudo particular! Aí aperta! Entendeu, aperta. Você não tá acostumada a pagar uma ecografia por mês. Fora as outras coisas, fora enxoval... tudo, né, que você tem que comprar. Aí apertou bastante. Foi difícil porque não tava esperando, né? Já tinha meu compromisso: eu pago meu carro, pago aluguel... Aí você tem outro compromisso fixo, porque, querendo ou não, é fixo. Todo mês precisa de alguma coisa, né? (P11).

Outra categoria de dificuldades foi nomeada *mudanças de hábitos e lazer*, que contou com 11 menções. Essa categoria tratou de restrições de atividades (trabalho, lazer, estudos), mudanças de hábitos e rotinas da gestante e/ou do casal devido à gravidez: “Só não posso me esforçar: andar muito, fazer esforço, abaixar, pegar peso (...) agora tá ruim né? Não pode sair pra lugar nenhum...” (P17);

Nós dois [marido e gestante] saíamos muito. E agora a gente não sai mais tanto. Eu não dou conta, cansa. É um cansaço muito maior... Música alta eu não aguento mais... Então acho que é meu corpo se preparando pra ser mãe, mesmo, né? Então, essas coisas que eu fazia, eu não sinto mais tanto prazer em fazer, como eu

sentia antes. Sair, assim, ficar o dia todo fora, bater perna... Eu prefiro ficar em casa (P6).

Insegurança/preocupação com tarefas da maternidade constituiu outra categoria, com nove menções. As gestantes relataram insegurança quanto aos cuidados com o bebê depois do nascimento, ou quanto à criação e educação futuras, sentindo seu papel como de grande responsabilidade. Dois relatos representam a categoria: “Eu fico assim com bastante medo. Medo de não saber cuidar direito, medo de machucar na hora do banho (...) fica um pouco insegura, né?” (P10); “É isso, psicologicamente muda bastante. (...) Essa responsabilidade... É meu filho, né? Então eu vou ter mais responsabilidade. Ter mais cuidados (...) Ah, assusta um pouco. É um pouquinho assustador.” (P15)

Por fim, a categoria *mudança nos planos/projetos de vida* teve a inclusão de relatos de duas gestantes, relativos a alterações nos planos ou projetos de vida das gestantes e dos casais.

A gente pensa mais nos planos. A gente vai ter que abrir mão de muita coisa pra poder cuidar desse filho, né, dessa criança. Então a gente já fica meio assustado (...) Pra gente, assim, é um pouco difícil porque a gente tinha outros planos, né? Eu na faculdade e ele com outros planos de emprego, né, emprego melhor... (P15).

Dentre as 18 entrevistadas, uma relatou não ter tido dificuldades até o momento da entrevista.

4.2.4 Apoio social percebido

Esse eixo temático investigou o apoio social percebido pelas gestantes ao longo da gravidez, em especial no que se refere à ajuda diante de dificuldades (muitas delas citadas no tópico anterior). A análise das respostas a essa questão do roteiro de entrevista permitiu identificar duas categorias: *apoio satisfatório* e *apoio insatisfatório*.

Na primeira delas, *apoio satisfatório*, relatos de 12 mulheres foram incluídos. As gestantes nessa categoria referiram satisfação com o apoio recebido, e que não sentiram vontade nem necessidade de buscar outras fontes de apoio, tal como exemplifica trecho da fala de P9: “Teve principalmente dessa irmã minha, sabe? Essa irmã minha, nesse período, ela praticamente mudou pra minha casa, pra não me deixar sozinha. E ela tava sempre inventando coisa pra gente fazer, tava sempre conversando comigo...”

Seis gestantes foram incluídas na categoria *apoio insatisfatório* pois relataram não ter recebido apoio ou tiveram menos apoio do que sentiram necessidade.

Ah, não foi muito satisfatório não. (...) Foram coisas que aconteceram comigo, a questão da minha mãe, da minha gravidez, aí eu fiquei um pouco sozinha (...) Que

ficou faltando mesmo. Porque meu pai tem minha irmã, os filhos dela, que é ele que cria, né? Aí, tipo, eu fiquei meio de lado, né? (P14).

Dentre as fontes de apoio recebido, citadas pelas gestantes, as principais foram: o companheiro (11 menções), a mãe (seis menções), outros membros da família (com oito menções) e amigos (quatro menções). Algumas gestantes que mencionaram apoio insuficiente relataram desejar ajuda e suporte principalmente do companheiro, do pai e/ou da mãe: “Ah, se eu pudesse eu queria ter outro tipo de apoio. Talvez até do meu próprio marido, mas... só a minha família que me dá, as minhas irmãs.” (P18)

Cinco entrevistadas afirmaram que, se tivessem oportunidade, gostariam de contar com apoio profissional de psicólogos ao longo do pré-natal.

Você fala um psicólogo, uma coisa assim? É... eu acho que... todo mundo precisa! Todo mundo precisa! Porque, queira ou não, é bom você desabafar. A outra pessoa que tá de fora entende mais, né? Quando você tá conversando com um amigo: “ah, vai passar!”, né? Mas não é, não são essas as palavras que você quer ouvir (P11).

4.2.5 Auxílio do pré-natal para lidar com dificuldades

Considerando as dificuldades citadas pelas gestantes entrevistadas, foi investigado se, de acordo com a sua percepção, o pré-natal auxiliava de alguma forma a lidar melhor com as dificuldades.

Do total de 18 entrevistadas, 15 afirmaram que o pré-natal ajudou de alguma forma. Foram identificadas seis formas de ajuda: (a) O pré-natal como fonte de cuidado e atenção à gestante; (b) O pré-natal como fonte de alívio e redução de preocupações; (c) O pré-natal como fonte de orientações, informações e esclarecimentos; (d) O pré-natal como fonte de sentimento de segurança para a mulher; (e) O pré-natal como ajuda para o amadurecimento da gestante; e (f) O pré-natal como oportunidade de encontro e compartilhamento. A seguir, relatos de cada uma das formas: “Ver como é que o bebê tá, se tá tudo bem... A nossa preocupação é mais essa no momento. Ver se tá tudo direitinho, ver se não tem nenhum problema... pra não ter problemas futuros” (P15); “Eu senti muito segura de saber que eu tô sendo acompanhada pelo médico. Um médico experiente e trabalha na área do... de trabalhar com pré-natal, com mulheres grávidas, sabe? (...) Um médico te deixa mais segura” (P16); “Porque... aqui a gente encontra outras grávidas... A gente se sente menos vazia, menos triste. Né? Porque, no começo, eu fiquei meia triste. Mas, depois, cheguei aqui e vi outras mulheres. Aí elas se comunicam muito... Aí pronto!” (P5).

Ajudou! São gente boa aqui as médicas. Eu adoro a minha doutora. (...) É porque é assim, ela tem muita paciência, tem um cuidado com a gente. Ela é muito cuidadosa, pelo menos comigo... Ela tá sempre cuidando da gente. (...) Nossa ela me dá uma atenção (...) Me dá um pouco de apoio, isso mesmo! (P18).

Ajuda porque a gente tira algumas dúvidas que a gente tem... O pré natal ajuda muito, porque as vezes tem coisa que você não pergunta diretamente pra mãe. Tem coisa que você nem sabe que pode acontecer, que você não acha, né? (P7).

Me ajudou a amadurecer. (...) A pensar diferente, porque eu pensei que tudo era mais complicado e não é não, é muito simples. (...) Na prática, eu não sabia como é cuidar de uma criança. Elas explicam tudo na palestra. Aí a gente vai amadurecendo, né? Aprendendo com elas (P2).

As três gestantes que afirmaram não terem percebido o pré-natal como fator de ajuda para lidar com as dificuldades alegaram que a forma como é feito e os assuntos tratados no pré-natal não abordam as questões que têm dificuldades: “Não, porque, assim, o pré-natal era mais pra saber sobre mim e sobre a criança. As dificuldades que eu sinto nenhuma era das de ginecologista... então não foi, assim, de adicionar nada.” (P1)

O pré natal... você viu ali, tem muita gestante, muita gente pra atender. Então acaba que atende rápido. Vê o resultado do exame, vê se tá tudo bem, mede sua barriga, afere sua pressão e pronto. Não tem aquele cuidado, aquela coisa. (...) E acho que o pré natal aqui tá sendo só isso mesmo. Só verificar se o bebê tá bem. Acho que não é nem a preocupação com a mãe, né. (...) Não ajudou em nada não (P11).

4.2.6 Checagem de uma ação do pré-natal: oferta e realização do teste anti-HIV

Uma das ações consolidadas no pré-natal é a oferta da testagem anti-HIV, tendo em vista a prevenção da transmissão vertical do vírus da aids. Apesar de não ser o único exame ou teste inserido no pré-natal, este traz desafios, pois deve ser precedido de aconselhamento e possui protocolo nacionalmente estabelecido, que deve ser seguido pelas unidades de saúde. Dessa forma, optou-se por investigar como essa ação tem sido feita nos locais em que o estudo foi realizado.

Todas as gestantes entrevistadas mencionaram que realizaram o teste anti-HIV pelo menos uma vez até o momento da entrevista, exceto uma, que iniciou o pré-natal tardiamente (com seis meses de gestação). Quanto ao aconselhamento pré-teste, foi perguntado às entrevistadas se haviam recebido algum esclarecimento ou explicação acerca da realização do exame e, em caso afirmativo, se foi de forma individual ou coletiva. Verificou-se que sete das 18 entrevistadas relataram ter recebido explicações e informações que julgaram satisfatórias acerca do exame. Das 11 gestantes que relataram não ter recebido explicação alguma ou obter esclarecimentos insatisfatórios, o relato

de P15 é ilustrativo: “Assim, por cima né? Não explicaram detalhadamente não, mas me falaram assim (...) o porquê dos exames.”

Das gestantes que realizaram o exame, 15 referiram ter recebido o resultado da própria médica que a acompanhava no pré-natal. Uma entrevistada pegou o exame direto no laboratório, pois tinha feito na rede particular, e outra gestante alegou ainda não ter recebido o resultado. Apesar de a maioria ter recebido o resultado diretamente do médico, algumas disseram não ter tido explicações suficientes acerca do resultado como se pode ver no relato a seguir:

Não, essa questão dos exames também ficou um pouquinho a desejar. (...) Não explicaram muito não. Só falam que tá tudo bem não sei o quê... Mas não explicou nada não. O médico só olha assim e fala: “ah, tá tudo bem, deu tudo positivo, deu tudo certo”, só isso (P14).

É importante ressaltar que, apesar da entrevistada ter se referido aos exames utilizando o termo “positivo”, ela não se referia ao resultado do teste anti-HIV, e sim ao fato de todos os exames terem revelado quadro saudável, com resultados dentro do que era esperado.

4.2.7 Satisfação com o serviço de pré-natal

Esse eixo temático buscou investigar a percepção da gestante referente à qualidade do serviço oferecido no pré-natal, particularmente se ele foi satisfatório ou não para essas mulheres. Foram evidenciadas duas categorias: *satisfeitas* e *parcialmente satisfeitas/ insatisfeitas*.

Na categoria *satisfeitas*, 13 gestantes foram incluídas. As entrevistadas referiram que estavam contentes com o atendimento recebido durante o pré-natal, ressaltando como pontos principais de sua satisfação: (a) o fato de se sentirem cuidadas; (b) a possibilidade de escutarem o coração de seu bebê batendo e de obterem informações sobre a sua saúde, por saberem que este estava bem; (c) as oportunidades de aprender mais e tirar dúvidas nas palestras; (d) a boa interação com os profissionais; (e) a vantagem de fazer exames e receber “remédios” (ácido fólico e sulfato ferroso) da rede pública, sem precisar, portanto, custear esse medicamento. Três trechos de falas ilustram essa categoria: “É bom, porque eu fico sabendo o meu peso, minha pressão, como ela tá... Eu ouço o coraçãozinho dela em todas as consultas (...) Assim, apesar de ser público, mas não teve nenhum problema até hoje. Tá tudo direitinho” (P2); “(...) o pré-natal é muito bom. Aqui nesse posto eles cuidam muito bem da gente. (...) Todo os exames que eles passam eu faço e é tranquilo. (...) Tudo pela rede pública.” (P18)

Aqui no público eu gostei porque a gente tem as palestras, né? A gente tem palestras com médicos, odontologista, ginecologista, todos... pediatra... Então, assim, pra gente que é mãe de primeira viagem, tirou muitas dúvidas minhas, né? Então foi muito bom (P7).

Na outra categoria desse eixo temático, *parcialmente satisfeitas/ insatisfeitas*, foram incluídas menções de cinco participantes. As gestantes dessa categoria se incomodaram com aspectos do pré-natal ou acharam que o atendimento não contemplou tudo o que deveria. Os pontos de insatisfação mais citados foram: (a) aparente desinteresse ou descuido dos profissionais no atendimento; (b) tratamento inadequado, invasivo ou rude às gestantes por parte de profissionais; (c) grande espera para ser atendida (mesmo em casos de emergência); (d) pouco tempo de consulta, que limita as possibilidades de esclarecer dúvidas e de conversar mais profundamente sobre determinados assuntos; (e) poucas oportunidades de contato com obstetra, que costuma atendê-las somente no dia marcado de consulta; (f) dificuldade de marcar e realizar exames na rede pública, o que faz com que algumas gestantes acabem optando por pagar exames na rede particular para agilizar a obtenção dos resultados. Os relatos que exemplificam essa categoria são:

Não sei se pelo tempo que é mais corrido, ou se é por falta de interesse mesmo do profissional, [o atendimento] é mais restrito. (...) Ali [na rede pública] ela vê mais, assim, os exames, mede a barriga da gente. (...) E parece que não dá muita abertura para a gente tirar algumas dúvidas, não sei... eu posso estar vendo por esse lado (P1).

Às vezes a gente não recebe o atendimento de qualidade que a gente espera ter. Principalmente quando a gente está gestante, que a gente está emotiva, então eu quero que ela sente converse comigo, me explique detalhadamente... coisa que ela não vai fazer. E não faz. (...) Qualquer coisa você tem que ir pra emergência, você não pode contar com sua médica, e isso é chato pra caramba! (...) E, aí, eu chego aqui e ela nem lembra! (...) Eu consultei quinta feira passada, e ela não tava nem lembrando da minha cara mais! Perguntou quando foi a última vez que eu fui nela. (...) Não tem nem dois dias! (P6).

Às vezes tem uma demora que incomoda... A gente já está numa situação um pouco diferente, complicada, então incomoda. Porque demora pra ser atendida, às vezes quando é atendida, atende de má vontade... Quando não é atendido, assim, nas pressas, você não tem a assistência às vezes necessária (P8).

4.2.8 O parto como tema no pré-natal

Esse eixo investigou se, até o momento da entrevista, as gestantes já haviam conversado com seu/sua obstetra sobre o parto e, em caso afirmativo, o que foi tratado. Sabe-se que, em ambos os centros de saúde, havia palestras que tinham o parto como tema, dentre tantos outros assuntos abordados. No entanto, não raro algumas gestantes relataram que tinham dificuldades de comparecer a todas as palestras devido ao horário em que costumavam ocorrer, em especial aquelas que trabalhavam. Dessa forma, optou-se por considerar somente os relatos referentes a conversas

individuais realizadas sobre esse tema, tidas em consulta com o/a obstetra, já que, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), devem fazer parte dos temas a serem abordados no pré-natal. Com base nos relatos das participantes, três categorias foram identificadas nesse eixo.

A categoria denominada *até agora ainda não conversamos*, teve 13 menções. Nessa categoria foram incluídas gestantes que referiram não ter tratado nem uma vez acerca do tema parto em consulta com o profissional de medicina. Algumas delas relataram estar apreensivas pela falta de informação, vez que estavam no final da gestação e próximas à vivência do parto. Outras não mencionaram sentir falta de tratar esse assunto, preferindo deixar para lidar com a situação em momento mais próximo à hora do parto. Relatos de duas gestantes ilustram a categoria: “Não conversei ainda. Não sei se vai ser normal ou cesariana (...) Eu sei que não sou mais nenhuma garotinha, mas já que sou mãe de primeira viagem, tem que saber de tudo, né?” (P18)

Bom, eu já cheguei a assistir palestra, mas assim, uma conversa mais íntima com eu e um outro profissional sozinho não. (...) Não tive muito acesso, assim, em uma questão mais individual. Pra falar do meu parto em si, não. Eles falam de um parto uma coisa mais ampla, não do meu específico (P8).

A segunda categoria foi nomeada *sim, mas foi superficial*, que teve quatro relatos. Nestes, as gestantes afirmam que houve alguma conversa sobre o tema em consultas individuais, mas não houve esclarecimento e informação suficientes, sugerindo que o tema foi tratado de modo superficial: “Assim, não explicou detalhadamente, né, mas me deu uma noção, mais ou menos, como é. E eu tenho, assim, conversado muito com essas meninas grávidas também, que vem fazer o pré-natal comigo, então... isso também ajuda!” (P10)

É, assim, explicação não tive muita ainda, né? Porque agora que eu vou começar a vir toda semana, aí eu já vou querer esclarecer melhor com ela. Mas o que me passaram de início foi isso: que ela já está na posição pra nascer e tem tudo para ser normal, mas depende de outros fatores, né? (P4).

A terceira categoria foi *sim e foi suficiente*, com uma menção. Essa gestante relatou que conversou com a obstetra e recebeu as informações que necessitava: “Ela falou como é que vai ser e como é que eu ia sentir, essas coisas.” (P3)

4.2.9 Preferência pela via de parto

Nesse eixo, tratou-se dos desejos e planos das gestantes pela via de parto (vaginal ou cesárea) ou tipo de parto (normal ou cesáreo). Das 18 entrevistadas, três não relataram preferência. Duas categorias foram identificadas.

A *preferência por parto vaginal/normal* teve 12 relatos inseridos. As gestantes que falaram de sua preferência por esse tipo de parto alegaram, como motivo principal, que é melhor por ter pós-parto mais tranquilo, de recuperação mais rápida. Outras razões para a preferência foram: a

ideia de que é um parto mais saudável para o bebê e sem riscos; é um parto mais fácil; medo do parto cesáreo que corta, deixa cicatriz e pode ser arriscado; visão do parto normal como algo para o qual o corpo da mulher já está preparado. O relato de P7 é ilustrativo:

Sempre quis ter parto normal. Graças a Deus tá tudo tranquilo pra que seja parto normal, porque eu acho que é o certo. Acho que o corpo da mulher sempre foi preparado pra isso. É claro que, eu sempre tive a consciência de que, se não desse alguma coisa certa eu ia ter que fazer uma cesárea, mas nunca foi minha preferência. (...) É, porque eu acho que é mais tranquilo o depois, no pós parto, né? Tem o risco da operação... Então eu quero dar os primeiros cuidados pro meu neném, eu quero dar banho, eu quero segurar... E muitas das mulheres que têm parto cesáreo não têm essas condições, né? (P7).

A categoria *preferência por parto cesáreo* teve a contribuição de três gestantes. As entrevistadas dessa categoria manifestaram preferência pelo parto cesáreo, alegando como principais razões: o medo da dor do parto normal; a tranquilidade que a previsão do nascimento traz (se for uma cesárea eletiva); a sensação de segurança devido ao maior controle, tendo a ideia de que, dessa forma, há menos chances de complicações.

É porque eu não queria sentir dor, na verdade. (...) Me falaram pra fazer parto normal, mas parece que a dor... Não existe outra dor do que parto normal (...) Todos dizem que é tolerável, mas não quero arriscar não. Vou fazer cesárea. É porque é mais tranquilo também, né? Pode marcar e fazer. (...) É, tá mais pra segurança... Mais segurança mesmo. Porque aí já vai estar... já tá marcado, você já chega lá e faz o parto. Não precisa ficar esperando a dor chegar. Entendeu? Ou algum tipo de complicação, não sei (P15).

4.2.10 Expectativas para o momento do parto

O tema desse eixo tratou do que vem à mente das gestantes, o que pensam e sentem quando imaginam o parto ou refletem sobre esse momento. Foram encontrados diversos tipos de expectativas, organizadas em 12 categorias: *o parto como momento de dor, mal estar e sofrimento; o parto como momento de ver o filho; o parto como momento de risco; o parto cirúrgico e o medo da cesariana; o parto como assunto em que é melhor não pensar muito; o parto como gerador de insegurança quanto à capacidade de parir; o parto como momento entre vida e morte; o parto como momento de maus-tratos e vergonha; o parto como momento em que se fica sozinha; o parto como momento de incerteza quanto à internação; o parto como momento de felicidade pelo nascimento; e o parto como algo fácil.* Uma gestante não relatou expectativas sobre o parto.

A categoria *o parto como momento de dor, mal estar e sofrimento* teve nove menções: quando pensavam na cena do parto, as gestantes o associavam à dor (ou ao medo de sentir dor), a

mal estar e sofrimento. Um momento desagradável, mas pelo qual é inevitável passar. Especificamente em relação à dor, algumas se questionavam se iriam dar conta de suportá-la. Três são exemplos da categoria: “Mas acho que só mesmo no dia, ou então na hora que eu começar a passar mal, que vai cair mesmo a ficha que eu vou ter que ir para aquele momento ali.” (P1); “Eu tenho medo da dor, porque dizem que dói muito. Às vezes eu tenho medo de que ‘ai meu Deus eu não vou conseguir’...” (P13); “Mas eu peço a Deus que eu aguente. Eu não falo pra eu não sentir dor, porque quem não sente dor tem cesárea. Mas, que eu suporte. Como toda mulher que tem normal consegue suportar”. (P2)

Uma segunda categoria foi *o parto como momento de ver o filho* com oito menções. As gestantes referiram que associavam o parto com um momento pelo qual ansiavam bastante: ver o filho ou a filha pela primeira vez, “ver o rostinho”, pegar seu bebê nos braços. O processo de parturição em si não era o foco; era somente o meio pelo qual chegariam a ter acesso ao bebê. Algumas relataram que não gostavam de pensar no parto em si, mas nos momentos logo após o nascimento: “Eu penso em ver o rostinho dela logo, segurar no braço, passear (...) Então eu vou fazer o máximo possível para ter logo, colocar a força que eu tiver.” (P2)

Ah, eu só imagino coisas boas, né? O pessoal fala da dor, se for parto normal, né? O que mais eu imagino é eu lá na maca e depois só com a minha filha no colo. Não imagino na hora da dor. O pessoal fala que deixa você esperando, sentindo muita dor, com contrações e tudo; não imagino essa parte ruim não, só coisas boas (P14).

Ansiedade demais... eu fico querendo ver o rosto, pegar no colo, amamentar... Ter esse “extinto” mesmo de mãe, entendeu? Cuidar direitinho (...) A cena? Ah, dele vindo pros meus braços e eu tendo que colocar ele no meu seio pra amamentar (P15).

Outra categoria desse eixo temático foi denominada *o parto como momento de risco: medo de complicações*, que obteve quatro menções. As gestantes referiram que percebiam o parto como um momento de risco, em que complicações poderiam acontecer tanto com elas quanto com o bebê: “É medo do nascimento também, lá no hospital... Não sei, ninguém sabe se dá alguma coisa errada também... Eu tenho medo disso” (P14); “Uai, vem muitas coisas, o medo. (...) Medo de tudo. (...) Medo de acontecer alguma coisa comigo e com ele” (P17).

O parto cirúrgico e o medo da cesariana teve quatro relatos. As gestantes mencionaram que tinham medo que fosse necessário fazer uma cesariana e não pudessem ter seus filhos por parto normal. Os medos se relacionavam principalmente a possíveis complicações de um procedimento cirúrgico, ao fato de serem cortadas, a ficar com cicatriz e a um pós-parto mais difícil: “Sei lá,[medo] de não ser normal, de ser cesáreo. (...) [Ao ser perguntada se tem medo da cirurgia:] É

por que corta, né? Fica a cicatriz, sei lá”(P5); “Mesmo sendo cesárea eu tenho... Eu fico assustada. (...) [Medo] de ter alguma complicação, sei lá... Pensando mil coisas. Esquecer alguma coisa dentro da minha barriga” (P15).

O parto como assunto em que é melhor não pensar muito também teve quatro menções. Algumas gestantes relataram que buscavam não pensar muito no parto, vez que ficavam ainda mais ansiosas e com medo. Preferiam evitar refletir sobre esse momento e lidar com ele quando chegasse a hora, em uma postura de evitação no plano cognitivo: “Não, não quero nem pensar sobre isso!” (P15); “Eu prefiro não pensar, porque eu sou muito ansiosa. Eu prefiro não ficar pensando...” (P1).

Outra categoria identificada foi *o parto como gerador de insegurança quanto à capacidade de parir*, com a contribuição de dois relatos. As gestantes questionavam se iriam conseguir ter parto normal, já que tinham ouvido relatos de mulheres que não conseguem. Um dos motivos citados como causa de não conseguirem é a intensidade de dor, que passa a ser insuportável. Também citaram o fato de algumas mulheres não terem a dilatação necessária.

Porque muitas mulheres, muitas vezes, não têm contração, não tem dilatação, nem nada. Eu tô esperando por esse momento aí: de vir as dores... e eu correr pro hospital e, se Deus quiser, ter parto normal... que muitas mulheres não conseguem (P1).

O parto como momento entre vida e morte foi mencionado por duas gestantes, que associavam o parto a um momento em que poderiam morrer, o que as deixava com medo, apreensivas e ansiosas. Não relataram medo da morte do bebê, mas somente de sua própria: “Tenho um medo de morrer na hora. (...) É porque a gente assiste muita televisão e vê tanta coisa acontecendo, aí eu fico com medo” (P12); “Vem na minha mente que eu fico com medo de ter meu filho e não aguentar o parto... e ter que deixar o meu filho pros outros criar, ou pro próprio pai mesmo, sabe?” (P18).

Outra categoria identificada foi *o parto como momento de maus tratos e vergonha*, com duas contribuições de mulheres que se referiram ao parto como um momento em que poderiam estar sujeitas a maus tratos por parte da equipe, o que gera medo ou mesmo vergonha por não ter sua privacidade e seu corpo respeitados.

Eles [profissionais de saúde] deixam a pessoa sentindo dor até ver quando vai dar, entendeu? Não tem aquela atenção com o paciente, nem explica porque você não vai poder ter o parto e tudo. Se não tiver aguentando mais, tiver quase morrendo, aí eles vão te atender. Aí eu tenho medo disso. (...) Até uma amiga minha falou: “não grita, senão eles vão te tratar mal”. (...) Porque tem pessoas, tem enfermeiras e tudo que falam, né, ainda debocha da sua cara: “na hora de fazer você não tava gritando, mas agora...” Mas não é isso. A pessoa sente dor, a

pessoa não pensa, né? Eu penso muito assim: se eu vou ser maltratada, essas coisas assim (P11).

E diz que tem um negócio que você fica lá e toda hora chega um estagiário e fica te enfiando o dedo (...) porque, ai meu Deus do céu, eu sou muito envergonhada! Muito envergonhada! Aí eu fico pensando: toda hora vai chegar uma pessoa e vai me ver ali, sabe? (P9).

O parto como um momento em que se fica sozinha foi outra categoria com dois relatos. As mulheres dessa categoria imaginavam o parto como um momento em que outras pessoas conhecidas não poderiam estar junto, tendo que ficar sozinhas com a equipe do hospital para ganhar o bebê. Ambas desconheciam a lei do acompanhante.

Ah, eu penso assim de... de ficar lá sozinha, só os médicos comigo. Porque assim, às vezes, quando é no particular, outra pessoa pode participar do seu parto. Mas quando é no hospital público, aí você não pode, outra pessoa não pode participar junto com você (P16).

O parto como um momento de incerteza quanto à internação teve uma menção acerca do momento do parto visto como gerador de ansiedade e incerteza, pois a gestante tinha medo de chegar no hospital e não ser admitida; ser mandada de volta para casa: “Ou então de você chegar no hospital e falar que não é a hora, e você voltar... Porque acontece muito isso, né: ‘não, você tá sentindo dor, mas é assim mesmo, é normal.’” (P11)

A categoria *o parto como momento de felicidade pelo nascimento* obteve um relato na qual o parto é visto como um momento feliz pelo nascimento de um bebê: “Eu acho que a gente fica feliz, também, quando a criança nasce, é um momento muito feliz, sabe?” (P16)

Por fim, a categoria *o parto como algo fácil*, teve também uma contribuição: a gestante associava o parto e o nascimento do filho a algo fácil e tranquilo, sem maiores dificuldades: “Eu acho que vai ser fácil.” (P3)

4.2.11 Sentimento de preparo e confiança para o parto

Esse eixo temático tratou da percepção e dos sentimentos das gestantes em relação a estarem preparadas e confiantes para o momento do parto. Foram identificadas três categorias: *me sinto preparada*, *estou com medo* e *relatos contraditórios*.

A categoria *me sinto preparada* teve cinco menções, de gestantes que afirmaram sentir-se preparadas, mesmo tendo relatado receios e anseios relacionados ao parto: “Tá tranquilo. Eu não tenho dúvida de nada... já me informei... então tá tranquilo também.” (P7)

Estou com medo teve 10 menções, sendo que as mulheres incluídas nessa categoria relataram medos e receios relacionados ao parto, não se sentindo suficientemente preparadas,

informadas, confiantes para esse momento: “Essa é uma pergunta que o meu companheiro me faz todo dia. Seu eu estou preparada... (pausa) Eu acho que ainda não tô, não.” (P1); “Ah, eu tô um pouco ansiosa, sei lá... nervosa, não sei... Preparada ainda não (...) Não tô confiante não” (P14);

Não, eu tenho muito medo. (...) Mesmo sendo cesárea eu tenho... Eu fico assustada. (...) Meu bebê não nascer direito, ter alguma (...) Algum problema físico, uma coisa assim. Uma doença genética. Então eu fico bastante assustada nesse aspecto, assim (P15).

A categoria *relatos contraditórios* incluiu relatos de três mulheres que relataram estar sentindo-se preparadas. No entanto, ao longo da resposta deixavam claro que estavam com medo desse momento, sentindo-se inseguras e tendo ainda muitas dúvidas: “Sinto [preparada]. Inclusive eu tô bem tranquila. Eu só tenho... às vezes eu me sinto meio insegura, assim, com medo, por conta da dor, né? Eu fico imaginando... Mas, é tentar...” (P4);

Ah, tem assim... fica curioso: ‘Será como que é um parto?’ Sei lá como que é realizado um parto (...) eu antes tava com medo. (...) Porque eu não sei o que acontece, como que é, como que vai acontecer, sabe? (...) Agora tô me sentindo preparada, já. Porque se for pensar: ‘ah, vou ficar com medo, como o negócio é, o parto?’ Eu não sei como que é! Eu nunca tive nenhum filho. É o meu primeiro filho. Então vai ser uma surpresa pra mim (P16).

4.2.12 Contribuições do serviço para melhor preparação da gestante

Esse eixo buscou explorar se haveria, de acordo com a opinião das gestantes, ações que poderiam ser feitas no serviço pré-natal, para que elas se sentissem mais preparadas e confiantes para o momento do parto. Foram percebidas duas categorias: *o pré-natal não pode ajudar e me sentiria mais preparada se...*

A primeira delas – *o pré-natal não pode ajudar* – com 10 menções incluiu relatos de gestantes que afirmaram que não havia nada que pudesse ser feito no atendimento pré-natal para que se sentissem mais confiantes e preparadas. Foi opinião comum que ações para se sentirem mais preparadas eram algo de responsabilidade delas próprias e da família. Outro relato que permeou as entrevistas foi de que não havia como se preparar; deviam apenas esperar o momento chegar e lidar com a situação da forma que fosse possível.

Não sei. Só assim, mais o apoio da minha família, da família dele [marido], acho que só. (...) acho que, você estando tranquila com você mesma, poderia também dar certo né? (...) você poder passar a gravidez toda tranquila sem problemas emocionais, entendeu? Sem você está num lugar que não tenha muita briga, que não tenha muito problema, em uma casa que seja tranquila (P15).

A segunda categoria – *me sentiria mais preparada se...* – obteve oito relatos. As gestantes incluídas nessa categoria trouxeram sugestões de mudanças ou de realização de ações no atendimento pré-natal que acreditavam poderia melhorar sua confiança e seu preparo para o parto. Elas referiram que iriam sentir-se mais preparadas se: (a) fornecessem mais informações sobre o momento do parto; (b) os profissionais dessem atenção mais individualizada, apoiando-as em suas necessidades particulares relacionadas ao parto; (c) o centro de saúde realizasse mais palestras sobre temas relacionados; (d) houvesse preparação psicológica para o momento do parto; (e) o parto fosse realizado com o mesmo médico(a) que acompanhou a gestante ao longo do pré-natal. Alguns relatos exemplificam essas opiniões: “É... sei lá, eles passarem algumas informações que eu não tenho!” (P14); “Um apoio maior, bem maior... pra gestante. Acho que é um momento muito importante pra gestante pra ficar... tudo meio vago, assim, né? Informar bem a pessoa, conversar, acalmar, mostrar desenhos, talvez, acho que falta muito isso” (P6);

Eu só acho que uma boa sugestão seria ler mais e ter mais palestras. O que mais me agradou, que tranquilizou, foram as palestras no hospital. Mostrou tudo direitinho, como é, o que usa no momento. Só não mostrou na parte de cesariana, porque não pode entrar. Mas eles falaram como que é (P2);

A única coisa, assim, que eu gostaria muito é que o médico da gente acompanhasse a gente na hora do parto. Isso aí eu gostaria muito, nossa! (...) Em vez de ter outro médico. Porque o outro médico não tá te acompanhando... assim, só na hora que ele lê lá o pré-natal [prontuário] e sabe se você tá pronta, se você tá indo tudo bem. (...) O médico que você já consultou, já passou por todos... os trajetória, né? Aí ficaria mais fácil (P16).

4.2.13 Sugestões para melhor atendimento pré-natal

Esse eixo temático abordou as respostas dadas pelas entrevistadas quando perguntadas se haveria algo que gostariam de sugerir para um melhor atendimento pré-natal. Foram encontradas duas categorias: *não tenho nada do que reclamar* e *era melhor se...* Uma gestante não relatou nada a esse respeito.

A categoria *não tenho nada do que reclamar* teve 11 menções, sendo que as gestantes incluídas nessa categoria não tiveram nenhuma sugestão, dizendo que a forma como o atendimento pré-natal estava sendo feito as atendia bem: “Não, o pré-natal aqui é muito bom, eles cuidam muito bem da gente, não tenho nada que reclamar do pré-natal” (P18).

A categoria *era melhor se...*, com seis relatos, incluiu sugestões dadas pelas gestantes. Foram elas: (a) redução do tempo de espera pelo atendimento (seja consulta marcada ou atendimento emergencial); (b) melhoria do acesso aos médicos e de sua disponibilidade para atendimento, facilitando o contato das gestantes atendidas por eles, quando necessário; (c) melhoria

na comunicação entre equipe e pacientes e do fornecimento de informações às gestantes; (d) melhoria da interação dos profissionais com gestantes, tendo mais tempo para elas, mais paciência, melhor tratamento: “Eu acho que demora muito pra gente ser atendido, né? Mas eu acho que é porque é assim mesmo. Tem muita pessoa pra ser atendida. (...) É, eu acho assim que, se fosse mais rápido, era melhor, né?” (P16); “Acho que maior disponibilidade de tempo dos locais em si. Um médico que tivesse um plantão maior, que tivesse um acesso maior. Talvez isso, mas... Uma forma mais fácil de a gente ter contato” (P8); “Eu acho que devia ter mais... um acompanhamento mais detalhado. (...) E aqui, tudo o que se conversa, nem tudo é anotado, então... fica uma coisa meia vaga pra gestante. (...) Fica complicado” (P6);

Eles pede muito exame, mas não explica porque tanto exame, sabe? E aí, assim, eu entendo que, se elas pede, é porque precisa, né? E a única coisa que elas falam é que todos os resultados estão no prontuário e, se eu não fui chamada pra conversar, é porque tá tudo bem (P9).

4.2.14 Sugestões de outros profissionais que poderiam atuar no pré-natal

As gestantes foram questionadas sobre sua visão acerca da atuação rotineira de outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiras, no pré-natal. Três delas afirmaram que não sentiam a necessidade de inclusão de outros profissionais no acompanhamento pré-natal. As outras 15 gestantes alegaram que outros profissionais poderiam contribuir. Foram sugeridos três tipos de profissionais: dentista (duas menções), nutricionista (cinco menções) e terapeuta/psicólogo (12 menções).

Eu já passei pela consulta do dentista, nutricionistas... porque eles te ajudam muito também. Porque às vezes você está sentindo alguma coisa e você não sabe o que é. E se, eles participarem do pré-natal, é bem mais fácil pra você. Fica mais entendido das coisas, fica mais por dentro. (...) E aí você sente mais “apreparada”. (...) Eu acho que foi importante, ué, muito importante (P16).

Eu acho que psicólogo, psicóloga, acho que poderia mesmo ajudar né? (...) No emocional. Porque tem mães que passam, não falo eu, mas tem mães que passam muitas dificuldades psicologicamente. Às vezes o companheiro não quer aceitar ou até mesmo a família. Eu acho que assim poderia ter esse tipo de ajuda, né? Pra poder orientar melhor (P15).

Capítulo V – Discussão

Tomando por base os resultados expostos no capítulo anterior, esse capítulo discute os principais aspectos referentes à produção científica brasileira relacionada aos temas assistência humanizada ao parto e preparação para o parto, bem como os aspectos que mais chamaram atenção nos dados colhidos por meio das entrevistas com gestantes.

5.1 Produção Científica sobre Preparação e Assistência Humanizada ao Parto

Ao observar a quantidade de artigos brasileiros publicados, relacionados aos temas pesquisados, percebe-se que a produção ainda é pequena na área, considerando o período analisado (11 anos). Cabe assinalar que, em busca informal, foi possível localizar muitos trabalhos acadêmicos, particularmente dissertações e teses relacionadas aos temas. No entanto, trabalhos desses tipos não eram alvo da revisão sistemática proposta. Tratando de artigos científicos, a produção parece ser consideravelmente menor do que a de trabalhos de pós-graduação. Questiona-se, portanto, se a produção de artigos científicos decorrentes dessas pesquisas está sendo feita ou se esses trabalhos têm permanecido apenas no âmbito acadêmico. Parece haver, ainda hoje, dificuldade para a publicação de trabalhos frutos de pesquisas acadêmicas em veículos de maior alcance (como periódicos científicos) na área da psicologia, o que faz com que muitos trabalhos *stricto sensu* permaneçam apenas nas bibliotecas das universidades (Soares, Victoria, Cavalieri, & Bottino, 2006).

Um dado que chamou a atenção foi a maior distribuição dos artigos em periódicos de enfermagem e de saúde coletiva que, nessa revisão, foram os que mais publicaram sobre os temas estudados. Isso leva a crer que essas áreas estão mais atentas à importância e influência dos aspectos relacionados ao parto e à assistência no pré-natal e no parto do que outras também envolvidas nesses contextos.

Dentre as áreas que pouco produziram, de acordo com os resultados desse estudo, está a psicologia. Pensando na quantidade de estudos (Costa et al., 2003; Dias & Deslandes, 2006; Gayesky & Brüggemann, 2009; Hodnett et al., 2007; Parada & Tonete, 2006; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Rodrigues & Siqueira, 2008; Saraiva, 2007; Silva et al., 2011) que destacam a importância e a grande influência de fatores psicoemocionais durante a gestação, o parto e o pós-parto, e que sugerem ações que permitam melhor preparação psicológica da mulher para esses momentos, há que se refletir por que a psicologia ainda se encontra envolvida de forma incipiente nesse meio. Considerando que a pouca contribuição da área se dá tanto em termos acadêmicos – com produção científica ainda escassa para as demandas existentes – quanto em termos práticos – ainda há poucos psicólogos atuantes nos serviços de pré-natal, parto e acompanhamento pós-parto no Brasil – pode-se pensar que a pouca atuação de psicólogos nesse campo da saúde possa estar influenciando indiretamente a produção e publicação de artigos acadêmicos de psicologia.

A predominância de estudos que tiveram gestantes, parturientes e puérperas como participantes aponta para uma tendência a considerar a perspectiva das usuárias. Tal tendência é percebida como algo positivo e que deve ser incentivado, vez que as usuárias são figuras essenciais desse contexto e precisam ser mais ouvidas e valorizadas, como ressaltam Almeida e Tanaka (2009).

Além dos estudos envolvendo as usuárias, também é bastante importante que se expandam as pesquisas com profissionais de saúde que assistem essas mulheres, visto que muitos estudos indicam seu despreparo para agir e interagir com elas, seus acompanhantes e familiares, de acordo com as recomendações do PHPN e da OMS (Nagahama & Santiago, 2008; Reis & Patrício, 2005, Silveira et al., 2010).

5.2 Reflexões sobre Relatos e Percepções das Gestantes

As dimensões percebidas na análise dos relatos (percepções sobre a gestação, percepções sobre o pré-natal e expectativas sobre o parto) estavam de acordo com o que foi abordado no roteiro de entrevista. A diversidade de eixos temáticos nelas inseridas permitiu visão ampla das percepções e vivências das entrevistadas acerca de todo o período da gestação e das expectativas sobre o que iriam vivenciar em breve (em particular o parto). Tal variedade de aspectos analisados permitiu corroborar dados da literatura e fomentar reflexões para melhor compreensão do que pode influenciar a gestação e as experiências de parturição. A seguir, são discutidos os pontos que mais se destacaram no estudo.

Em relação à descoberta da gravidez, chama atenção que mais da metade das entrevistadas relatou ter reações de surpresa e abalo quando souberam de sua gestação (correspondente à categoria *foi um susto*), sugerindo que o momento de descoberta e o início da gestação compõem, muitas vezes, um período delicado de adaptação, em que a gestante costuma precisar de mais apoio (Davis-Floyd, 2003; Nascimento, 2011; Saraiva, 2007). Outro aspecto de destaque foi em relação ao planejamento da gravidez. Das gestantes da categoria *foi um susto*, relativa à descoberta da gravidez, todas relataram uma gravidez não planejada. De outro lado, das mulheres que relataram reações positivas e entusiasmadas (relativas à categoria *foi maravilhoso*), todas relataram ter planejado engravidar. Esses dados permitem pensar que o fato da concepção ser planejada ou não pode influenciar de forma importante as primeiras vivências da gestação, a partir do momento em que ela é descoberta. Chama ainda atenção a proporção de mulheres que não planejaram ou desejaram em um primeiro momento sua gravidez (dois terços das entrevistadas), o que aponta para a necessidade de se investir em ações educativas relacionadas ao planejamento familiar e à anticoncepção.

Quanto às dificuldades na gravidez, destaca-se a variedade de vivências, passadas tanto pelas gestantes que tinham planejado a gravidez, quanto por aquelas que não tinham. Ou seja, também foram comuns os relatos de dificuldades entre aquelas que vivenciaram a descoberta da

gestação como algo maravilhoso e referiram estar felizes com a gravidez. Assim, percebe-se que, mesmo entre mulheres em condições vistas como mais favoráveis para a gestação (gravidez planejada e desejada pelo casal, dentro dos padrões esperados para o período gestacional), a gravidez costuma trazer, por si só, certo nível de dificuldades e crises, como tem sido destacado por diferentes autores (Azevedo & Arrais, 2006; Bortoletti, 2007b; Maldonado, 2002). No presente estudo, as dificuldades podem ter sido relatadas ainda com mais ênfase, vez que as entrevistadas eram primigestas, fato que pode fazer com que a gestação enseje maiores desafios devido ao novo papel que se aproxima: a maternidade (Nascimento, 2011).

Analisando as dificuldades referidas, destaca-se o grande número de relatos nas categorias *mudanças emocionais* e *mudanças estéticas*, que foram as que mais tiveram menções (15 e 13 relatos, respectivamente) e na categoria *sintomas físicos da gestação e mudanças no funcionamento do corpo* (10 menções). É sabido que a gestação está associada a mudanças nesses aspectos. No entanto, as dificuldades em lidar com essas mudanças deixam claro que, apesar de serem conhecidas e, muitas vezes, esperadas, podem gerar crises e nem sempre são vivenciadas de forma positiva pelas gestantes. Ao contrário, por vezes as mulheres relataram não se reconhecerem e sentirem-se mal por não estarem vivenciando tais modificações de forma prazerosa e tranquila, já que é algo “natural” da gestação. Esses dados vão ao encontro do que é relatado no estudo de Nascimento (2011).

É necessário, portanto, refletir sobre a naturalização que se faz das mudanças ao longo da gravidez – algumas que se iniciam na gestação e se prolongam até o puerpério e outras que se tornam mais fortes com o nascimento do bebê e podem se estender para a vida. Por serem relativamente comuns, muitas vezes é esperado que as mulheres saibam adaptar-se a elas quando estão gestando, tendo que lidar sozinhas e de forma harmoniosa com esses aspectos – o que pode ocasionar sentimentos de angústia, tristeza, frustração, e mesmo decepção quando não conseguem (Arrais, 2005). As expectativas de uma capacidade natural e inata, como alguns vêm ainda hoje, de adaptação às mudanças advindas das experiências de gestar e maternar, revelam que as questões de gênero ainda permanecem como pontos fundamentais para debate. Os mitos associados à maternidade – como o mito do amor materno (Badinter, 1985), por exemplo – as concepções religiosas e conservadoras que vêm a mulher como um ser que tem por principal função procriar e perpetuar a espécie, já passaram por diversos questionamentos (Giddens, 1993). No entanto, esses ideais ainda permanecem na cultura atual de forma consideravelmente influente no que diz respeito aos papéis e às expectativas relacionadas às gestantes e mães.

Sobre os relatos incluídos na categoria *mudanças estéticas*, as dúvidas em relação a voltar a ter o corpo que tinham antes da gestação, ou ainda ser atraentes após a gravidez, permearam vários deles. Ao que parece, existe certa percepção de perda. Mesmo entre as gestantes que relataram estar felizes em hospedar um ser em seu corpo, é importante para elas voltar a algo que existia, anterior à gestação, que diz de sua autoimagem, refletindo na sua identidade e em sua

forma de estar no mundo (Furlan & Bocchi, 2003; Muraro et al., 1996). Esse sentimento de perda em gestantes está em acordo com o que a literatura aponta (Bortoletti, 2007b; Maldonado, 2002; Piccinini et al., 2008; Soifer, 1992), e também foi percebido em relação às categorias *mudanças de hábitos e lazer*, em que as entrevistadas se queixaram de não poder ou não conseguir fazer certas atividades, e *mudança nos planos e projetos de vida*, em que sonhos e projetos não poderiam mais ser realizados como planejados inicialmente.

Outra categoria com muitos relatos foi a *insegurança/preocupação com tarefas da maternidade*. Considerando que as gestantes entrevistadas eram todas primigestas, a falta de experiências prévias no cuidado com filhos pode favorecer consideravelmente o sentimento de insegurança. Além disso, as participantes estavam em estágio avançado da gravidez, momento de maior vulnerabilidade e expectativas por estar próximo ao parto e ao nascimento do bebê, o que também pode explicar as preocupações referidas (Piccinini et al., 2008)

As dificuldades financeiras também foram relatadas, trazendo depoimentos que afirmavam pouca noção das despesas envolvidas com a gestação e com os preparativos para a vinda do bebê – apontando para a possível falta de contato com essas realidades. Uma outra reflexão possível é de que pouco se fala sobre as questões mais difíceis da gestação e da maternidade – o que inclui não só as dificuldades financeiras, mas as emocionais, fisiológicas e outras tantas citadas nesse e em outros estudos – podendo distorcer a noção que muitos têm sobre essas realidades da gestação e da maternidade (Arrais, 2005).

A categoria *medo da não aceitação da gestação pelos pais* traz à tona as expectativas geradas pela família e pela sociedade em relação à gestação. O medo relatado pelas gestantes em relação à reação dos pais parece ter relação direta com o fato de a gravidez não ter sido planejada (todas as gestantes incluídas nessa categoria não haviam planejado a gestação), o que poderia ser visto de uma forma negativa pelos pais como uma “inversão na ordem” dos acontecimentos que, para eles, seriam desejáveis (Nascimento, 2011). Essas mulheres no geral eram jovens, ainda não tinham se casado e algumas ainda estudavam, o que, segundo elas, não configurava o melhor momento para ter filhos. Um outro dado interessante surgido nessa categoria foi o destaque do papel do pai da gestante. Para algumas das entrevistadas, a aprovação da gestação pelo pai tinha maior importância do que a da mãe ou de outros membros da família, apontando para a forte influência da cultura masculina e patriarcal ainda hoje (Diniz, 2005).

Tratando das dificuldades vivenciadas na relação com o companheiro, como a falta de envolvimento deste na gestação ou o receio de assumir responsabilidades, estudos apontam que há falha nas políticas públicas e institucionais, que muitas vezes não valorizam ou chegam a evitar a participação masculina no que se refere à gestação, parto e cuidados com a criança (Carvalho, 2003). Com efeito, pouquíssimos homens estavam presentes nas consultas do pré-natal no período em que as entrevistas foram feitas. Deve-se pensar, portanto, não só na atitude e motivação individual de cada companheiro, mas também em modificações necessárias para que o pré-natal

também possa contribuir no envolvimento e auxiliar os homens em suas próprias vivências, dificuldades e necessidades relacionadas à gestação (Motta & Crepaldi, 2005).

A falta de apoio também foi mencionada como uma dificuldade. Sobre o apoio social percebido, a maior parte das gestantes mencionou sentir-se devidamente apoiada. No entanto, das seis mulheres que relataram não ter tido apoio suficiente (incluídas na categoria *apoio insatisfatório*), duas citaram esse fato como algo difícil de lidar ao longo da gestação. Destaca-se que cinco gestantes manifestaram vontade de ter apoio psicológico, se tivessem oportunidade, como forma de complementar o escasso apoio social recebido, além de outros benefícios que poderiam estar associados a essa modalidade de atendimento.

Ainda tratando das dificuldades vivenciadas pelas gestantes, nota-se que o pré-natal foi um importante recurso para ajudar a lidar com elas, segundo a maior parte das participantes. No entanto, percebem-se contradições nos relatos: enquanto algumas gestantes apontavam como formas de ajuda o fato do pré-natal fornecer informações, orientações e esclarecimentos importantes sobre a gestação, outras entrevistadas afirmaram que o pré-natal não as ajudou a lidar com as dificuldades por se tratar, quase exclusivamente, da verificação da saúde física da mulher e do bebê. Considerando que as entrevistadas faziam o acompanhamento pré-natal em duas unidades e, comumente, com os mesmos médicos, há suspeita de que o atendimento tenda a variar conforme a gestante, sua postura e suas atitudes quando em consulta.

Sobre o pré-natal, alguns pontos se sobressaíram: a forma como o teste anti-HIV era ofertado, a satisfação referida ao atendimento pré-natal e a maneira com que o tema parto era abordado nas consultas. Considerando que a oferta e a realização do teste anti-HIV podem funcionar como indicadores de como algumas ações do pré-natal têm sido feitas nas unidades estudadas, parece necessário rever como estão sendo seguidos alguns protocolos.

Apesar da quase totalidade das gestantes ter feito o teste anti-HIV, mais da metade delas referiu não ter recebido esclarecimentos ou explicações satisfatórias sobre a realização do exame – como deveria ser feito no aconselhamento pré-teste, indicado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. É importante lembrar ainda que “a mulher deve ser esclarecida e dar o seu consentimento para todos os exames e/ou qualquer outra intervenção médica a que vá ser submetida” (CEPIA & ONU Mulheres, 2011, p.326). O mesmo fato também se repetiu com relação aos resultados do teste, que muitas vezes não foram explicados ou tiveram esclarecimentos superficiais. O fornecimento adequado de informações tem sido destacado na literatura como um aspecto problemático do serviço de saúde. Estudos apontam que um dos motivos mais citados da insatisfação dos usuários com o serviço de saúde é o fornecimento impróprio de informações (informações contraditórias, imprecisas ou mesmo a recusa a dar informações), contribuindo para a perpetuação de práticas inadequadas e despersonalizadas (Mabuchi & Fustinoni, 2008; Nagahama & Santiago, 2008; Queiroz et al., 2007).

Em relação à satisfação com o serviço de pré-natal, pôde-se notar que grande parte das gestantes ficou satisfeita (13 mulheres), corroborando dados de outros estudos, como o de Dias e Deslandes (2006) e o de Parada e Tonete (2008). Assim como nos estudos citados, as entrevistadas apontaram como pontos de grande influência para sua satisfação a boa interação que tinham com os profissionais e o fato de fazerem exames e receberem suplementos vitamínicos (sulfato ferroso e ácido fólico, por exemplo) pela rede pública, portanto sem custos adicionais. Já as mulheres da categoria *parcialmente satisfeitas / insatisfeitas* referiram, dentre outros fatores de insatisfação, o aparente desinteresse ou descuido dos profissionais no atendimento, o tratamento inadequado e desrespeitoso por parte de profissionais e a grande espera para serem atendidas, o que também foi observado pelos autores citados anteriormente.

Apesar de positivo o dado referente à satisfação da maior parte das gestantes, faz-se necessário refletir sobre essa informação, considerando outros dados das entrevistas. Muitas das entrevistadas relataram não esclarecer suas dúvidas com os médicos, recorrendo com frequência a pessoas de sua rede social, gestantes na sala de espera do serviço ou, ainda, *sites* da internet. Em seus depoimentos, pareceram não ter os médicos ou o serviço de pré-natal como fonte de apoio e de informação sobre aspectos da gestação, utilizando as consultas para apenas tratar de exames e saber como está o bebê. O estudo de Domingues, Santos e Leal (2004) também referiu tendência semelhante das gestantes: metade das gestantes referiu ter recebido informações sobre o parto, sendo a principal fonte de informação a mãe e outros familiares (44,3%). Apenas 17,7% das mulheres referiram o serviço de pré-natal como fonte de informação.

Algumas mulheres chegaram a referir-se ao serviço recebido como “até bom, considerando que é da rede pública”. Esses fatos levam a crer que, embora o serviço de pré-natal tenha sido avaliado de forma positiva pela maioria das gestantes, essa avaliação parece não levar em conta aspectos importantes do que um serviço de pré-natal deveria oferecer. Dias e Deslandes (2006) perceberam que mulheres que foram atendidas ao longo do pré-natal e no parto em hospitais públicos pareceram ter um nível mais baixo de exigências em relação ao atendimento. Em geral, não esperavam receber tratamento individualizado ou atenção e carinho, justificando que é difícil ser bem tratada em hospital público. Contentavam-se em não ser maltratadas.

Ainda considerando as informações recebidas ao longo do pré-natal, pôde-se notar que, no eixo temático que trata do parto como tema no pré-natal, boa parte das gestantes (13 mulheres) não tiveram quaisquer informações e conversas sobre parto na consulta médica até o momento da entrevista e quatro outras entrevistadas conversaram, mas de forma superficial e não satisfatória sobre o tema. Assim, das 18 entrevistadas, apenas uma relatou ter conversado de forma satisfatória com sua médica sobre o parto. Essa informação é preocupante, visto que todas as gestantes já estavam no terceiro trimestre da gravidez – portanto, mais próximas do parto – e algumas estavam a menos de uma semana da data prevista para o parto. Situação similar foi vista em outros estudos, como o de Domingues et al. (2004), em que apenas 23% das mulheres sentiam-se completamente

informadas sobre o que acontece com elas e o bebê durante o parto, 43% não se consideravam informadas e 35% sentiam-se apenas parcialmente informadas. Ressalta-se que a obtenção de informações adequadas, bem como o esclarecimento de dúvidas e a escuta qualificada dos anseios relativos ao trabalho de parto e ao parto são fatores que costumam favorecer as vivências desses momentos (Rodrigues & Siqueira, 2008). As parturientes ficam menos ansiosas, costumam chorar e gritar menos durante o trabalho de parto, e geralmente têm processo de parto mais ameno e gratificante (Rattner, 2005).

Ainda tratando do mesmo eixo temático, outro fator de destaque foi a predominância da obtenção de informações sobre parto nas palestras. Quase todas as gestantes referiram, em algum momento da entrevista, as palestras como principal fonte de informação e esclarecimento de dúvidas no pré-natal. Algumas chegaram a referir que, ao perguntar suas dúvidas à obstetra, esta pediu para que aguardasse o dia da palestra para esclarecê-las. Por um lado, deve-se reconhecer o aspecto positivo dessas ações, vez que são práticas educativas valorosas e promovem momentos coletivos importantes entre as gestantes e os profissionais de saúde. No entanto, essas ações devem ter cunho complementar, e não substituir conversas e esclarecimentos nas consultas individuais, que se fazem necessários. Mabuchi e Fustinoni (2008) afirmam que muitas instituições têm generalizado atendimentos que deveriam ser individualizados. Tomam por base o cumprimento de normas, visando à conquista de prêmios e gratificações, mas não consideram apropriadamente a vivência das gestantes. Destaca-se ainda que o Ministério da Saúde (2006) sugere que os profissionais evitem palestras como práticas educativas, devendo priorizar as dinâmicas ou conversas em grupo por sua tendência a favorecer a troca de saberes e empoderar as mulheres em sua autonomia. Segundo Jones (2008), não se pode falar em humanização e em mudança de paradigmas na assistência às gestantes e parturientes se não houver a devolução do poder e da autonomia às mulheres, que devem voltar a ser protagonistas nos contextos de gestação e parturição.

Em relação à preferência pela via de parto, destaca-se que três gestantes pretendiam fazer cesariana e 12 afirmaram preferir o parto normal. Dessa forma, parece que a chamada “cultura da cesárea” (Scliar, 2005; Rattner, 2009) não se manifestou de maneira proeminente entre as participantes desse estudo. Os relatos das gestantes da categoria *preferência por parto cesáreo*, no entanto, vão ao encontro de outros estudos, em que mulheres davam preferência para o parto cesáreo por medo da dor do parto normal e pela conveniência, previsão e controle do momento do nascimento (Seibert et al., 2008, Teixeira & Pereira, 2006).

Já as mulheres que manifestaram preferência pelo parto vaginal destacaram como uma das principais vantagens a recuperação mais rápida no pós-parto. No entanto, há diversas outras vantagens do parto normal (particularmente se comparada à cesárea eletiva), não só para a mãe como para o bebê. Alguns exemplos são: o estímulo na mulher de maior quantidade de hormônios que ajudam na fabricação e na descida do leite, favorecendo a amamentação (Odent, 2002); o

favorecimento de comportamentos do bebê que facilitem a amamentação nas primeiras horas após o parto (Enkin et al., 2005); o favorecimento do contato precoce mãe-bebê, que facilita o estabelecimento de vínculo (Largura, 2006). Essas e outras vantagens não foram citadas pelas gestantes, o que faz pensar que pode estar havendo falha na transmissão e divulgação de informações importantes – tanto por parte do serviço de pré-natal, quanto, numa perspectiva mais ampla, por parte das campanhas e políticas de incentivo ao parto normal, que frequentemente se atém a ressaltar a vantagem de recuperação mais rápida no pós-parto.

Tratando-se ainda das informações obtidas pelas gestantes, pôde-se notar que influenciaram de forma importante suas expectativas em relação ao parto, indo ao encontro do que afirmaram Dias e Deslandes (2006). Para esses autores, as expectativas geradas em relação ao momento do parto geralmente são baseadas em informações (advindas de conversas e da mídia, principalmente), experiências anteriores e do *background* cultural da pessoa. Esse eixo temático teve grande número de categorias (12, ao todo), o que pode assinalar, dada a diversidade de expectativas, a importância do tema parto para as entrevistadas.

Muitas categorias surgidas trataram de aspectos comumente mencionados na literatura sobre parto: *o parto como momento de dor, mal estar e sofrimento; o parto como momento de risco: medo de complicações; o parto cirúrgico e o medo da cesariana; o parto como gerador de insegurança quanto à capacidade de parir; o parto como momento entre vida e morte; o parto como momento de maus tratos e vergonha; o parto como momento de incerteza quanto à internação; o parto como momento em que se fica sozinha* (Dias & Deslandes, 2006; Jones, 2008; Nascimento, 2011; Parada & Tonete, 2008; Tornquist, 2003). Percebe-se grande número de representações negativas acerca do parto, haja vista todas as categorias citadas acima. Essas expectativas contribuem para uma visão do parto como algo assustador, momento de considerável sofrimento e mal estar. Isso costuma gerar crescente ansiedade e medo nas gestantes à medida que se aproximam desse momento (Rattner, 2009; Teixeira & Pereira, 2006).

Nota-se que somente três categorias referiam-se a situações agradáveis ou prazerosas, sendo que as duas últimas tiveram apenas um relato, cada: *o parto como momento de ver o filho; o parto como momento de felicidade pelo nascimento; o parto como algo fácil*. Assim, confirmou-se nesse estudo o que é apontado na literatura: o parto ainda é visto predominantemente como algo a ser temido, não havendo associações entre o momento do parto e a possibilidade de sensações boas, como prazer, cuidado, carinho, afeto etc. É importante ressaltar que, embora essas associações não sejam popularmente conhecidas, são vivenciadas por muitas mulheres (Davis & Pascali-Bonaro, 2010). A falta de popularidade das experiências positivas e prazerosas pode indicar a tendência ainda hoje bastante presente a ver o parto como algo pelo qual a mulher deve passar com dor e sofrimento como forma de testar ou demonstrar sua força; o sofrimento como condição intrínseca ao fato de ser mulher. Dessa forma, perpetuam-se as representações da mulher como um ser

pecador, que deve passar pela purgação para expiar as faltas cometidas (Diniz, 2005; Jones, 2008; Teixeira & Pereira, 2006).

O eixo temático *sentimento de preparo e confiança para o parto* também trouxe informações bastante relevantes. Poucas gestantes (cinco mulheres) relataram sentir-se preparada para o momento do parto. As sensações de medo, apreensão e sentimentos de não estar suficientemente preparadas para esse momento predominaram entre as entrevistadas. Outras participantes foram contraditórias, afirmando estar preparadas, mas, ao mesmo tempo, sentir inseguranças, medos e receios relativos ao parto. Assim, relacionando essas informações com os eixos *o parto como tema no pré-natal* e *expectativas para o momento do parto*, apreende-se que grande parte das mulheres entrevistadas, apesar de estarem bastante próximas do momento do parto, ainda não se sentiam preparadas e confiantes para tal vivência – em parte por não terem tratado adequadamente do assunto, em parte por terem, no geral, expectativas bastante negativas acerca desse momento – o que leva a um questionamento de suas capacidades para lidar com situação aparentemente tão aversiva, segundo os relatos do que esperavam do parto.

Não surpreende, portanto, que alguns autores como Rattner (2009), Rodrigues e Siqueira (2008) e Scliar (2005) atribuam o aumento da taxa de cesáreas a uma “cultura da cesárea”, propagada por profissionais de saúde e por usuárias, que promete “livrar” a mulher de contexto tão aversivo, ansiogênico e estressante.

Outro dado interessante relacionado ao pré-natal e à preparação para o parto é a distribuição dos relatos nas categorias do eixo temático *contribuições do serviço para melhor preparação da gestante*. Dez participantes relataram que não havia nada que pudesse ser feito no atendimento pré-natal para que se sentissem mais confiantes e preparadas. Esse fato se soma à hipótese já mencionada, de que o pré-natal não é visto como um espaço de auxílio às gestantes no que se refere ao apoio e ao fornecimento de informações, mas apenas como um acompanhamento das questões fisiológicas relacionadas à mulher e ao bebê (Domingues et al., 2004). Parte dessas mulheres atribui a si a responsabilidade de sentir-se preparada e confiante para o parto, parecendo haver a ideia de que essa deve ser uma capacidade adquirida junto com a gestação. A adaptação e a preparação para esse novo momento do ciclo de vida não são vistas, portanto, como algo que deve ser de responsabilidade de todos os envolvidos (familiares, profissionais de saúde, mulheres, etc.). Novamente, se faz presente a tendência à naturalização das dificuldades, angústias e mesmo sofrimentos que podem advir da gestação, sendo esperado e cobrado das mulheres (muitas vezes por elas mesmas) a habilidade de lidar de forma adequada com as situações surgidas.

A outra categoria do eixo temático, *me sentiria mais preparada se...*, ressalta sugestões dadas por oito gestantes. Chama atenção que três delas sejam sobre obter mais atenção e informações sobre o que sentem necessidade (por meio de palestras, na consulta, ou ainda um atendimento mais individualizado e voltado para as necessidades de cada gestante). Esse fato contribui para a impressão de que está havendo déficit na transmissão efetiva e adequada das

informações necessárias no serviço, como já foi apontado anteriormente (Mabuchi & Fustinoni, 2008).

O eixo temático *sugestões para melhor atendimento pré-natal* teve semelhanças com o eixo anteriormente mencionado. Onze gestantes afirmaram que o pré-natal as atendia bem, da forma como estava sendo feito, enquadrando-se na categoria *não tenho nada do que reclamar*. É importante ressaltar, no entanto, que, apesar de afirmarem não ter do que reclamar, essas entrevistadas fizeram queixas relacionadas ao serviço ao longo da entrevista. Supõe-se que as gestantes relevaram as insatisfações ao falar sobre o pré-natal, adotando comportamento parecido com o citado por Silva et al. (2011) e Silveira et al. (2010), em que o “desfecho feliz” ou as situações positivas acabam por mascarar os momentos e sentimentos de insatisfação. Um outro ponto a se considerar é o desconhecimento que algumas mulheres têm sobre os seus direitos, tendendo a aceitar a rotina e o protocolo das unidades onde são atendidas sem questionar a forma como esse atendimento se dá (Guimarães et al., 2007; Reis & Patrício, 2005). Esse fato aponta para a importância das práticas educativas, do fornecimento adequado de informações, da abertura de espaços para troca de saberes como meio de empoderamento das mulheres e dos casais. Dessa forma, pode-se caminhar na direção da mudança de paradigmas, tão mencionada nas recomendações da OMS (WHO, 1985, 1996) e do Ministério da Saúde (2000, 2001, 2006), buscando alternativas aos modelos biomédico e tecnocrático, ainda bastante presentes na cultura brasileira atual.

As seis menções sobre sugestões para melhora no atendimento pré-natal, incluídas na categoria *era melhor se...* foram ao encontro do que já era apontado na literatura como motivos frequentes de insatisfação. Sugestões para a redução no tempo de espera para o atendimento, melhoria na comunicação e no fornecimento de informações entre equipe e pacientes, melhoria da interação dos profissionais com gestantes são comuns também em outros estudos, o que aponta para uma necessidade de mudança maior, envolvendo a formação dos profissionais e a revisão de políticas públicas e institucionais. Tais mudanças devem contemplar não só as características particulares de cada grupo, mas também alternativas aos modelos ainda presentes de centralidade da atenção biomédica, que acabam por negar a multidimensionalidade do ser humano (nesse caso, da mulher) e suas diferentes necessidades (Carraro et al., 2006; Griboski & Guilhem, 2006; Nagahama & Santiago, 2008; Silva et al., 2011; Tornquist, 2003).

Por último, deve-se comentar o eixo temático *sugestões de outros profissionais que poderiam atuar no pré-natal*, com 15 relatos que sugeriam outros profissionais atuantes no pré-natal, além dos médicos e enfermeiras. É interessante notar que, dos três tipos de profissionais mencionados (nutricionistas, dentistas e psicólogos), dois já faziam parte dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde: nutricionistas e dentistas. No entanto, algumas mulheres não tinham essa informação e outras afirmaram que era difícil conseguir o atendimento, apontando para uma necessidade de aprimoramento do serviço. Um dado de destaque é que 12 gestantes manifestaram

interesse em ter acompanhamento de profissionais da psicologia ao longo do pré-natal, afirmando que o apoio psicológico poderia ajudá-las a lidar melhor com situações como dificuldades e mudanças advindas da gravidez. Enfatizaram ainda o papel de psicólogos em prevenir transtornos psicoemocionais, sentimentos ou comportamentos que consideravam prejudiciais, como o abandono de bebês em hospitais. Há que se considerar que o fato da pesquisadora ser psicóloga pode ter enviesado as respostas a essa pergunta, gerando um grande número de menções a psicólogos por possível efeito de desejabilidade social. No entanto, levando em conta outras informações fornecidas nas entrevistas, fica clara a demanda por maior cuidado e apoio psicoemocional.

5.3 Sugestões Para a Contribuição dos Psicólogos na Atenção Pré-Natal à Gestante

Considerando o exposto sobre a experiência das gestantes em relação à gravidez e suas expectativas, percebe-se que houve, para boa parte das entrevistadas, algum nível de dificuldade, seja em relação à gravidez, seja em relação ao serviço de pré-natal. As demandas por maior atenção, atendimento individualizado, maior apoio psicoemocional, mais orientações e informações, fazem crer que a contribuição de psicólogos ao longo do pré-natal pode ser de grande valor.

Como já foi dito anteriormente, a formação dos profissionais que atualmente atuam no serviço de pré-natal ainda permanece, em sua maioria, a mesma de décadas atrás (Casto & Clapis, 2005; Nagahama & Santiago, 2008). Contudo, as demandas feitas a eles já não são as mesmas. Hoje, são incentivados a dar conta de necessidades das usuárias para as quais não tiveram preparação adequada, como questões emocionais, psicológicas ou mesmo educativas (Reis & Patrício, 2005) – como pode ser visto em trecho do manual técnico *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*, do Ministério da Saúde (2006): “as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o ciclo gravídico-puerperal. (...) faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza” (p. 35). Isto posto, questiona-se por que psicólogos ainda têm participação tão deficitária em serviços de pré-natal, vez que a especificidade de sua formação envolve lidar exatamente com processos psicológicos e emocionais. Acredita-se que os psicólogos podem contribuir significativamente com o atendimento no pré-natal, seja no trabalho com usuárias, seus acompanhantes e familiares, seja no auxílio à equipe de saúde que assiste o pré-natal (Rodrigues & Siqueira, 2008)

No atendimento às usuárias, os psicólogos podem, por meio da escuta ativa e da abertura de espaços para a expressão de sentimentos, pensamentos, dúvidas, auxiliar as gestantes (e seus acompanhantes e familiares, quando for o caso) ao longo do pré-natal a lidar melhor com as mudanças e possíveis situações adversas. Em atuação vinculada às consultas do pré-natal, os psicólogos podem trabalhar de forma individual ou coletiva. Em momento individual, podem dar

atenção às demandas e necessidades psicoemocionais de cada gestante ou casal, auxiliando na busca por estratégias de enfrentamento adequadas e atuando de forma psicoprofilática (Bortoletti, 2007a). Em momento coletivo, pode-se atuar no sentido de promover o compartilhamento de experiências, pensamentos e sentimentos entre gestantes e/ou casais, favorecendo a formação de uma rede de apoio, solidariedade, construção conjunta de saberes, socialização de conhecimentos, além de promover ações psicoeducativas, em conjunto com os outros profissionais atuantes no pré-natal (Zampieri et al., 2010).

Já no trabalho junto à equipe de saúde, os psicólogos podem auxiliar realizando ações interdisciplinares e fazendo trabalhos complementares aos de outros profissionais da equipe: estimular a boa comunicação entre gestantes e profissionais; contribuir com a boa adesão da mulher às práticas e mudanças sugeridas pela equipe; auxiliar na identificação de casos que possam demandar atenção mais cuidadosa por parte da equipe (Bortoletti, 2007a).

Estas são apenas algumas das possibilidades. Considerando que cada unidade de saúde tem suas particularidades, não cabe a esse estudo fazer sugestões de atuações específicas para o trabalho dos psicólogos. O objetivo é esclarecer, com base nos resultados e reflexões feitas, a importância de que mais atenção seja dada ao acompanhamento e apoio à saúde psicoemocional das gestantes, seus companheiros e suas famílias. Esse apoio deve ser, preferencialmente, fornecido de forma regular e sistematizada no pré-natal, de modo a haver a identificação precoce de situações potencialmente adversas e de possíveis fatores de risco que possam comprometer a saúde mental ou emocional da gestante (Reis & Patrício, 2005; Rodrigues & Siqueira, 2008). Cabe, portanto, aos gestores e às pessoas influentes nos processos de decisão cuidar da forma como esse apoio pode ser implementado.

Capítulo VI – Considerações Finais

Os resultados desse estudo permitiram perceber que a gestação traz consigo novas situações nos diversos âmbitos da vida da mulher, algumas das quais são vivenciadas com certa dificuldade pela gestante, o casal ou sua família. Pelos depoimentos das gestantes entrevistadas, pareceu haver clara relação entre o planejamento/não planejamento da gravidez e as primeiras vivências da gestação, a partir do momento em que foi descoberta.

Dentre os dados que mais chamaram atenção nessa pesquisa, pode-se apontar a percepção das gestantes sobre o seu preparo para o parto, considerado insuficiente pela maioria delas. Sabe-se que há relação entre aspectos psicológicos, emocionais e ambientais (além dos fisiológicos) na progressão do trabalho de parto e parto. Percebeu-se no estudo clara preferência das mulheres por parto normal/vaginal e, ao mesmo tempo, grande quantidade de relatos – alguns bastante enfáticos – de inseguranças e medos referentes ao momento do parto. Assim, parece notável a necessidade de que a preparação para o parto se torne foco nos atendimentos e serviços oferecidos no pré-natal, bem como nas políticas públicas voltadas para essa área.

Destaca-se que hoje há claro esforço do Ministério da Saúde e órgãos associados para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil. Campanhas de incentivo ao parto normal e modificações em diversos aspectos dos serviços de saúde têm sido feitas na tentativa de contribuir para o aumento do número de partos normais e redução na ocorrência de partos cirúrgicos. No entanto, pouco se tem falado sobre a preparação das mulheres ao longo da gestação para que tenham condições físicas, psicológicas e emocionais adequadas para esse momento. Assim, sugere-se maior oferta de apoio psicoemocional, informações e práticas que visem preparar gestante e acompanhante para o parto com trabalho interdisciplinar ao longo do acompanhamento pré-natal.

Considerando a proposta para essa pesquisa, pode-se dizer que os objetivos foram atingidos. No entanto, é importante considerar as limitações do estudo, assim como possibilidades para futuras pesquisas.

Como limitações do estudo de revisão sistemática da literatura, pode-se apontar: o fato de ter sido feito apenas com uma base de dados; a restrição da análise a artigos científicos, não levando em consideração outros tipos de produções científicas, como dissertações e teses. Sugere-se, portanto, que futuras pesquisas sejam feitas utilizando maior variedade de bases de dados e considerando outras modalidades de trabalhos de produção acadêmica, de forma a obter melhor panorama do que vem sendo produzido sobre esses temas.

Já sobre o estudo feito com entrevistas a mulheres primigestas, pode-se destacar:

(1) A pesquisa foi realizada em apenas duas unidades de saúde do Plano Piloto, o que restringe a análise da assistência pré-natal oferecida de um modo geral, considerando que há realidades bastante diferentes nos centros de saúde. Assim, faz-se sugestão de pesquisas que envolvam mais centros de saúde, contemplando diferentes realidades;

(2) Foram entrevistadas somente gestantes que faziam acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde. No entanto, é importante considerar também as gestantes que fazem pré-natal na rede particular, vez que as realidades dos dois serviços costumam ser consideravelmente diferentes. Além disso, é no âmbito da rede particular de saúde que se dá a maior parte dos partos cesarianos, o que torna fundamental investigar como vem sendo feita a preparação dessas gestantes para o parto, bem como suas expectativas para esse momento;

(3) As gestantes entrevistadas foram todas primigestas, o que pode ter contribuído para uma percepção aumentada de alguns aspectos, como inseguranças, receios, preocupações, tipicamente comuns na primeira gestação. Assim, sugere-se estudos comparativos com gestantes que já tiveram pelo menos um filho para verificar suas dificuldades, expectativas e sua percepção de preparo para o parto.

Recomenda-se ainda estudos de caráter epidemiológico, para que se obtenha panorama mais acurado sobre a percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, suas expectativas e seus sentimentos quanto ao preparo para o parto. Dessa forma, ao compreender melhor a realidade do pré-natal e do parto, pode ser possível melhorar sua qualidade – tanto no âmbito das vivências das mulheres e casais gestantes, quanto no âmbito da saúde pública e das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Referências

- Almeida, C. A. L., & Tanaka, O. Y. (2009). Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 98-104.
- Anvisa (2008). Resolução – RDC nº 36. Recuperado em 22/01/2012, http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ªed.). Washington, DC: Autor.
- Arrais, A. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (6ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Benatti, L. (2011). Parto com parteira. Recuperado em 29/03/2012, <http://casamoara.com.br/parto-com-parteira/>
- Bortoletti, F. F. (2007a). Psicoprofilaxia do ciclo gravídico puerperal. Em F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 37-46). Barueri, SP: Manole.
- Bortoletti, F. F. (2007b). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. Em F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole.
- Brüggemann, O. M., Osis, M. J. D., & Parpinelli, M. A. (2007). Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 1-9.
- Carraro, T. E., Knobel, R., Radünz, V., Meincke, S. M. K., Fiewski, M. F. C., Frello, A. T., Martins, M. S., Lopes, C. V., & Berton, A. (2006). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(Esp.), 97-104.
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S389-S398.

- Carvalho, V. C. P., & Araújo, T. V. B. (2007). Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7, 309-317.
- Castro, J. C., & Clapis, M. J. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(6), 960-967.
- CEPIA, & ONU Mulheres (2011). O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010. Recuperado em 15/02/2012, <http://www.cepia.org.br/progresso.pdf>.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 47-67.
- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14, 190-198.
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S., & Luz, M. H. B. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 98-104.
- Davim, R. M. B., & Menezes, R. M. P. (2001). Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(6), 62-68.
- Davis, E., & Pascali-Bonaro, D. (2010). *Orgasmic Birth: your guide to a safe, satisfying and pleasurable birth experience*. Nova Iorque: Rodale.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an american rite of passage*. Berkeley e Los Angeles, Califórnia: University of California Press.
- Deslandes, S. F. (2005). A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 615-626.
- Dias, M. A. B., & Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. *Caderno de Saúde Pública*, 22(12), 2647-2655.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 627-637.
- D'Oliveira, A. F., Diniz, C. S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(9318), 1681-1685.
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M., & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(supl. 1), S52-S62.

- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neislon, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Furlan, R., & Bocchi, J. C. (2003). O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 445-450.
- Gayesky, M. E., & Brüggemann, O. M. (2009). Puerperal Women's Perceptions on Vertical and Horizontal Deliveries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 153-159.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP.
- Griboski, R. A., & Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 107-114.
- Guimarães, E. E. R., Chianca, T. C. M., & Oliveira, A. C. (2007). Puerperal infection from the perspective of humanized delivery care at a public maternity hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 536-542.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Skala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*. Recuperado em 25/11/2009, http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf.
- Hoga, L. A. K., & Pinto, C. M. S. (2007). Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 74-81.
- IBGE (2009). Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações?. Recuperado em 16/01/2012, http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf.
- Jones, R. H. (2006). Humanização do parto: qual o verdadeiro significado? Recuperado em 27/02/2012, <http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>.
- Jones, R. H. (2008). *Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista*. Porto Alegre: Idéias a Granel.
- Largura, M. (2006). *A assistência ao parto no Brasil*. São Paulo: Autor.
- López, J. S. S., Basulto, D. I. C., & Valázquez, M. A. S. (2008). Cuidado psicoprofilático del embarazo: experiencias de mujeres y hombres. *Psicología & Sociedad*, 20, 434-443.
- Louro, G. L., Weeks, J., Britzman, D., Hooks, B., Parker, R., & Butler, J. (2000) (Orgs.). *O corpo educado: pedagogia da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Mabuchi, A. S., & Fustinoni, S. M. (2008). The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 420-426.

- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Marque, F. C., Dias, I. M. V., & Azevedo, L. (2006). A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), 439-447.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28, 260-266.
- Menezes, A. L. S. (2005). *A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da Cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Merighi, M. A. B., Carvalho, G. M., & Suletroni, V. P. (2007). O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio de saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 434-440.
- Ministério da Saúde (2000). Portaria 569/GM. *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*. Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado em 26/11/2009, http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.pdf.
- Ministério da Saúde (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 29/11/2009, http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_aborto_puerperio.pdf.
- Ministério da Saúde (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 14/02/2012, http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf.
- Ministério da Saúde (2005a). Portaria 427/GM. Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Recuperado em 14/03/2012, http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/Pm_427_2005.pdf.
- Ministério da Saúde (2005b). *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno nº 1. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 22/03/2012, <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf>.
- Ministério da Saúde (2006). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 22/03/2012, http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf.

- Motta, C. C. L., & Crepaldi, M. A. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia*, 15(30), 105-118.
- Muraro, R. M., Motta, M. B., Rowe, A., Niemayer, L., & Kamgachi, V. (1996). *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1859-1868.
- Nascimento, N. M. (2011). *A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Odent, M. (2002). *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint Germain.
- Odent, M. (2003). *O Camponês e a Parteira*. São Paulo: Editora Ground.
- Parada, C. M. G. L., & Tonete, V. L. P. (2008). Cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 35-46.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., Marques, J. F., Cavalcante, A. M., & Moreira, K. A. P. (2007). Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), 479-487.
- Rattner, D. (2005). Reflexões sobre qualidade e humanização. Em D. Rattner & B. Trench (Orgs.). *Humanizando Nascimento e Partos* (pp. 23-32). São Paulo: Editora Senac.
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 13(supl. I), 595-602.
- Reis, A. E., & Patrício, Z. M. (2005). Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup), 221-230.
- Robson, K. M., & Kumar, R. (1980). Delay onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Rodrigues, A. V., & Siqueira, A. A. F. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 179-186.

- Saraiva, S. (2007). Introdução: Nascer, Viver, Morrer...Uma Visão Transcendental. Em F.F. Bortoletti, A.F. Moron, J. B. Filho, M. U. Nakamura, R.M. Santana, & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na Prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. XXIII-XXV). Barueri, SP: Manole.
- Sarmiento, M. J. (2006). *As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade*. Recuperado em 09/03/2012, http://cedic.iec.uminho.pt/textos_de_trabalho/textos/encruzilhadas.pdf.
- Soares, A. B., Victoria, M. S., Cavalieri, A. M. A. P., & Bottino, A. G. (2006). A psicologia divulgada através de periódicos científicos indexados e através de revistas de grande circulação do Brasil: um estudo preliminar. *Psicologia para América Latina - análisis y construcciones teóricas en psicología*. Recuperado em 29/04/2012 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2006000300008&script=sci_arttext&tlng=es
- Sociedade Brasileira de Infectologia (2010). *Conheça os avanços brasileiros na área da Saúde da Mulher*. Recuperado em 14/03/2012, http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=20784.
- Scavone, L. (2000). Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. *Estudos de Sociologia*, 5(9), 1-18. Recuperado em 8/02/2011, <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/196/192>.
- Scliar, M. (2005). Prefácio. Em D. Rattner & B. Trench (Orgs.). *Humanizando Nascimentos e Partos* (pp. 9-12). São Paulo: Editora Senac.
- Seibert, S. L., Gomes, M. L., & Vargens, O. M. C. (2008). Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 758-764.
- Silva, L. M., Barbieri, M., & Fustinoni, S. M. (2011). Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 60-65.
- Silveira, S. C., Camargo, B. V., & Crepaldi, M. A. (2010). Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 1-10.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teixeira, M. L. S. (2005) – “Eu era doula e não sabia...” (Doula, um nome novo para um papel muito antigo). Em D. Rattner & B. Trench (Orgs.). *Humanizando Nascimentos e Partos* (pp. 93-102). São Paulo: Editora Senac.

- Teixeira, N. Z., & Pereira, W. R. (2006). Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 740-744.
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova-era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10, 483-492.
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S419-S427.
- Vellay, P. (1993). *Parto sem dor*. 7ª. Ed. São Paulo: Ibrasa.
- Ventura, M. (2006). Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Em *O progresso das mulheres no Brasil*. Unifem. Versão digital. Recuperada em 8/02/2011, <http://www.mulheresnobre.org.br/index.asp>.
- WHO (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.
- WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Zampieri, M. F. M., Gregório, V. R. P., Custódio, Z. A. O., Regis, M. I., & Brasil, C. (2010). Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidades para transformação e reflexão da realidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 719-727.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Dados demográficos

Idade: Estado civil:

Religião: Escolaridade: Ocupação:

Município / Bairro onde mora:

Pessoas com quem mora atualmente:

Tempo de gestação:

Semana da gestação em que iniciou o pré-natal:

Perguntas norteadoras

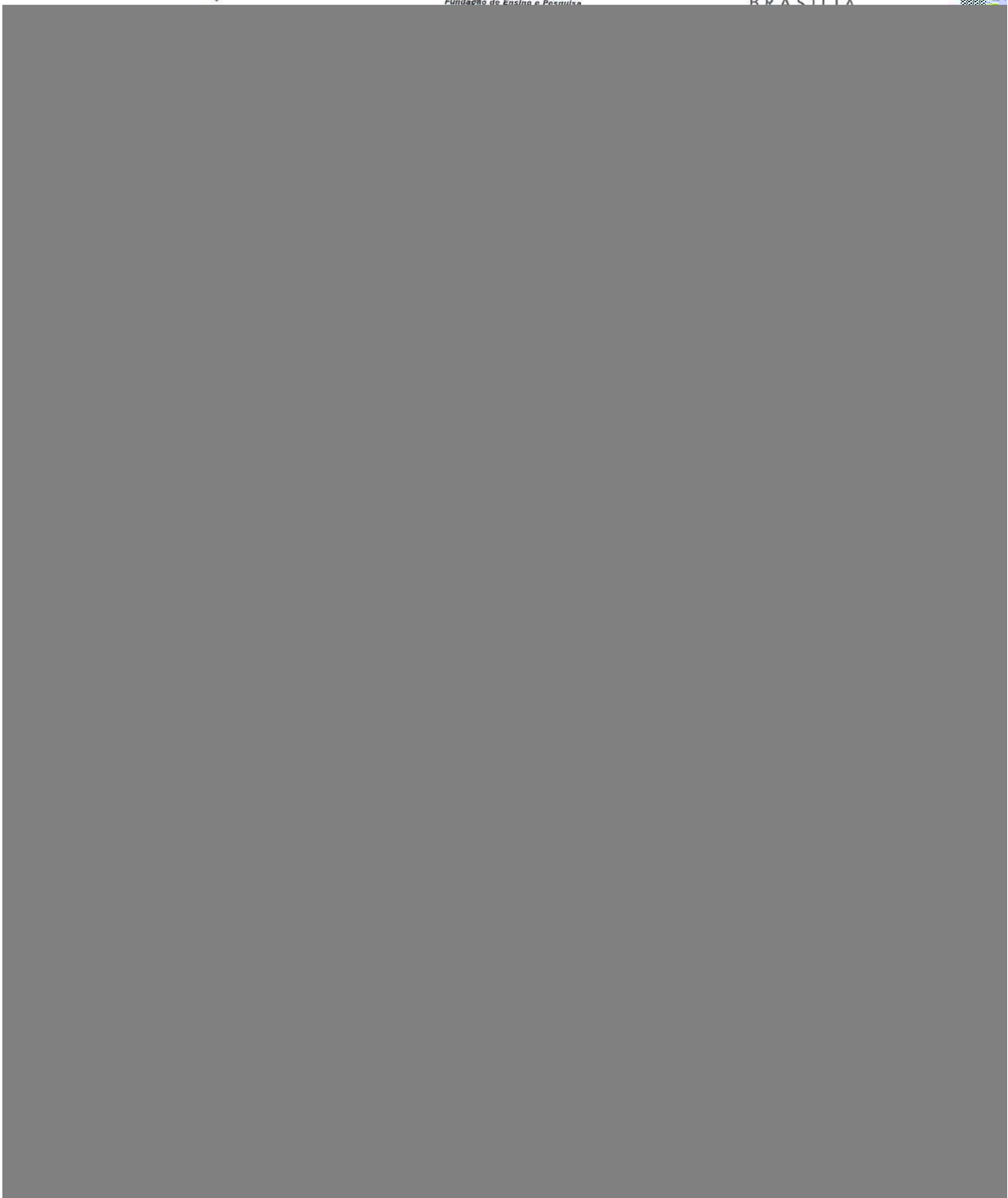
1. Como tem sido a sua gestação? (checar se foi concepção planejada; se é gravidez desejada; checar experiências positivas e negativas)
2. Como tem sido o seu pré-natal? (checar se tem feito o pré-natal sempre na mesma unidade de saúde; como tem sido a relação com os profissionais de saúde e os procedimentos feitos; orientações dadas)
3. Exames diversos são realizados no pré-natal para garantir a boa saúde da mãe e do bebê. Um deles é o teste anti-HIV (o teste para diagnosticar o vírus da aids). Você se lembra se esse teste foi feito em seu pré-natal? Antes do exame foi explicado para você sobre a sua realização, seja em atividade de grupo ou individual? O resultado do teste foi informado?
4. Sabemos que a gravidez é um período que traz uma série de mudanças: no corpo, na rotina e nos hábitos, nas emoções, nos planejamentos, nas finanças, dentre tantas outras. Algumas delas, em algum momento, podem ser mais difíceis de se adaptar. Pensando nisso, você teve ou tem tido alguma dificuldade ao longo desse período? (Quais?)
5. Ao longo da gestação você sentiu, em algum momento, que precisou de apoio de pessoas? (checar tipo de apoio; se foi satisfatório; fontes de apoio; se alguma vez desejou ou procurou ter apoio emocional / psicológico)
6. Pensando nas dificuldades/necessidades que mencionou, você acha que o pré-natal tem lhe ajudado a lidar com elas?
7. Está satisfeita com o que vem sendo feito no pré-natal? (checar se sentiu ou sente falta de alguma informação, procedimento ou outra coisa ao longo da gestação)
8. Ao longo do pré-natal, você e os profissionais de saúde que lhe atenderam já falaram sobre o parto do seu bebê? (se sim, o que foi dito)

9. Você se sente preparada para o parto? (checar se tem as informações que deseja com relação ao parto e ao nascimento; como se sente com relação a seu corpo; como se sente com relação à perspectiva de tornar-se mãe)
10. Quando pensa no momento do parto, o que vem à sua mente?
11. Pensando na sua preparação para o parto e para o nascimento do seu bebê, o que acha que poderia ser feito para que você se sinta mais preparada e confiante?
12. Pensando nas suas necessidades e no que tem vivido até agora, você teria algo a sugerir para um melhor atendimento pré-natal?
13. Você acha que outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiras, deveriam participar do pré-natal? (Se sim, quais e por que)
14. Você gostaria de falar ou sugerir algo mais que não foi falado nessa entrevista?

Anexo B – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Brasília, ____ de _____ de 2011.

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Preparação para o parto: percepção de gestantes sobre o pré-natal e proposta de atuação para o psicólogo”, de responsabilidade da pesquisadora Natalia Almeida Tostes e sob a orientação da psicóloga e professora Eliane Seidl, docente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

Nosso objetivo com essa pesquisa é entender melhor como está sendo feita a preparação das gestantes para o parto e o nascimento dos seus bebês. Queremos saber como as gestantes estão se sentindo em relação ao parto e como percebem a preparação que vêm recebendo do serviço da saúde que frequentam.

Caso decida participar da pesquisa, você receberá os esclarecimentos necessários a seguir e poderá tirar dúvidas também durante a pesquisa. Nós lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum registro, assim como serão omitidas quaisquer outras informações que possam identificá-la. Dessa forma, garantimos que será mantida a sua privacidade e o total sigilo das informações fornecidas por você. Se autorizar, nós iremos gravar a entrevista para um melhor registro das informações, mas nos comprometemos a apagar a gravação assim que a pesquisa terminar. Na gravação também não será registrado o seu nome. Você pode ainda pedir para pararmos de gravar a qualquer momento.

Sua participação será por meio de respostas a uma entrevista, feita individualmente aqui mesmo nessa unidade de saúde. O tempo estimado para a entrevista é de 30 minutos. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem ter nenhum tipo de prejuízo.

Com a sua participação, você estará contribuindo para que possamos propor melhorias no atendimento às gestantes nos serviços de saúde.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se houver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a psicóloga Natalia Almeida Tostes, no telefone: 8116-0701, em horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Concordo com as informações acima mencionadas e aceito participar da entrevista.

Nome / assinatura da participante

Nome / assinatura da pesquisadora responsável