## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Contribuição dos grupos de gestantes para a vivência da mulher no processo de parturição

Virgínia da Cunha Schiavon

# Virgínia da Cunha Schiavon

# Contribuição dos grupos de gestantes para a vivência da mulher no processo de parturição

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciência.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa Dra Marilu Correa Soares

### Virgínia da Cunha Schiavon

Contribuição dos grupos de gestantes para a vivência da mulher no processo de parturição

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Aprovada em: 18/12/2014

#### Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilu Correa Soares (Orientador)

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

Profa Enfa Dra Nalú Pereira da Costa Kerber (Titular)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Maria Konzgën Meincke (Titular)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosani Manfrin Muniz (Suplente)

Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eda Schwartz (Suplente)

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Dedico este trabalho aos meus pais João Pedro e Ligia, às minhas irmãs Bianca e Jerusa, aos meus cunhados André Bueno e André Fernandes e aos meus sobrinhos Arthur e Otávio.

### Agradecimentos

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, pela força, proteção e por tornar todos os meus sonhos possíveis.

Agradeço às participantes deste estudo, por terem me recebido em suas casas e partilhado comigo suas histórias e vivências, e por fazerem a realização desta pesquisa possível.

Agradeço aos docentes que fizeram parte destes meus dois anos de Mestrado por todos os ensinamentos e por possibilitarem meu crescimento como profissional de enfermagem e pessoa.

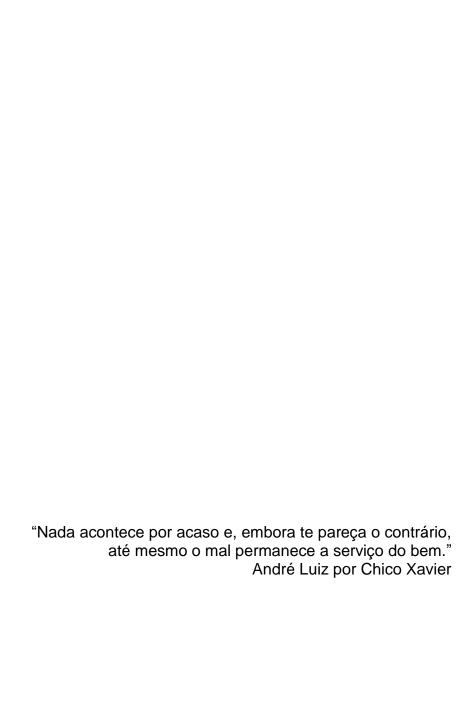
Agradeço à banca desta dissertação, Profas. Dras. Sonia, Nalú, Rosani e Eda, pela atenção, carinho e contribuições dispensadas a este trabalho. Vocês me auxiliaram dando um norte para que eu pudesse seguir minha caminhada na conclusão deste estudo.

Agradeço à Profa. Dra. Marilu, minha orientadora. Sei que não fui uma das pessoas mais fáceis de orientar, e agradeço imensamente pelo incentivo, paciência, compreensão, pela oportunidade de crescimento e aprendizado. Concluo esta etapa de minha vida tendo-a como exemplo de profissional.

Agradeço aos meus primeiros alunos, os quais tive a oportunidade de conhecer durante a realização do estágio de docência orientada do Mestrado. Vocês se tornaram grandes amigos, e eu pude crescer um pouco mais com vocês. Isabel, Lucas, Maraísa, Juliana e Shaiane, eu sou eternamente grata por ter vocês na minha vida.

Agradeço a Pauline, minha amiga e confidente por me ouvir todas as manhãs, nos últimos quatro meses ansiosa e preocupada com esta dissertação. Cada palavra sua de estímulo valeu muito.

Agradeço especialmente à minha família, mãe, pai, mana, Jerusa, André (magro), André (gordo), Arthur e Otávio. A vocês minha eterna gratidão, pelo amor incondicional, pelo apoio para que eu pudesse alcançar meus objetivos e jamais desistir do sonho de concluir o Mestrado, pelo incentivo na tomada de minhas decisões, pela cumplicidade, pelo exemplo diário que me dão de garra e determinação, por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis e por partilharem comigo inúmeras felicidades. Espero, ainda, que eu possa ser motivo de mais orgulho para todos vocês.



#### Resumo

SCHIAVON, Virgínia da Cunha. **Contribuição dos grupos de gestantes para a vivência da mulher no processo de parturição**. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos que envolvem muitos sentimentos e emoções, os quais podem estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais enriquecedoras na vida de quem vivencia esses momentos. Durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher passa por inúmeras transformações, físicas, psíquicas e emocionais, que por sua vez geram dúvidas, angústia, medo e insegurança. A convivência no âmbito grupal tem o poder de promover um espaço de esclarecimento para a mulher, possibilitando a ela o compartilhamento, troca de ideias e experiências com os demais componentes do grupo. Ainda, durante a convivência nos grupos de gestantes, cada mulher tem a possibilidade de dividir e explanar seu contexto cultural, sua vivência, compartilhar a história de seus familiares e/ou amigos com relação ao parto e nascimento e partilhar seus conhecimentos empíricos. O presente estudo, de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, teve como objetivo conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres na vivência do processo de parturição e utilizou como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A coleta de dados se deu durante os meses de julho a setembro 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, realizadas com quatro mulheres que frequentaram o grupo de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde e de um hospital de ensino de uma universidade pública. Os dados foram analisados seguindo os passos da Proposta Operativa de Minayo. A partir da análise dos depoimentos das participantes do estudo, emergiram três unidades temáticas: 1) Grupo de gestantes: a realidade de um cenário de vivências compartilhadas; 2) A construção e a vivência do processo de parturição; 3) Os reflexos da experienciação do grupo de gestantes no trabalho de parto e parto. Os resultados apontam que o grupo de gestantes surgiu como um cenário propício para o compartilhamento de saberes, troca de ideias e vivências. A participação no grupo de gestantes possibilitou à mulher explanar suas crenças, valores, visão de mundo. O grupo foi apontado pelas participantes como um cenário que contribuiu para o fortalecimento da mulher para a vivência do trabalho de parto e parto, bem como para o cuidado do recém-nascido.

Palavras-chave: grupo de gestantes; trabalho de parto; parto; enfermagem; cultura

#### Abstract

SCHIAVON, Virgínia da Cunha. Contribution of the groups of pregnant for the experience of the woman in the process of parturition. 88p. Dissertation (Master degree in Nursery) – Graduate School in Nursery, Nursery School, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2014.

Pregnancy, labor, birth and puerperium are some events that combine many feelings and emotions which may stimulate the formation of bonds and provoke enriched personal transformation in the life of those who experience it. During pregnancy and puerperium, a woman goes through many physical, psychic and emotional transformations which may generate doubts, anxiety, fear and insecurity. The group experience has the power of promoting a place of clarifying for those who participate in it, giving them the possibility of sharing ideas and experiences. Still, this experience in the group, each woman has the possibility of sharing and explaining her cultural context, her experience, her view on the history of her relatives and/or friends concerning labor, birth and her empirical knowledge. This qualitative, exploratory and descriptive study had as objective to get to know the contribution of the groups of pregnant for women in the experience of the process of parturition and it was used as a theoretical tool the Theory of culture care diversity and universality of Madeleine Leininger. Data collection was set between July and September 2014. through taped semi structured interviews with four women who participated in the group in a Basic Health Unit and a College Hospital of a public University. Data was analyzed according to the Operative Proposal of Minayo. From the analysis of the report of the study's participants, three thematic units emerged: 1) Group of Pregnant: the reality of a shared experience scenario; 2) The construction and experience of the process of parturition; 3) The effects of the experience in the pregnant group on the labor process and labor. The results highlight that the group of pregnant represents a propitious for the sharing of knowledge, ideas and experience exchange. The participation in the group enabled women to explain her beliefs, values, point of views. Participants stated that the group contributed to fortify her experience in the labor process and labor itself, as well the newborn's care.

Keywords: group of pregnant; labor process; labor; nursery; culture

# Lista de figuras

Figura 1	Imagem do modelo sunrise ou sol nascente	37
Figura 2	Quadro demonstrativo da identificação das participantes do estudo segundo número de filhos vivos, menarca, sexarca, data, local e tipo de parto	46

## Lista de abreviaturas e siglas

MS Ministério da Saúde

PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RAS Rede de Atenção à Saúde

TDUCC Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UBS Unidade Básica de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FEn Faculdade de Enfermagem

UFPel Universidade Federal de Pelotas

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

# Sumário

1 Introdução	12
2 Objetivos	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 Revisão de literatura	19
3.1 Ciclo gravídico puerperal	19
3.2 O trabalho com grupos de gestantes	24
3.3 Humanização do processo de parturição	26
4 Referencial teórico	32
4.1 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	32
5 Metodologia	38
5.1 Caracterização do estudo	38
5.2 Local do estudo	39
5.3 Participantes do estudo	39
5.4 Critérios de inclusão	40
5.5 Critérios de exclusão	40
5.6 Aspectos éticos	40
5.7 Procedimentos para a coleta de dados	42
5.8 Análise dos dados	43
5.9 Divulgação dos resultados	44
6 Apresentação e discussão dos resultados	45
6.1 Caracterização das participantes	45
6.2 Apresentação das unidades temáticas	46
6.2.1 Grupo de gestantes: a realidade de um cenário de vivências	
compartilhadas	46
6.2.2 A construção e a vivência do processo de parturição	54
6.2.3 Os reflexos da experienciação do grupo de gestantes no trabalho	
de parto e parto	61
7 Considerações finais	65
Referências	68
Anândicas	76

Anexos	81

## 1 Introdução

A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, com intenso potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais enriquecedoras na vida das mulheres, de seus parceiros e familiares (BRASIL, 2012).

Durante a gestação, a mulher sofre inúmeras transformações, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período novo em sua vida de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (BERETTA et al., 2008).

As alterações fisiológicas ocorridas durante este período, sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, por sua vez gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade na gestante (COSTA et al., 2010).

Para Piccinini et al. (2008), estas mudanças alteram significativamente a visão que as mulheres têm de si mesmas e de sua relação com o mundo. As transformações físicas e emocionais vivenciadas pelas gestantes refletem a percepção de que já não são as mesmas, de que com a maternidade seu corpo e também seu papel social modificaram-se.

No século XX os avanços científicos e tecnológicos afetaram de alguma maneira a vida das pessoas, inclusive a forma de nascimento. Em muitos locais do mundo, mudanças rápidas e arbitrárias na assistência ao parto e nascimento resultam no uso excessivo da tecnologia e na perda de modelos de assistência baseados no natural (SOUZA E SILVA; DADAN, 2008).

Para Longo, Andraus e Barbosa (2010), a partir da transição entre o parto domiciliar e o hospitalar, começa a vigorar o modelo biomédico de assistência obstétrica institucionalizada (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Rattner (2009) discorre que no início do século XX os partos eram atendidos majoritariamente no domicílio das parturientes, sendo realizados por parteiras. Na década de 40, a tendência à hospitalização das parturientes começou a crescer, e ao final do século passado os índices de partos hospitalizados ultrapassaram os 90%.

No Brasil, ocorrem cerca de três milhões de nascimentos a cada ano, grande parte deles, por meio de cesarianas, e já se faz a correlação entre o número excessivo de partos cesáreos e o aumento das taxas de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

É importante salientar que a cesariana pode salvar a vida de muitas mães e seus bebês, contudo, Malheiros et al. (2012) afirmam que sem indicação adequada ela contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, e que o seu uso deveria ser restrito a critérios clínicos de gravidade.

Nessa linha de pensamento, o Ministério da Saúde (MS) revela que, no Brasil, os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando gradativamente (BRASIL, 2012). Estudo realizado em 2009 descreve que muitas cesarianas são realizadas em função da comodidade do médico e/ou pela necessidade de se assegurar o bemestar materno e neonatal (MELCHIORI et al., 2009).

Para Bittencourt, Vieira e Almeida (2013), um número expressivo de mulheres opta pelo parto cirúrgico, o que vem corroborar com os altos índices de cesáreas registrados, hoje no país. Aspectos como medo e dor, a influência cultural e familiar, o desejo em realizar a laqueadura tubária e a escassez de informações à gestante são decisivos na escolha da cesariana.

Já Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) acreditam que o alto índice de cesarianas ocorre devido à baixa qualidade da assistência pré-natal, muitas vezes focada na obstetrícia tradicional, com desarticulação entre os serviços de saúde, e também às resistências culturais existentes de poder e saber entre os profissionais da saúde.

Segundo o MS vários questionamentos têm sido feitos a respeito da medicalização excessiva da assistência ao trabalho de parto e parto, e de suas consequências, em especial para as gestantes de baixo risco e seus bebês (BRASIL, 2008).

Para Martins (2005) o processo de evolução da obstetrícia médica, com o surgimento das cesarianas e hospitalização do parto, teve por consequência o aumento do número de intervenções com o uso de tecnologias médicas e

farmacêuticas no trabalho de parto e parto. Ainda, para o autor, os corpos femininos passaram a ser tratados como corpos-pacientes à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério são controlados pelo médico e pela equipe hospitalar.

Dessa maneira, no início dos anos 80 surge, no Brasil, um movimento que é denominado "Humanização do Parto e Nascimento", o qual propõe recuperar valores humanos na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e ao neonato (SOUZA E SILVA; DADAN, 2008).

Em 2000, o MS cria o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; melhorar a qualidade do acesso, da cobertura e acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, nascimento e puerpério, ampliando ações na área de atenção à gestante (BRASIL, 2002).

A expressão "humanização do parto e nascimento" refere-se a devolver à mulher a posição de destaque durante o processo de parturição, valorizando seu corpo e sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo do seu parto (BRASIL, 2008).

Com a instituição da PHPN, a mulher passa a ser reconhecida como principal agente do processo de parturição, tendo suas escolhas e direitos respeitados. O programa propõe também o estabelecimento de práticas baseadas em evidências que permitam a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido (PARADA; TONETE, 2008).

De acordo com Ferreira et al. (2013), a humanização do processo de parturição prevê a presença do acompanhante junto à mulher durante todo este processo; medidas que proporcionem o bem-estar da parturiente e o nascimento de um filho hígido; compreensão por parte dos profissionais sobre a cultura e respeito à opção do tipo de parto de cada mulher; garantia de privacidade preservando o pudor do corpo feminino.

A humanização do parto e nascimento deve ter início no Pré-Natal, já que a humanização do cuidado não se inicia no Centro Obstétrico e não se resume apenas à parturiente. O cuidar humanizado carece de envolver também familiares e profissionais de saúde, pois estes também precisam de cuidados humanizados que os estimulem a prestar assistência humanizada à população (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Para Ferreira et al. (2013), a autonomia da parturiente é fundamental para efetivação da humanização do parto. Para tanto, é preciso que os profissionais da saúde reconheçam a mulher como protagonista no processo de parturição, que desenvolvam a escuta ativa e proporcionem um ambiente dialógico.

Para que o parto seja de fato humanizado e fisiológico, a decisão da mulher neste processo é essencial. O que será possível, quando os profissionais entenderem que este processo não passa somente pelo conhecimento das evidências científicas, mas deverá estar pautado nas singularidades de cada parturiente, individualizado e direcionado para as reais necessidades das mesmas durante o processo de parturição (SILVA et al., 2011; MALHEIROS et al., 2012).

Todavia, na assistência à parturiente ainda prevalecem rotinas hospitalares rígidas e o contato humano e diálogo são deficientes. Os autores afirmam que a mulher não possui autonomia e sua opinião acerca do trabalho de parto não é levada em consideração (MABUCHI; FUSTINONI, 2008; BUSANELLO et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Segundo Silva et al. (2011), a humanização da assistência precisa ser compreendida como um atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos, envolvendo uma modificação na cultura, transformando o ambiente hospitalar em um local mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas no cuidado às mulheres.

Busanello et al. (2011) enfatizam que, mesmo com a implantação do PHPN, há dificuldades para sua implementação de fato. Muitas instituições hospitalares ainda estão centradas no modelo biomédico de atenção à saúde, pautado em ações intervencionistas, prevalecendo um cuidado insensível por parte dos profissionais, não considerando o ser humano em uma perspectiva holística.

Nesse sentido, objetivando o empoderamento da mulher no trabalho de parto e parto, proporcionando conhecimento à gestante, seu companheiro e familiares e estimulando a participação ativa de todos no processo de gestação, parto e puerpério, alguns serviços de saúde criam grupos de apoio às gestantes. Nestes grupos, a participação de uma equipe multiprofissional de saúde que, por meio de uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica, possibilita o atendimento às necessidades das mulheres, de seus parceiros e familiares durante o ciclo gravídico puerperal e propicia um espaço de troca de saberes (BRASIL, 2001).

Os grupos fornecem orientação às gestantes e são de suma importância para os futuros pais conhecerem e entenderem todo o processo que envolve o ciclo gravídico puerperal. Ao se relacionarem com uma equipe multiprofissional e com outras gestantes compreendem a vivência de situações similares, se fortalecem e procuram mais sentido para suas vidas quando participam ativamente neste cenário (SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008).

Para Pinheiro et al. (2008) os grupos são fundamentais na socialização dos participantes, uma vez que possibilitam a troca de experiências, oferecimento de suporte social, de informações e orientações a respeito de um determinado tema e/ou situação de vida.

A intervenção grupal pode ser um meio eficaz para o empoderamento da mulher, pois possibilita o compartilhamento de experiências, a troca de informações e proporciona discussões que envolvam vários componentes afetivos. Desse modo, cria-se um ambiente de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico puerperal, a socialização das informações, além da vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade (KLEIN; GUEDES, 2008).

Ressalta-se que o compartilhamento de informações que ocorre entre os participantes dos grupos pode propiciar às grávidas, aos seus companheiros e seus familiares o conhecimento e o empoderamento para o exercício de sua autonomia na tomada de decisões relativas ao seu processo de trabalho de parto, parto e nascimento do bebê. Nesse contexto, **justifica-se** a realização deste estudo, visto que os grupos de gestantes possibilitam gerar resultados positivos para as mulheres que vivenciam o processo de parturição.

Entende-se que, durante a convivência nos grupos de gestantes, cada mulher pode dividir e explanar seu contexto cultural aos demais participantes, contar sua vivência, compartilhar a história de seus familiares e/ou amigos com relação ao parto e nascimento e partilhar seus conhecimentos empíricos relacionados às diferentes fases e experiências vivenciadas por si e/ou familiares neste processo tão singular.

Acredita-se que a mulher pode ser ouvida, respeitada e tem suas crenças, valores, aspectos culturais levados em consideração durante os encontros dos grupos de gestantes. De modo que os profissionais que participam dos grupos, a partir dos relatos de cada gestante, podem proporcionar orientações que elas realmente necessitam para que experienciem o trabalho de parto e parto mais

fortalecidas e que preservem sua cultura, seus valores e suas crenças, ou seja, com um cuidado efetivo e culturalmente congruente.

Além dessa perspectiva, observa-se uma lacuna na produção científica sobre grupos de gestantes no cenário nacional e internacional, o que reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da temática, com vistas a consolidar as práticas de humanização do processo de parturição.

Parte-se do **pressuposto** de que os grupos de gestantes podem ser um cenário de troca de saberes entre os participantes e a equipe que coordena cada grupo, um complemento à consulta pré-natal. O grupo é um espaço em que a gestante pode solucionar suas dúvidas, amenizar a ansiedade, receber informações sobre seu corpo, mudanças que irá sofrer ao longo da gestação, desenvolvimento de seu bebê, trabalho de parto e parto, cuidados que devem ser tomados no período puerperal e técnicas que promovam e facilitem o aleitamento materno.

Pressupõe-se, ainda, que, a partir da participação no grupo, a mulher possui informação sobre seus direitos dentro e fora da maternidade, deixa de ser mera coadjuvante do processo de nascimento de seu filho e passa a ser protagonista de todo o acontecimento, preservando sua autonomia, cultura e crenças relevantes ao cuidado.

Diante do exposto, esta pesquisa visa responder a seguinte questão norteadora: Qual o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres na vivência do processo de parturição?

# 2 Objetivos

# 2.1 Objetivo geral

Conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres na vivência do processo de parturição.

## 2.2 Objetivos específicos

Investigar o conhecimento das puérperas a respeito das práticas no trabalho de parto e parto.

Identificar as práticas desenvolvidas nos grupos de gestantes como subsídio para o trabalho de parto e parto.

#### 3 Revisão de literatura

Com o intuito de fundamentar teoricamente a presente pesquisa, buscou-se, por meio da literatura consultada, aprofundar conhecimentos acerca da temática, abordando quatro temas centrais: ciclo gravídico puerperal; o trabalho com grupos de gestantes; e humanização do processo de parturição.

A construção da revisão de literatura do presente estudo foi realizada nos meses de agosto de 2013 a março de 2014, a partir de uma busca livre por manuscritos nas bases de dados U.S. *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Também foram utilizados livros que continham informações a respeito da temática abordada nesse tópico.

A busca resultou em um número expressivo de publicações relacionadas aos temas ciclo gravídico puerperal, e humanização do processo de parturição, porém, nesta revisão de literatura, não foi encontrado quantitativo de artigos científicos sobre o tema "grupos de gestantes", nem mesmo se tem um descritor para a busca desta temática. Desse modo, percebe-se que há uma lacuna na produção nacional e internacional acera do assunto, o que foi o mote impulsionador para construção do presente estudo.

## 3.1 Ciclo gravídico puerperal

A gravidez representa para a mulher um evento fisiológico caracterizado por uma série de transformações e alterações em seu organismo (PAMPLONA, COSTA; CARVALHO, 2010).

No momento em que a mulher engravida, ela compartilha esta experiência com sua família ou grupo social ao qual pertence. Neste contexto, destaca-se a

cultura, por meio da qual a mulher expressa suas necessidades, seus valores, suas crenças, seus saberes e sua visão de mundo (ISERHARD et al., 2009).

Dessa maneira, condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes, elas necessitam ser potencializadas, principalmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período gravídico puerperal (BRASIL, 2006).

Para Busanello et al. (2011), no contexto dos cuidados no ciclo gravídico puerperal, historicamente, as decisões acerca da saúde da mulher estiveram sempre pautadas no sistema paternalista da assistência à saúde, no qual os prestadores do cuidado decidem pelos pacientes e suas escolhas não são respeitadas.

Segundo Pamplona, Costa e Carvalho (2010), algumas gestações são planejadas, outras não. Em ambos os casos frequentemente os futuros pais e os familiares vivenciam sentimentos contraditórios, com momentos de aceitação, alegria e felicidade e outros de medo, angústia e rejeição.

Também o processo de parturição, compreendido como o trabalho de parto e o parto, é complexo. É um momento intenso de mudanças na vida das mulheres e de seus familiares, pois o nascimento de um filho pode ser uma experiência carregada de significados (FRELLO; CARRARO, 2010).

Para Amorin, Porto e Souza (2010), o processo de trabalho de parto, parto e nascimento configuram-se em uma experiência humana das mais importantes e profundas para a mulher, seu parceiro e familiares, podendo trazer tanto um impacto positivo quanto negativo para a confiança materna, adaptação parental e relações familiares.

É fundamental, durante o processo de parturição, o cuidado de enfermagem, o qual transcende a utilização de procedimentos técnicos e envolve a sensibilidade, delineando um cuidado terno, pois o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor (FRELLO; CARRARO, 2010).

Para Lopes et al. (2009), o enfermeiro caracteriza-se como o principal profissional de saúde no desenvolvimento do cuidado singular, individualizado e atento às necessidades de cada mulher.

Entende-se importante o trabalho do Enfermeiro no cuidado às gestantes, o que pode ser desenvolvido no atendimento de pré-natal.

Acerca do pré-natal, para o MS, este tem por intuito o acompanhamento da gestante, garantindo o desenvolvimento da gestação e possibilitando o parto de um bebê saudável, sem impacto para a saúde materna, sendo um espaço no qual são abordados, inclusive, aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, ultrapassando a dimensão orgânica, já que a gestação é um fenômeno complexo e singular, envolvido por inúmeras transformações, biológicas, psicológicas, sociais e culturais (SHIMIZU; LIMA, 2009; BRASIL, 2012).

Em contrapartida, na realidade brasileira, a consulta pré-natal, quase sempre se caracteriza como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidade para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Para Duarte e Andrade (2008), a assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas também deve incluir ações educativas em saúde, bem como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser reconhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, objetivando compreendê-las no contexto em que estão inseridas.

O cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável. O pré-natal é essencial para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura da mulher no processo de nascimento (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Para Zampieri e Erdmann (2010), o cuidado humanizado no pré-natal deverá ser direcionado à mulher na sua integralidade, buscando prevenir, diagnosticar, recuperar e promover a saúde nos diversos níveis de complexidade.

Já Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) referem que o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é um profissional qualificado para o atendimento à mulher, possuindo uma função importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com Shimizu e Lima (2009), a consulta de enfermagem estreita o vínculo entre o enfermeiro e a mulher, é reconhecida como um espaço de acolhimento, possibilita o diálogo, permite a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências.

No estudo realizado por Zampieri e Erdmann (2010), o cuidado humanizado no pré-natal foi referido pelos profissionais como aquele centrado na gestante e na promoção de sua saúde, tendo em vista a autonomia da gestante, o que foi expresso de forma similar pelas mulheres.

As gestantes, por sua vez, apresentam representações positivas da consulta de enfermagem do pré-natal, salientam a forma como se estabelecem as relações de comunicação entre os profissionais de enfermagem e a gestante, o acolhimento e a escuta privilegiados, superando, em parte, uma prática profissional que tem como eixo central o modelo biológico (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Para Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) é imprescindível um bom relacionamento entre o profissional de saúde e a gestante, com vistas a detectar agravos, buscando garantir à mulher uma gestação segura. Sob a ótica da integralidade do cuidado, é fundamental considerar as gestantes e seus familiares no conjunto social, econômico, político e cultural (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

De acordo com Shimizu e Lima (2009), para garantir a adesão das gestantes aos cuidados trabalhados durante o pré-natal é necessário aprofundar a forma de abordagem nas consultas de enfermagem. É preciso partir do conhecimento das reais necessidades da mulher, levando em consideração seu modo de vida, sua cultura e seus valores morais, intelectuais e afetivos.

Já, em relação ao parto, Pamplona, Costa e Carvalho (2010) apontam que o parto natural (por via vaginal), quando tudo está fluindo normalmente na gestação e durante o processo de parturição, é a melhor escolha para a mãe e o bebê. O parto cirúrgico (cesariana) é um procedimento extenso e só deve ser feito quando for imprescindível para evitar danos à saúde da parturiente e da criança.

O parto cirúrgico pode salvar a vida de muitas mães e seus bebês. Contudo, quando realizado sem indicação adequada, contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, vai de encontro à integridade física da mulher e do recém-nascido, e, portanto, seu uso deverá ser restrito a critérios clínicos de gravidade (MALHEIROS et al., 2012).

No entanto, no Brasil, conforme o MS, os índices de nascimentos por cesariana aumentam cada vez mais e o país ocupa uma das principais posições no *ranking* de realização de cesáreas (BRASIL, 2012).

Muitas mulheres têm dado ao parto natural uma conotação negativa, vendo esse processo como causador de momentos de intensa dor. Porém, para Pamplona, Costa e Carvalho (2010), o parto vaginal não tem que ser necessariamente um momento doloroso, já que se trata de um processo fisiológico.

Nesse sentido, Lopes et al. (2009) afirmam que a vivência do parto é um momento singular e significativo para a mulher. Mesmo que haja referência à dor, durante anos, a mulher vai lembrar nos mínimos detalhes do nascimento de seu filho como uma experiência marcante em sua vida.

De acordo com Frello e Carraro (2010), as transformações no corpo da mulher durante a gravidez acontecem de forma gradual, e no parto ocorrem rapidamente, somando-se a este quadro um turbilhão de sentimentos e emoções que criam a necessidade de apoio à mulher durante este período. Neste momento, o acompanhante, de livre escolha da mulher, é de suma importância para desempenhar o papel de ampará-la, vivenciando com ela o que de fato é o processo do parto.

Para Lopes et al. (2009) a satisfação da mulher em relação ao processo de parturição está relacionada a fatores culturais, expectativas, experiências, conhecimentos sobre o processo e, especialmente, à atenção e aos cuidados recebidos no período do parto por familiares e equipe de saúde.

Estudos apontam, também, que medidas de conforto e relaxamento proporcionadas às parturientes tornam o processo de parturição mais tranquilo e natural, aliviam a dor e a tensão (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011; PEREIRA et al., 2012).

Para Amorin, Porto e Souza (2010) os profissionais da saúde desempenham importante papel no acompanhamento das mulheres em trabalho de parto e parto, necessitando prestar atenção aos aspectos emocionais da mulher e seus familiares, devendo evitar a cascata de intervenções e propiciando condições para o diálogo e escuta.

A respeito do período puerperal, este é uma etapa importante na vida da mulher, na qual ela vivencia novas emoções, passa por transformações de ordem física e nos relacionamentos interpessoais, o que exige dela uma forte capacidade de adaptação, especialmente quando perpassa por este período pela primeira vez (BARROS, 2009).

As alterações no estado de saúde e recuperação da mulher no período puerperal requerem atenção dos profissionais de saúde, uma vez que parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece nas primeiras horas e na primeira semana após o parto. Desse modo, o acompanhamento da

mulher durante o puerpério é fundamental para minimizar estes índices (BRASIL, 2006).

Além desses aspectos, no puerpério, conforme Strapasson e Nedel (2010), a mulher encontra-se insegura e dependente para assumir os cuidados com o recémnascido e o próprio autocuidado. Neste período, ela se vê envolta por uma série de mudanças impostas pelo parto e nascimento da criança, necessitando de adaptação e instrumentalização para desenvolver a maternidade.

Para Almeida e Silva (2008), sendo o puerpério um período considerado de risco, os cuidados de enfermagem qualificados com enfoque na prevenção de complicações, no conforto físico e emocional da puérpera tornam-se essenciais. O desenvolvimento de ações educativas que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e de seu bebê, baseadas na escuta sensível e valorização das similaridades femininas, são importantes ferramentas para estimular a confiança e a autonomia da mulher.

Sendo assim, percebe-se que a gama de sentimentos experienciados pela mulher, seu companheiro e seus familiares durante o ciclo gravídico-puerperal demanda dos profissionais de saúde envolvidos no processo um cuidado pautado não só no desenvolvimento de ações técnicas, mas também pautado nas boas práticas de atenção, nas quais a mulher tem voz, autonomia, protagonismo e seu parceiro e familiares são compreendidos e ouvidos.

#### 3.2 O trabalho com grupos de gestantes

A gestação é um período que envolve transformações não só no organismo da mulher, mas também no seu bem-estar e no seu psiquismo, e a intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da gestante (KLEIN; GUEDES, 2008).

A gravidez, o parto, o puerpério, a amamentação e os primeiros dias de vida do bebê são acontecimentos marcantes, com potencial positivo para todos que vivenciam estes momentos, no entanto, estes períodos também apresentam suas dificuldades (PAMPLONA; COSTA; CARVALHO, 2010).

Dessa maneira, Klein e Guedes (2008) apontam como relevante um acompanhamento psicológico da gestante com o intuito de permitir uma vivência mais equilibrada de todas as emoções e manifestações que ocorrem durante o ciclo

gravídico puerperal. E, nesse sentido, a intervenção grupal pode ser um meio eficaz para esse acompanhamento, pois possibilita o compartilhamento de experiências e a troca de informações.

O trabalho com grupos é fundamental para socialização dos participantes. Os grupos possibilitam a troca de experiências, oferecimento de suporte social, de informações e orientações a respeito de um determinado tema e/ou situação de vida, bem como proporcionam a exteriorização de sentimentos, angústias e medos (PINHEIRO et al., 2008; DIAZ et al., 2010).

Nesse sentido, Santos; Zellerkraut e Oliveira (2008) acreditam que, com o transcorrer dos encontros e a participação da equipe multidisciplinar nos grupos de gestantes, se expande a possibilidade de cada gestante expressar suas necessidades e trocar experiências com os demais componentes do grupo, dividirem ansiedades, medos e angústias com relação à nova etapa que estão vivenciando.

Os participantes do grupo, ao se relacionarem com uma equipe multiprofissional e com outras gestantes, puérperas e seus respectivos companheiros, compreendem que estes vivenciam situações similares, se fortalecem e procuram mais sentido para suas vidas, participando ativamente deste processo (SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008).

Os grupos de gestantes podem atuar também no sentido de ampliar a discussão acerca da humanização da assistência ao processo de parturição. No espaço dos grupos, os profissionais de saúde apoiam, favorecem e negociam com a mulher o modelo humanizado por meio de discussões relativas aos modelos assistenciais em obstetrícia, refletindo sobre a decisão de como desejam parir e serem cuidadas, e a partir deste diálogo apresentam uma perspectiva diferenciada de gestar, parir e nascer (PROGIANTI; COSTA, 2008).

Klein e Guedes (2008) descrevem o grupo como possibilidade de suporte. As gestantes podem vivenciar momentos de discussões que envolvem vários componentes afetivos, criando um ambiente de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico puerperal e à subjetivação das informações, além do estímulo a uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade.

Progianti e Costa (2008) sustentam que:

A negociação do cuidado humanizado através da educação em saúde crítica, reflexiva e libertadora colabora para que um novo comportamento possa acontecer em relação à gestação, ao parto e ao nascimento, pois as

mulheres passam a entender esse processo como natural e se percebem protagonistas de sua gravidez e de seu parto, colocando-se ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado (PROGIANTI; COSTA, 2008, p. 792).

Acredita-se que o grupo de gestantes é uma ferramenta para efetivar a humanização da assistência ao processo de parturição. Nestes espaços, a mulher pode compartilhar seus medos, anseios, dúvidas, experiências positivas e negativas relacionadas ao processo de parturição, com pessoas que vivenciam momentos similares. No grupo de gestantes, a mulher expõe seus medos e anseios baseados nas suas crenças, valores e cultura.

Além disso, acredita-se que a troca de saberes e práticas nos grupos pode fortalecer a mulher e familiares para o exercício da autonomia. É um cenário em que as ações de educação em saúde podem dar subsídios para a mulher tornar-se protagonista em todas as etapas do nascimento de seu filho.

## 3.3 Humanização do processo de parturição

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da humanidade, especificamente, a história da mulher, considerada uma atividade feminina, realizada tradicionalmente por parteiras (WOLFF; WALDOW, 2008).

Na Europa no século XVIII ocorreram grandes transformações políticas, sociais, econômicas e, com o nascimento da medicina social, surgem as primeiras políticas voltadas fundamentalmente para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família. O entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos relativos à gestação, ao parto e ao neonato avançou pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil (NETO et al., 2008).

Conforme Aguiar e D'oliveira (2011), o parto, diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, é um processo fisiológico que não necessita de hospitalização, contudo, demanda cuidado e acolhimento.

No entanto, acredita-se que, com a institucionalização do parto, a mulher passou a ser tratada como objeto durante a vivência desse momento, o processo de parturição passou a ser controlado pelos profissionais de saúde e as condutas

médicas e a medicalização se sobressaíram, por vezes tornando a mulher vítima de violência obstétrica.

Um dos exemplos de violência obstétrica pode ser caracterizado pela maneira como os profissionais da saúde tratam as parturientes, de forma abusiva e desrespeitosa, como se fossem objetos (WOLFF; WALDOW, 2008), no entanto, ela ocorre de diversas formas.

Para Pulhez (2013), procedimentos descritos como de rotina durante o trabalho de parto e parto não são tão facilmente reconhecidos como atos violentos, como é o caso dos partos cesáreos e intervenções médicas, os quais são cada vez menos desejados por um número expressivo de mulheres.

Conforme Wolff e Waldow (2008), a violência obstétrica pode ser de ordem física, quando ocorre manipulação vaginal desnecessária, desconfortável, dolorosa e constrangedora, e psicológica, quando há invasão da privacidade, tornando difícil e desagradável um momento tão singular na vida da mulher, que é o dar à luz.

O atual modelo de atenção obstétrica dominante no Brasil caracteriza-se pelo demasiado uso de tecnologia no cuidado ao parto e nascimento, que se traduz no alto índice de cesarianas realizadas no país (BRASIL, 2008).

O Brasil ostenta a posição de líder mundial em realização de cesáreas, somente em 2010, os índices de partos cesáreos foram de 52%. E cada cesariana desnecessária significa à mulher um risco maior de complicações, como infecção ou hemorragia, em relação ao parto normal. Com o alto índice de partos cesáreos, a taxa de mortalidade materna vem aumentando, assim como os riscos para a criança (PRISZKULNIK; MAIA, 2009; BRASIL, 2012).

A cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, gerando riscos extras para a criança, como problemas respiratórios, oriundos da prematuridade, geralmente associados com a retirada antecipada do feto antes da maturidade pulmonar plena, sobretudo em cesáreas com "hora marcada" ou por motivo fútil. Muitas cesarianas são realizadas em função da comodidade do médico e/ou pela necessidade de se assegurar o bem-estar materno e neonatal (PRISZKULNIK; MAIA, 2009; MELCHIORI et al. 2009; MALHEIROS et al., 2012).

Para Neto et al. (2008), no cenário brasileiro da época do regime ditatorial, as transformações ocorridas no modelo de atenção ao parto estavam embutidas nas ações que caracterizaram o início do processo de redemocratização e fortalecimento

dos movimentos sociais contrários a esse regime e às políticas por ele implementadas.

Esses movimentos foram fundamentais para se entender as principais conquistas do início da década de 80, relacionadas às políticas de saúde materno-infantil, que teve início durante a fase de industrialização e foi foco de atenção dos serviços de saúde pública (NETO et al., 2008).

No ano de 1984, o MS lança o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi discutido e implantado no período de transição democrática, tendo no movimento de mulheres a grande pressão para a mudança no cenário de assistência à mulher, até então centrada no período reprodutivo. O PAISM tinha por objetivo principal a assistência integral clínica, ginecológica, educativa, preventiva, direcionada para o aprimoramento do pré-natal, parto e puerpério; abordagem de problemas desde a adolescência até o climatério; controle de doenças sexualmente transmissíveis; planejamento familiar; câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984).

No ano 2000, o MS cria o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, objetivando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; melhorar a qualidade do acesso, da cobertura e do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, nascimento e puerpério; e ampliar ações na área de atenção à gestante (BRASIL, 2002).

O PHPN representa uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, ao estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas na gestação, configurando-se em uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e do neonato, na perspectiva da melhoria dos indicadores de saúde. Cabendo aos gestores nacionais, estaduais e municipais ampliarem a cobertura do programa (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em 2004, o MS lança um documento que incorpora ao PAISM princípios norteadores como a integralidade e a promoção da saúde, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Ainda, no contexto atual, o MS, tendo por objetivo qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de

morbimortalidade materno-infantil, institui a Rede Cegonha, criada no ano de 2011 (BRASIL, 2012).

Segundo o MS, a Rede Cegonha reforma a Política de Humanização do Parto e Nascimento, tendo como princípios:

Humanização do parto e do nascimento, com ampliação das *ppler* baseadas em evidência; organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL,2012,p. 15).

A expressão "humanização do parto e nascimento" refere-se a designar à mulher uma posição de destaque durante o processo de parturição, valorizando seu corpo e sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo do seu parto (BRASIL, 2008).

Segundo Silva et al. (2011), essa realidade demanda transformações intensas no sentido de qualificar o cuidado às mulheres que vivenciam o trabalho de parto e parto, adotando práticas baseadas nos princípios da humanização propostos pelo Ministério da Saúde.

Para Nagahama e Santiago (2008), apesar de termos serviços de saúde que atendam sob os princípios da humanização da assistência ao parto, o modelo assistencial marcado pela herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor de todo o processo, ainda é praticado em algumas instituições. As autoras assinalam que é preciso que a prática institucional e profissional incorpore integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo.

Nesse sentido, Malheiros et al. (2012) apontam que o salto qualitativo almejado na assistência prestada à mulher no processo de parturição só acontecerá por meio da desconstrução do modelo tecnocrático e a subsequente ascendência ao modelo humanístico.

Já, para Modes, Gaíva e Patricio (2010), a assistência ainda está com o enfoque no modelo médico biologista e tecnocrático. As intervenções, a rotina hospitalar e o profissional da medicina continuam sendo as figuras principais deste evento.

Nesse contexto, Silva, Barbieri e Fustinoni (2010) referem que, em instituições que adotam as práticas para humanização do parto, as mulheres ainda consideram que as mesmas se distanciam da humanização.

Como obstáculos para a implementação das práticas de humanização na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, Nagahama e Santiago (2008) apontam o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre seus direitos na atenção ao parto e nascimento; a atitude de resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais dos serviços; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

A humanização do parto e nascimento exige dos atores envolvidos neste processo, esforços para que as condutas e os procedimentos desnecessários e intervencionistas sejam deixados de lado, tanto para a mulher quanto para o recémnascido. Preconizando ainda, que se priorize o contato precoce entre mãe e filho, buscando assegurar uma atenção qualificada focada nas necessidades individuais da mãe e do bebê (MODES; GAÍVA; PATRICIO, 2010).

Conforme o MS, para que haja a humanização do processo de parto e nascimento é primordial que os profissionais de saúde entendam as dimensões subjetivas da mulher, a singularidade de cada uma, e coloquem em prática ações de cuidado que priorizem o nascimento como momento único e evento ápice da feminilidade, não se posicionando como detentores do evento, trabalhando com diálogo, respeito e compreensão (BRASIL, 2008).

A humanização da assistência obstétrica ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, instituições e sociedade. Para que as mulheres e seus familiares tenham a experiência de um parto verdadeiramente humanizado, com a valorização dos aspectos sociais e culturais da gestação e do parto, é fundamental que ocorram mudanças no modelo obstétrico tradicional, que continua centrado na figura do médico e pautado no desempenho de técnicas (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2010; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Ressalta-se a importância de que os profissionais da saúde se aprofundem na temática, estudem, tomem conhecimento da política de humanização do parto e nascimento, e tornem-se agentes comprometidos na implementação da

humanização da assistência ao parto, pois somente com a força de todos os atores envolvidos neste processo é que ocorrerão as mudanças.

#### 4 Referencial teórico

Nesta seção, aborda-se o referencial teórico que embasou a realização deste estudo, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger.

#### 4.1 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

O presente estudo utilizou como referencial teórico a Teoria de Madeleine Leininger, pois buscou conhecer o aporte dos grupos de gestantes na atenção ao trabalho de parto e parto sob uma perspectiva cultural, com vistas a saber se os aspectos culturais compartilhados com os participantes dos grupos, e pela própria vivência das mulheres no grupo, favoreceram a vivência das mulheres no processo de parturição.

Nos anos de 1950, o mundo vivenciava um período de transições, e se tornou urgente a adequação da Enfermagem a tais modificações. A enfermagem dos Estados Unidos sofreu grande pressão para as mudanças da época, por ser este país o destino da maioria dos indivíduos que migravam para outros lugares em busca de melhores oportunidades. Nesse contexto, os Estados Unidos passam a ser caracterizados como um país miscigenado por diversos povos e culturas (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005; MELO, 2010).

Diante dessa situação, os setores de prestação de serviços necessitavam de adaptação a esta sociedade diversificada. Os enfermeiros norte-americanos sentiram a necessidade de conhecer e compreender as culturas de seus clientes, e, para tanto, careciam de uma formação que se aproximasse da diversidade cultural para prestarem, de fato, um cuidado efetivo (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005).

Foi durante este período, na metade da década de 50, que Madeleine Leininger, enfermeiro especialista em saúde mental, começou a observar as diferenças entre as crianças de um lar de orientação no qual trabalhava. Essas

diferenças referiam-se à maneira como as crianças e seus pais se vestiam, brincavam, e como elas queriam ser cuidadas, as quais estavam relacionadas aos fatores culturais que cada uma trazia de sua origem (LEININGER, 1985; LEOPARDI, 2006).

Madeleine observou que a enfermagem não possuía conhecimento acerca da cultura desses jovens para promover práticas de cuidado diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com suas culturas. Este foi, então, o mobilizador que deu início à busca de Madeleine Leininger pela explicação do porquê das diferenciações que ocorriam entre as crianças, e passou a estudar para construção, na Enfermagem, de teorias pautadas no fenômeno transcultural (LEININGER, 1985; LEOPARDI, 2006).

A partir desse contexto, a teórica considera que há uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar, que deveria ser conhecida e compreendida para que a enfermagem pudesse prestar um cuidado satisfatório e humanizado (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005).

Madeleine Leininger é enfermeira, graduada na Escola de Enfermagem de San Antonio em Denver, no ano de 1948, e Bacharel em Ciências no ano de 1950, pelo Colégio Beneditino de Atchison (LEOPARDI, 2006). Leininger não tinha qualquer formação em Antropologia, foi a primeira enfermeira a buscar formação profissional nesta área, ingressando em um Programa de Doutorado em Antropologia da Universidade de Washington em Seattle, em 1959, por considerar que a Antropologia permitiria à Enfermagem conhecer e compreender culturas (LEININGER, 1985).

Em 1960, Leininger começou a teorizar sobre a relação entre a enfermagem e antropologia, e vislumbrava a possibilidade de os enfermeiros estudarem o cuidado humanizado, saúde e doença, por meio da compreensão das diferenças e das semelhanças entre culturas diferentes (LEININGER, 1985).

Leininger entendia o processo saúde/doença influenciado pela cultura, o que resultou na Teoria Transcultural do Cuidado, considerando as crenças, valores e práticas culturais dos indivíduos e sua própria percepção do mundo (LEININGER, 2006).

Passado algum tempo, Madeleine Leininger passou a chamar sua teoria de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), visando acompanhar as diversidades e as mudanças da maneira de viver e pensar da população (LEININGER, 2006).

A diversidade regional dos contextos sociais e culturais do Brasil produz diferentes necessidades, significados e expectativas de cuidado. Assim como nos Estados Unidos, a realidade da Enfermagem brasileira é um campo fértil para utilização e implementação do cuidado transcultural de Madeleine Leininger (SEIMA et al., 2011).

Seima et al. (2011) afirmam que um dos caminhos para atingir-se o cuidado holístico, integral e significante para os indivíduos ou grupos, é entender o cuidado como fruto do conhecimento das semelhanças e diferenças nas crenças, valores, experiências e visões de mundo, que se refletem nas atitudes, hábitos e comportamentos de vida das pessoas.

A TDUCC pressupõe que existem distinções no cuidado humano que possuem características que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado cultural de enfermagem ajustado às crenças, valores e modos de vida de diferentes culturas, resultando em um cuidado benéfico e significante (LEININGER, 1985).

Leininger aponta que não existe cura sem cuidado. A saúde se configura como o estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, refletindo na capacidade dos sujeitos ou grupos em realizar suas atividades de forma satisfatória (LEININGER, 1985).

Destaca-se que para a análise de dados deste estudo foram utilizados alguns conceitos fundamentais para a compreensão dos princípios básicos da TDUCC (1985, p. 261-262):

- Cultura valores, crenças, normas e modos de vida dos indivíduos,
   que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares,
   que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas;
- Cuidado atividades de assistência, apoio ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida;
- Saúde estado percebido, ou cognitivo, de bem-estar, que capacita um indivíduo ou grupo a efetuar atividades, ou alcançar objetivos e padrões de vida desejados;

- Valor cultural forma mais desejada ou preferida de agir ou conhecer algo, que é frequentemente mantida por uma cultura por um período de tempo, que governa as ações ou decisões das pessoas;
- Sistema popular sistema não profissional, local ou indígena que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais, em casa;
- Sistema profissional serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por vários profissionais da saúde.

Segundo Martins e Alvin (2012), as ações do cuidado cultural são condizentes com as crenças, valores e costumes dos indivíduos, e os auxiliam de forma expressiva e pacífica na sua trajetória de vida até a morte.

Nesse sentido, Leininger (1985, p. 263) acredita que "os atos do cuidado cultural, que são congruentes com as crenças e valores dos clientes, são ditos como sendo o conceito mais significativo, unificador, e dominante, para conhecer, compreender, e prever o cuidado terapêutico popular".

A finalidade da Teoria de Madeleine Leininger é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano, utilizando tais informações para prover um cuidado satisfatório a indivíduos de diversas culturas (LEININGER, 1985).

Acredita-se que o trabalho com grupos de gestantes é visto pela Enfermagem como um instrumento para atenção ao processo de parturição, pois, nos grupos, as mulheres se movimentam e se posicionam de acordo com sua cultura, crenças e valores, bem como são ouvidas e orientadas nesta lógica, e desse modo, o cuidado e as informações prestadas nos grupos deverão estar ancorados nas necessidades culturais de cada participante e de seus familiares.

Diante do exposto, percebo que os grupos de gestantes podem proporcionar à mulher, ao seu companheiro e familiares, embasamento para que durante o processo de parturição atuem de forma ativa, entendendo e reivindicando seus direitos dentro e fora da instituição hospitalar, buscando também uma atenção que respeite sua própria visão de mundo e seus próprios saberes.

Ressalta-se que a atenção de enfermagem ao trabalho de parto e parto deve preservar a autonomia da mulher, sua cultura e crenças, de modo a valorizá-la no processo de parturição e em todos os momentos que envolvem a gestação de um novo ser, objetivando a humanização deste cuidado.

O modelo teórico-conceitual desenvolvido por Madeleine Leininger é denominado *sunrise* ou sol nascente (Figura 1), e é utilizado para auxiliar os enfermeiros a definirem os principais conceitos e inter-relações da Teoria. O modelo sol nascente possibilita descobrir o cuidado a partir da visão de mundo dos indivíduos, estrutura social, ambiente no qual estão inseridos, entre outros (LEININGER, 1985).

O modelo permite ao enfermeiro o planejamento de suas ações e intervenções com base na cultura, o que viabilizará um suporte importante para melhorar a vida da população, de modo coerente ao contexto ambiental de cada indivíduo (LEININGER, 2006).

Os níveis I, II e III do modelo proposto por Leininger possibilitam conhecer a estrutura cultural, social e visão de mundo, significados e expressões relativas ao cuidado e saúde, além de permitirem a identificação e caracterização dos valores, crenças, comportamentos populares, dos profissionais e da enfermagem (DIAZ; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

O IV e último nível do modelo não será utilizado, por se tratar das decisões e ações de enfermagem, sendo elas preservação e manutenção; acomodação e negociação; repadronização e reestruturação cultural de cuidados, de modo condizente com a cultura de cada indivíduo (DIAZ; ARAÚJO; BARROSO, 2001).

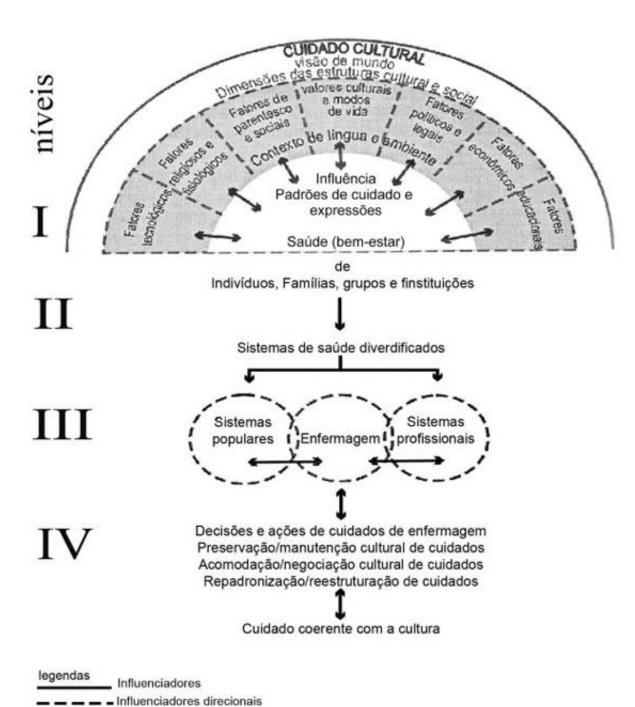


Figura 1 – Modelo *sunrise* ou sol nascente Fonte: LEOPARDI, 2006, p.277.

# 5 Metodologia

# 5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, que busca responder um dos objetivos da pesquisa intitulada "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção"<sup>1</sup>.

Conforme Minayo (2013, p.57), uma pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, percepções, crenças e das opiniões, produzidas por meio das interpretações que os seres humanos fazem acerca de como vivem, sentem e pensam.

A abordagem qualitativa permite questionamentos privados, obedecendo a um grau de veracidade que não se pode traduzir em números, e os dados são obtidos de maneira direta, sem a finalidade de quantificar eventos ou situações, de forma que se excluem métodos estatísticos para sua interpretação futura, e permitem desvelar processos sociais pouco conhecidos, além de proporcionar a criação de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2013).

Um estudo exploratório tem por finalidade proporcionar maior experiência sobre determinado problema, com o objetivo de torná-lo mais claro ou para a construção de hipóteses (GIL, 2010).

Sobre pesquisas descritivas, Gil (2010) afirma que este tipo de abordagem tem como foco descrever características de um determinado grupo, bem como expor fatos, opiniões, atitudes e crenças de uma população.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Pesquisa coordenada pela Dra. Marilu Correa Soares, docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Estudo de abordagem quantiqualitativa que objetiva conhecer a contribuição dos grupos de gestantes e puérperas na atenção humanizada ao trabalho de parto, parto, puerpério e nascimento, desenvolvido nos serviços de saúde da cidade de Pelotas/RS que realizam atividades com grupos de gestantes e puérperas.

O caráter qualitativo, exploratório e descritivo do presente estudo se justifica na medida em que se buscou conhecer a contribuição dos grupos de gestantes para vivência do trabalho de parto e parto pelas mulheres, por meio de suas percepções, crenças, valores e relações interpessoais com o meio em que se inserem, no momento em que experienciaram o processo de parturição.

#### 5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Município de Pelotas/RS, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sanga Funda e no grupo do Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), além de encontros previamente agendados no domicílio de puérperas, durante o segundo semestre de 2014.

O grupo da UBS Sanga Funda acontecia a cada 30 dias, nas primeiras segundas-feiras de cada mês, ministrado por acadêmicas de Enfermagem da UFPel, inseridas no Projeto de Extensão intitulado "Prevenção e promoção da saúde em grupo de gestantes e puérperas", participando dos encontros todas as gestantes que realizavam o pré-natal na Unidade.

O grupo do Hospital-Escola acontecia semanalmente, na terça-feira, ministrado por um médico obstetra, uma pediatra, psicólogos e técnicos de enfermagem, ora com palestras realizadas por um profissional, ora por outro. Participaram dos encontros gestantes que faziam o acompanhamento pré-natal no ambulatório do Hospital, não sendo sua participação no grupo obrigatória.

# 5.3 Participantes do estudo

As participantes deste estudo foram quatro puérperas que frequentavam o grupo de gestantes da UBS Sanga Funda ou do Hospital-Escola da UFPel, e que atenderam os critérios de seleção da pesquisa.

A escolha por estas participantes esteve atrelada a terem experienciado o processo de parturição após participação em algum grupo de gestantes. Pois acredita-se que, a partir da vivência destas mulheres, seria possível obter reflexões acerca do aporte que os grupos de gestantes poderiam dar às mulheres no momento do trabalho de parto e parto, sob uma perspectiva cultural.

## 5.4 Critérios de inclusão

- Estar vivenciando o período puerperal até no máximo 30 dias;
- Ter 18 anos de idade ou mais;
- Ter participado de no mínimo dois encontros do grupo de gestantes da UBS Sanga Funda ou do Hospital-Escola da UFPel;
- Permitir o uso de gravador durante a entrevista;
- Permitir a publicação e divulgação dos resultados do estudo em periódicos e eventos científicos.

### 5.5 Critérios de exclusão

- Patologias materna e/ou neonatal, óbito fetal;
- Incapacidades cognitivas, psiquiátricas ou emocionais;
- Residir fora do perímetro urbano de Pelotas/RS.

# 5.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012<sup>2</sup> do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), sobre Pesquisa com Seres Humanos, e no Código de Ética dos profissionais de enfermagem, embasado na Resolução COFEN 311/2007 (COFEN, 2007), Capítulo III<sup>3</sup> – do ensino, da pesquisa, e da produção científica, artigos 89, 90 e 91, referentes às responsabilidades e deveres, e os artigos 94, 96 e 98, referentes às proibições.

Para realização deste estudo, primeiramente, foi solicitada a autorização da coordenadora da pesquisa "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção", para investigação de um dos objetivos desta pesquisa (Anexo A).

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Resolução nº 466/2012. A Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

A Carta de Anuência da Secretaria da Saúde para realização da pesquisa "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção" foi obtida junto à Prefeitura Municipal de Pelotas/RS (Anexo B).

Já a Carta de Anuência do Hospital-Escola da UFPel para realização da pesquisa "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção" encontra-se no Anexo C.

Posteriormente, o projeto desta pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil, para apreciação e parecer de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O projeto foi aprovado pelo Parecer nº 694.129 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 32363914.3.0000.5316 (Anexo D).

O anonimato das participantes do estudo foi mantido, por meio da sua identificação por nomes fictícios de livre escolha das mulheres, seguidos de suas idades. Ex.: Joana, 27.

Em relação aos riscos para as participantes, o estudo não previa riscos de ordem física, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Poderia acarretar algum desconforto emocional durante a realização das entrevistas, e, para amenizar ou suprimir este risco, as questões foram respondidas ou não, de acordo com o consentimento voluntário da entrevistada.

Os benefícios da participação na pesquisa foram o acesso à informação e o compartilhamento de ideias, vivências e dúvidas sobre trabalho de parto, parto e nascimento do filho.

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o qual foi elaborado em duas vias, uma sendo assinada pelo pesquisador, e a outra, pela participante do estudo, uma via do TCLE ficando com a pesquisadora e outra, com a participante.

Os dados obtidos neste estudo serão armazenados por cinco anos, em cópia impressa e digital, na sala do Núcleo de Pesquisas da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sob a guarda da orientadora da dissertação, e após este período os dados impressos serão incinerados e os digitais, deletados.

## 5.7 Procedimentos para a coleta de dados

Após o parecer favorável do CEP, primeiramente, seria realizada, na UBS e no hospital, uma busca manual nos prontuários das mulheres que participavam do grupo de gestantes com data provável de parto nos meses de julho e agosto.

No entanto, as instituições não possuíam nenhum registro ou documento formal com informações sobre a participação das mulheres nos grupos de gestantes.

Desse modo, na UBS Sanga Funda, realizou-se contato com a Enfermeira indagando a respeito das possíveis participantes do estudo. Ela forneceu o contato de uma mulher que já não estava mais participando do grupo, mas que se adequava aos critérios de inclusão. Foi feito contato com esta mulher explicando os objetivos, justificativa, benefícios e riscos do estudo, além dos critérios de inclusão no mesmo, e, após seu parto, foi agendada visita domiciliar para realização da entrevista.

Posteriormente foram feitas duas visitas ao grupo de gestantes da UBS, já que os encontros ocorriam a cada 30 dias, com uma média de oito a dez participantes em cada encontro.

Nessas visitas foram explicados os objetivos, justificativa, benefícios e riscos do estudo, além dos critérios de inclusão no mesmo.

Assim, uma gestante que participava do grupo se adequou aos critérios de inclusão da pesquisa; diante da posse de seu número de telefone e endereço, bem como da data provável de seu parto, começou-se a entrar em contato com a mesma para saber o momento em que havia dado à luz para a realização da entrevista.

Já, no Hospital-Escola, para localização de participantes para o estudo, primeiramente foi feito contato com a Assistente Social responsável pela organização do grupo de gestantes, a qual sugeriu que se participasse do grupo, que ocorria semanalmente, e a média de participação era de 10 a 15 gestantes em cada encontro.

A participação no grupo ocorreu nos meses de julho e agosto de 2014, e durante os encontros eram explicados os objetivos, justificativa, benefícios e riscos do estudo, além dos critérios de inclusão no mesmo, e duas gestantes aceitaram participar.

Diante da aceitação em participar da pesquisa, começou a ser feito o contato perto das datas prováveis de parto, para o agendamento de visita domiciliar para a

realização da entrevista após o parto de cada mulher, sendo cada entrevista com uma média de duração de 20 a 45 minutos.

O número de gestantes que se adequavam aos critérios de inclusão do estudo foi reduzido, principalmente no que diz respeito à data provável de parto das mulheres, sendo assim, o número de participantes chegou a quatro.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) individuais, gravadas por meio eletrônico e realizadas no domicílio das puérperas, durante o período de julho a setembro de 2014. Para Minayo (2013) a entrevista semiestruturada caracteriza-se como aquela que obedece a um roteiro apropriado fisicamente pelo pesquisador, facilitando a abordagem e assegurando aos investigadores que suas hipóteses e pressupostos serão contemplados na conversa com o participante do estudo.

## 5.8 Análise dos dados

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, com os dados agrupados por temas e subtemas, de acordo com a questão norteadora da pesquisa, fundamentados a partir de alguns conceitos do referencial teórico de Madeleine Leininger, da revisão de literatura consultada e percepções da autora.

Para a análise dos dados utilizou-se a proposta operativa de Minayo (2013):

- 1) **Ordenação dos dados:** Nesta etapa, foram realizadas a transcrição das entrevistas; releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem. Efetivou-se uma leitura com vistas a identificar homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes, proporcionando ao pesquisador um mapa horizontal de suas descobertas em campo.
- 2) Classificação dos dados: Nesta etapa, foi feita uma leitura horizontal e exaustiva dos textos de maneira interrogativa, que permitiu a construção de categorias empíricas, que posteriormente foram confrontadas com as categorias analíticas, estabelecidas teoricamente como marcos de investigação. Ainda nesta etapa, foi realizada a leitura transversal do material, de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Realizou-se o recorte de cada entrevista por temas, buscando as conexões entre cada tema, e, após um refinamento classificatório, os temas foram reagrupados em uma lógica unificadora.

3) **Análise final:** Nesta etapa, os dados foram interpretados, gerando a apresentação dos resultados da investigação e o relatório da pesquisa, que nada mais é do que a comunicação dos resultados obtidos neste estudo.

# 5.9 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados por meio da dissertação de mestrado, artigos científicos e eventos na área. Será dado o retorno do estudo para os serviços de saúde.

# 6 Apresentação e discussão dos resultados

O presente estudo teve por objetivo conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres como estratégia na atenção ao trabalho de parto e parto, embasado em uma abordagem cultural.

A apresentação dos resultados foi organizada em dois tópicos: caracterização das participantes e apresentação das unidades temáticas.

## 6.1 Caracterização das participantes

Participaram deste estudo quatro puérperas, que foram identificadas por nomes fictícios de escolha própria, seguidos de suas respectivas idades.

- Vick, 31 casada, do lar, evangélica, ensino fundamental incompleto, residia com seu marido e três filhos.
- Vanessa, 22 serviços gerais, sem religião referida, morava com o companheiro e sua filha, ensino médio completo.
- Ana, 34 gerente, católica, morava com companheiro e seus dois filhos, ensino médio completo.
- Priscila, 29 do lar, viúva, evangélica, morava com companheiro e seus dois filhos, ensino fundamental.

Com relação à renda familiar mensal, Vick e Priscila relataram uma renda de aproximadamente 1.800 reais, já Vanessa e Ana referiram 2.500 reais.

Vick e Priscila participavam do grupo de gestantes da UBS Sanga Funda, já Vanessa e Ana, do grupo do Hospital-Escola.

Informações a respeito do número de filhos vivos, menarca, sexarca e história do parto, estão descritas na figura 2.

Identificação	Menarca	Sexarca	Data do	Local do	Tipo de
			parto	parto	parto
Vick, 31	13 anos	13 anos	20/07/2014	Hospital	Natural
Vanessa, 22	11 anos	15 anos	31/07/2014	Hospital	Cesárea
Ana, 34	13 anos	16 anos	06/08/2014	Hospital	Natural
Priscila, 29	14 anos	15 anos	07/09/2014	Hospital	Natural

Quadro 2 – Identificação das participantes do estudo segundo menarca, sexarca, data, local e tipo de parto. Pelotas/RS. 2014

## 6.2 Apresentação das unidades temáticas

Os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas foram analisados de acordo com a Proposta Operativa de Minayo (2013), analisados e agrupados em forma de temas, tendo como parâmetros os objetivos do estudo, a revisão de literatura e reflexões da autora, e tendo como referencial teórico alguns conceitos da Teoria de Madeleine Leininger.

A seguir são apresentadas as três unidades temáticas assim identificadas: 1) Grupo de gestantes: a realidade de um cenário de vivências compartilhadas; 2) A construção e a vivência do processo de parturição; e 3) Os reflexos da experienciação do grupo de gestantes no trabalho de parto e parto.

# 6.2.1 Grupo de gestantes: a realidade de um cenário de vivências compartilhadas

Nesta unidade temática abordam-se os assuntos relativos aos grupos de gestantes, o interesse em participar dos grupos, motivação, assim como os pontos positivos da participação nos mesmos, atividades e assuntos debatidos durante os encontros e os sentimentos de cada entrevistada em relação à sua participação nos grupos.

As transformações fisiológicas de uma gravidez, sejam sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer. Geram medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade na gestante e interferem no seu mundo intrapsíquico e nas suas relações interpessoais (PICCININI et al. 2008; COSTA et al., 2010).

Nesse pensar, Klein e Guedes (2008) apontam como relevante um acompanhamento psicológico da gestante com o intuito de permitir uma vivência

mais equilibrada de todas as emoções e manifestações que ocorrem durante o ciclo gravídico puerperal.

As participantes Vicki e Priscila referiram que, como já tinham outros filhos, no primeiro momento não gostaram da ideia de frequentar o grupo de gestantes, porém, ao longo dos encontros o interesse e motivação foram crescendo, principalmente, por pensarem nas gestantes que estavam vivenciando o momento da gestação pela primeira vez.

Acredita-se que o grupo de gestantes surge com a perspectiva de permitir que a mulher compartilhe seus medos, anseios, dúvidas, experiências anteriores, respaldada em sua cultura, crenças e valores. Além desses aspectos, no grupo a gestante é orientada e recebe informações para que possa atuar de forma ativa durante o trabalho de parto e parto, entendendo e reivindicando seus direitos, buscando uma atenção que valorize sua visão de mundo e saberes.

Para Zampieri et al. (2010), o grupo é um processo educativo com gestantes desenvolvido no âmbito grupal, é um instrumento que beneficia a autonomia e o protagonismo das gestantes, companheiro e familiares no processo de nascimento, pois capacita mulheres e homens para fazerem escolhas na gravidez, no parto, no nascimento e no pós-parto e atuarem como protagonistas destes processos.

Os grupos contavam com a presença de diversos profissionais da área da saúde, no Hospital-Escola participava um médico obstetra, uma médica pediatra, uma técnica de enfermagem, odontólogos, educador físico e psicólogas da instituição. Na UBS Sanga Funda, o grupo era ministrado por acadêmicas de enfermagem, e nos dois locais os assuntos abordados eram propostos pelas gestantes.

No que tange ao interesse e motivação das participantes deste estudo, estes ocorreram após a primeira consulta de pré-natal, momento em que foram informadas da existência de grupos de gestantes nas instituições em que realizavam o acompanhamento pré-natal e da importância de participarem dos grupos com intuito de se empoderarem para a vivência da gestação, do trabalho de parto, do parto e do nascimento dos seus filhos.

O primeiro foi muito interessante, por causa do primeiro filho. Eu queria saber dar banho, dar de mamar, aquela coisa toda. [...] Então, o que me motivou foram essas coisas, para eu saber mais. Agora, por último eu não tinha vontade de ir, sabe? Quando eu cheguei no "postinho" a mulher disse:

"Ah, tem que participar do grupo.". Me deu um desânimo... Porque eu já tenho dois filhos. [...] Mas, depois que eu participei a primeira vez, participei a segunda, aí eu já não quis mais parar de participar, porque a gente foi se reencontrando, do tempo do colégio, já foram surgindo outros assuntos, tinham mães de primeira viagem. Então, começou a me motivar, foi isso, por causa das mães de primeira viagem. Porque, na verdade, quando tu és mãe de primeira viagem, tu tem as perguntas, mas tu tem receio de fazer. Então, tu sempre espera outra pessoa fazer, pra ti pegar a resposta. Vick, 31

[...] chegando lá (UBS), a enfermeira me explicou que eu tinha que participar dos cursos (grupo de gestantes). Até eu chegava sempre atrasada, aí ela sempre: "Ah, tu tens que chegar no horário.". Mas muita coisa que eles falavam ali eu já sabia, mas claro que eu tinha que ouvir, porque quantas eram novas ali, que era o primeiro filho, que não sabiam. E tinha que participar. Era cansativo, porque às vezes eu tinha um monte de coisas para fazer e tinha que ir lá. Mas fazer o que? Faz parte. Tranquilo. Priscila. 29

Por mais que a ideia de participar de um grupo de gestantes pudesse ser exaustiva para Vick e Priscila, que já haviam vivenciado o ciclo gravídico-puerperal, a participação no grupo acabou por se tornar interessante ao longo dos encontros, visto que, mesmo já tendo algum conhecimento prévio sobre os assuntos abordados no grupo, elas entendiam que o compartilhamento de suas vivências poderiam contribuir com as futuras mães que estavam experienciando pela primeira vez a gestação.

Eu comecei com dois meses lá na consulta. Eles me indicaram, aí eu fui pra ver, acabei gostando e continuei indo. Porque, também, eu era marinheira de primeira viagem, e só tinha eu e meu marido, para ele me instruir. Então, homens nunca sabem quase nada, aí resolvi ir lá pra ver. Gostei do grupo, e incentivei a minha irmã também a ir. Vanessa, 22

Para a participante Vanessa, a maior motivação em frequentar o grupo relacionava-se ao fato de ser mãe pela primeira vez e não ter experiência ou conhecimento para vivenciar esta nova condição de vida.

Já Ana fazia acompanhamento pré-natal em uma instituição de saúde que não oferecia o grupo de gestantes, quando passou por uma situação de risco durante a gestação e foi encaminhada para outro serviço, no qual o grupo era uma realidade.

Eu estava me tratando, como deu esse problema de diabetes, ela (médica) pediu que eu procurasse o Hospital-Escola, que tinha mais recurso. Quando eu procurei o ambulatório do Hospital-Escola, eles me informaram que, para

continuar sendo atendida pelo ambulatório, eles precisariam que eu frequentasse o grupo de gestantes. Mas que era espontâneo, que não era assim obrigada a frequentar, mas que era bom eu frequentar o grupo de gestantes. Foi quando eu fui. Ana, 34

A respeito da participação nos grupos, os relatos de Vanessa, Ana e Priscila foram positivos. Foi possível o crescimento e esclarecimento das mulheres, mesmo daquelas que já não estavam na primeira gestação.

Aprendi bastante coisa lá, foi muito bom para mim. E, se não fosse lá, eu não saberia de nada. A parte do banho mesmo, a parte do umbigo. Eu não sabia nada, eu aprendi lá. Vanessa, 22

Eu acho que tirou algumas dúvidas que eu tinha com relação ao parto. [...] eu tinha muita dúvida em relação ao cordão enrolado no pescoço. Eu não sabia que, sendo parto normal, que o cordão vinha enrolado no pescoço, que era normal, então, me esclareceu essas dúvidas que eu tinha. Ana, 34

Sempre tem uma dúvida que eles tiram. Tu sempre vai ter uma dúvida. Que daí eu não sabia que a gente sangra por um tempo depois que tu ganha, porque o teu útero vira uma ferida que tem que cicatrizar. [...] do meu guri eu não participava, não existia isso aí, só existia tu ir na consulta, pesava, media a barriga e deu. E agora não, agora eu tive a experiência de poder participar ali, de ver de tudo que elas te explicam, do início ao fim, sabe? Tiram dúvidas. Uma pergunta uma coisa, outro pergunta outra. Que até mesmo a gente às vezes tem vergonha de perguntar, e que a outra pergunta e tira a tua dúvida. Priscila, 29

No decorrer dos encontros dos grupos, as puérperas puderam desmistificar mitos, instruírem-se e aprimorar seu conhecimento. Até para aquelas mulheres que estavam passando pela segunda ou terceira vez pela gestação o grupo pode contribuir, uma vez que surgem coisas novas relacionadas à gestação, ao parto, ao nascimento e aos cuidados com o recém-nascido, e algo novo pode-se aprender.

Outro ponto importante é que o grupo se caracteriza como uma extensão do pré-natal, pois se constitui em um cenário em que as mulheres podem explanar suas dúvidas e dividir suas angústias, trocar ideias e aprender umas com as outras, bem como com os profissionais que coordenam cada encontro.

Em consonância, Zampieri et al. (2010) afirmam que o grupo de gestantes se torna um fórum para reflexão, para o diálogo, para a construção e socialização de saberes, propiciando ao casal repensar seus papéis e o valor de eles próprios conduzirem e participarem ativamente do processo do nascimento de seu filho.

Os grupos não eram meramente de diálogo e escuta, existia um dinamismo em cada encontro, algumas vezes ocorria uma roda de conversa, sobre algum tema que havia sido proposto anteriormente pelas mulheres participantes dos grupos.

Sempre no dia da consulta do pré-natal. Acho que uma meia hora antes, não dava uma hora, a gente passava para as gurias (coordenadoras do grupo de gestantes), e depois passava para enfermagem. Tinha as perguntas ali e elas davam as respostas, usavam o notebook, com umas fotos sobre o assunto. Era uma troca de ideia, uma troca de opinião. Vick, 31

No caso, a gente começava um assunto, um tema, e levava para casa e pensava. Se tivesse alguma dúvida, a gente levava na outra semana para discutir. Assim, sempre tirava as dúvidas, nunca ficava com dúvida nenhuma. Às vezes a gente só conversava e às vezes era prática, eles ensinavam a gente, mostravam as coisas pra gente. Como tinha que fazer. Mas era bem produtivo discutir. Na verdade, foi uma troca de experiência. Um pouco eu aprendi com as outras mães também. Como é ser mãe. E foi muito bom o grupo. Vanessa, 22

Eles tiravam a dúvida de cada um. Explicavam sobre o vídeo. Cada vídeo que elas traziam elas explicavam. [...] Depois elas faziam perguntas, se alguém tinha alguma pergunta a fazer, alguma dúvida. Cada um esclarecia as dúvidas, e depois para o próximo grupo eles perguntavam: "O que vocês querem assistir?". No final, eu me lembro que a gente já não lembrava mais o que que gostaria de ver, daí elas traziam espontâneo assim, elas escolhiam e traziam. Priscila, 29

A partir desses depoimentos é possível perceber que o esclarecimento de dúvidas se sobressai durante a realização dos grupos. Desse modo, o espaço do grupo é propício para discussões de inúmeros assuntos acerca da gestação e do processo de parturição, e permite que as mulheres se coloquem de forma a elucidar os seus anseios.

Para Klein e Guedes (2008), por meio da participação no grupo, as gestantes podem vivenciar momentos de discussões que envolvem vários componentes afetivos, criando um ambiente de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico puerperal e à subjetivação das informações, além do estímulo a uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade.

No entanto, algumas gestantes preferiam se manter na condição de ouvintes, manifestando-se esporadicamente.

Me coloquei uma vez só, porque eu estranhei quando ela (coordenadora do grupo de gestantes) me disse assim: "Aqui não pode assistir o parto.". Eu perguntei: Ah, não pode assistir o parto? E aí a moça disse pra mim: "Olha, se tu entrar no Google e entrar num site do fórum e baixar um termo, tu

consegue fazer com que assistam teu parto, caso contrário, só de boca, os hospitais aqui não deixam.". Vick, 31

Eu ouvia mais do que falava, vou te falar bem a verdade. Eu não falava muito, mas depois que a gente saía dali (grupo de gestantes), até a hora da consulta, tinham umas (gestantes) que eu conversava. É que eu não sou muito assim, sabe? Então, aquelas que me puxavam assunto, a gente debatia. Priscila, 29

Todavia, Vick e Priscila referiram não exporem-se muito durante os encontros do grupo, elas apreciavam mais ouvir e serem pontuais quando surgiam alguns equívocos, de acordo com as suas percepções. Os assuntos abordados no âmbito grupal eram levados para fora e as discussões relacionadas às temáticas se estendiam ao longo da espera pela consulta de pré-natal.

Quando as participantes foram questionadas sobre o trabalho de parto e parto, os relatos demonstram que as conversas sobre o assunto variavam, mas era unânime a opinião dos profissionais sobre o parto natural, sendo este a melhor opção para as mulheres sem contraindicação para realização do mesmo, bem como das participantes do estudo.

Sempre falavam que melhor parto era o parto natural, porque era mais rápida a recuperação. E o cesáreo não era apropriado porque a criança podia nascer com alguma "coisinha", alguma "doencinha". E no normal tu já saía dando leite, e lá no cesáreo já não, custava a vir. [...] Que o parto normal seria o mais indicado. Vanessa, 22

Ah, eu sei que elas (coordenadoras do grupo de gestantes) falavam várias etapas, desde o início do parto, o momento de ganhar, até o final. Desde o momento do bebê nascer, até como trocar, como botar para dormir depois que amamenta, o que que tens que fazer, como botar para deitar. Tudo isso elas explicam no grupo. Priscila, 29

Além dos profissionais se posicionarem acerca do parto natural e suas vantagens, Vick também se posicionou sobre o assunto, e para ela se tratava da melhor opção para o parto, o parto natural era a melhor escolha.

Tinham umas gurias que tinham medo, receio, e eu tentava passar coisas boas para elas. Não tem o porquê ter medo. Aquilo dali é só um momento e todo mundo tem que passar. Toda mulher tem que passar pelo aquilo dali. E que a melhor coisa que tinha era o parto normal. Tu sofre aquelas horinhas ali, mas em compensação depois tu já tem aquele rostinho te olhando, e aquela recuperação. Tu não precisa estar dependendo de ninguém, não corre risco de vida, nem tu, nem o bebê. A gente conversava muito sobre isso. Sobre os atendimentos dos hospitais. Que muita gente aqui reclama dos atendimentos daqui. Tem uns médicos que são uns cavalos, tem uns

enfermeiros que são uns cavalos. A gente conversava sobre isso. Que aquela dor ali não, os médicos não tem o que fazer, tu tem que passar aquela dor ali, eles não têm um remédio pra ti tirar aquela dor. Vick, 34

Culturalmente falando, o trecho da entrevista de Vick nos mostra sua crença no que diz respeito ao tipo de parto mais apropriado, e que, apesar da dor, a mulher está apta a passar por aquele momento de sofrimento, estando pronta para o acontecimento, embora seja um período doloroso o nascimento de uma criança.

Conforme Aguiar e D'oliveira (2011), o parto, diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, é um processo fisiológico que não necessita de hospitalização, contudo, demanda cuidado e acolhimento.

Já Pamplona, Costa e Carvalho (2010) acreditam que o parto natural, quando tudo está fluindo normalmente na gestação e durante o processo de parturição, é a melhor escolha para a mãe e o bebê, e o parto cirúrgico (cesariana) é um procedimento extenso e só deve ser feito quando for imprescindível para evitar danos à saúde da parturiente e da criança.

A literatura consultada ainda aponta que o parto cirúrgico pode salvar a vida de muitas mães e seus bebês. Contudo, quando realizado sem indicação adequada, contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, vai de encontro à integridade física da mulher e do recém-nascido, e, portanto, seu uso deverá ser restrito a critérios clínicos de gravidade (PRISZKULNIK; MAIA, 2009; MELCHIORI et al. 2009; MALHEIROS et al., 2012).

É importante salientar que, além das informações sobre a melhor opção de parto e discussões sobre a dor que resulta da vivência deste processo, informações a respeito do direito da mulher a ter um acompanhante durante o processo de parturição também foram pontuados por Priscila.

Elas (coordenadoras do grupo de gestantes) comentaram também que a gente tinha o direito de ter um acompanhante, que a gente podia exigir, que isso era lei agora. [...] O meu esteve comigo desde o momento que eu entrei. Ele presenciou o parto e saiu junto comigo da sala de parto. Eu saí caminhando e ele já saiu junto comigo. Então, ele fez parte de tudo. Foi tranquilo. Mas eu já sabia, eu fui orientada que eu tinha direito. É, foi o que as gurias (coordenadoras do grupo de gestantes) falaram. Priscila, 29

Este tipo de prática faz com que a mulher conheça seus direitos dentro da instituição hospitalar, tornando possível que ela se posicione durante o trabalho de

parto e parto, dando-lhe embasamento para que possa ser protagonista e faça valer seus direitos na vivência do processo de parturição.

Conforme Madeleine Leininger (1885), ações nesse sentido favorecem um cuidado culturalmente congruente. O valor cultural na fala de Priscila se dá na necessidade que ela teve de ter seu esposo durante a vivência do trabalho de parto e parto, sendo esta a forma que ela entendeu como efetiva para viver estes momentos de maneira plena.

Para Oliveira et al. (2011), as vivências de trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram alguém de sua escolha durante esses momentos são diferentes das que vivenciaram essas experiências sozinhas, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido um cuidado e conforto adequados.

No entanto, Teles et al. (2010) enfatizam a necessidade de dar aos acompanhantes condições para desempenhar um papel de apoio e participação ativa, por meio de técnicas educativas específicas para este público, com vistas a expandir sua capacidade de cuidado e prestação de apoio durante o trabalho de parto e parto.

A respeito dos sentimentos despertados com a participação nos grupos de gestantes, os depoimentos mostram que o grupo atua também como um cenário para o fortalecimento da mulher. A partir do compartilhamento de ideias, vivências, medos e informações, é possível que a gestante esteja segura e mais preparada para o processo do nascimento do seu filho.

Ah, me senti mais preparada para ter ela (bebê) também. Fiquei sem medo na hora, não tive medo nenhum de ganhar ela. Todo mundo perguntava: "Tu não tá com medo?" – Não, não estou com medo. Parece até que eu já tive outro filho. Porque eles (grupo de gestantes) me deixaram segura. Eles me mostraram que não é um bicho de sete cabeças. Vanessa, 22

Eu acho que iria ficar bem nervosa se eu não tivesse esclarecimento nenhum. Eu me sentia bem. Até, se fosse possível, eu teria ido no restante, mas como eu fui interrompida pelo parto, não continuei. Ana, 34

A oportunidade da participação nos grupos de gestantes se tornou algo importante na vida das puérperas, ter experienciado o grupo permitiu uma evolução como mulher.

Foi sim, foi uma grande porta que me abriram lá naquele grupo. Deu para aprender bastante coisa. [...] Eu sentia que o compromisso agora não era só comigo, entendeu? Que tinha uma "pessoinha" que dependia de mim, todo tempo. E a gente bota a cabeça no lugar agora, 22 anos. Eu era muito avoada. Vanessa, 22

Conforme Madeleine Leininger (2006), o processo saúde/doença sofre influência direta da cultura, considerando as crenças, valores e práticas culturais dos indivíduos, assim como sua própria percepção do mundo.

O espaço oportunizado pelos grupos de gestantes, em ambas as instituições, se configurou em um cenário de trocas, de compartilhamento, de discussão e debate sobre os assuntos que cercam o ciclo gravídico-puerperal, permitindo à mulher explanar seu contexto cultural e visão de mundo.

Por meio dos encontros, as mulheres obtiveram o esclarecimento de dúvidas, adquiram conhecimento, bem como puderam se sentir fortalecidas para o processo de parturição.

Ainda, a convivência grupal pode propiciar às grávidas, aos seus companheiros e seus familiares a construção do empoderamento para o exercício de sua autonomia na tomada de decisões relativas ao seu processo de trabalho de parto, parto e nascimento do bebê.

## 6.2.2 A construção e a vivência do processo de parturição

Esta unidade temática trata da escolha pelo tipo de parto de cada participante do estudo, assim como a influência de tais escolhas, abordando também a vivência do processo de parturição.

A incorporação do parto à prática médica trouxe à cena, antes protagonizada pela mulher e pelo seu filho, outros atores que tomaram para si o papel principal no ato de parir e nascer. O cenário do parto, que antes era o domiciliar, tornou-se o hospitalar, e o ato de parir, conduzido por médicos e enfermeiros. Introduz-se a instituição hospitalar como ambiente controlado e seguro e o profissional da saúde como o condutor do trabalho de parto e parto (GONÇALVES et al., 2011).

Ressalta-se que a atenção ao processo de parturição necessita ir ao encontro das crenças, valores, visão de mundo de cada parturiente, companheiro e familiares, preservando a autonomia dos mesmos durante o desenrolar do processo, possibilitando à mulher fazer suas escolhas, e ser protagonista do acontecimento, tendo sua cultura preservada.

Conforme Leininger (1985), existem distinções no cuidado humano que possuem características que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado cultural de enfermagem ajustado às crenças, valores e modos de vida de diferentes culturas, resultando em um cuidado benéfico e significante.

Dessa maneira, a escolha pelo tipo de parto de cada mulher constitui-se como uma das principais formas de tornar seu legado cultural ativo durante a vivência do processo de parturição.

Nos relatos das puérperas que participaram do presente estudo, a opção era pelo parto natural. Todas afirmaram que gostariam de ter seus partos naturais devido à recuperação que este proporciona, e também pelo medo da anestesia, necessária para o procedimento cirúrgico.

O patrimônio cultural de cada participante sobressaiu-se com relação ao parto normal, visto que, conforme a própria visão de mundo de cada uma e a cultura dos seus sistemas familiares, a opção que proporcionaria um estado de bem-estar para as participantes seria o parto natural.

Eu sempre dizia, mesmo antes de ter filho, mexia com meu pai: Eu vou ser a única filha tua que vai ter parto normal. [...] eu tenho muito medo da anestesia. Pela recuperação, e é outra emoção! Eu acredito que a criança na cesárea é tirada da mãe, entendesse? E o parto normal, não. Tu tens todo aquele preparo, todo aquele tempo com o bebê, trabalhando dentro de ti. Eu passei isso nas minhas três gestações. Vick, 31

Eu queria o normal mesmo, que era mais rápida a recuperação. Mas não deu. Não tinha como, eu acho. Ela estava de lado. Vanessa, 22

Por eu ter tido o primeiro parto normal, e eu passei muito bem, então, eu optei e tive normal. [...] A minha prima teve cesárea. Então, ela disse que passou muito mal na anestesia. Ela não estava totalmente em jejum, e aí fizeram a anestesia, e ela se sentiu mal, sentiu vontade de vomitar, pressão na cabeça, essas coisas assim. [...] Eu tinha muito medo daquela anestesia. Ana, 34

Eu sempre quis o parto normal, pela recuperação. Mas também eu pensava na cesariana, porque aí te levavam ali, faziam à cesárea e te mandavam pro quarto. Mas a minha irmã, que passou por duas cesarianas dizia: "Tu é louca querer cesariana, olha que eu já passei por cesárea, é horrível a recuperação! E que o parto normal, não passa por isso. Eu já saí da sala de parto, daqui a pouco estava com fome, já comi, já bebi, tudo normal.". Então, na verdade eu sempre quis o parto normal, pela recuperação. [...]. Mas aí tiveram pessoas, como eu te digo, a minha irmã, que me falaram que era loucura minha pensar em cesariana, que a recuperação é bem complicada. Priscila, 29

Velho et al. (2012) destacam os riscos da cirurgia, as dores no pós-parto, dificuldades com a recuperação e o retorno às atividades sexuais, como aspectos

negativos da cesárea, sendo estes de cunho físico. Como aspectos de cunho emocional e sociocultural, os autores apontam preocupações e experiências prévias com a anestesia e maiores níveis de medo e insatisfação, ao lembrar do nascimento de seus filhos.

A respeito da influência na escolha do tipo de parto, a recuperação após o parto natural foi a mais marcante nos relatos descritos acima, contudo, Priscila deixa claro que, além de ter pensado no fator recuperação, ela também foi influenciada pela opinião de sua irmã, bem como Ana, pela da tia.

De acordo com Leininger (1885), as opiniões, normas e modo de vida compartilhados por grupos particulares, e, neste caso, pela tia de Ana, guiam pensamentos, decisões e ações.

As práticas culturais das participantes da pesquisa, e dos membros da família, se mostraram como um fator determinante na escolha de parto, a crença de que a recuperação pós-parto cesáreo era mais complicada do que no parto natural se tornou decisiva na escolha pelo parto normal.

Nesse sentido, Pereira, Franco e Baldin (2011) pontuam o desconhecimento da mulher sobre a parturição, não somente com relação a questões técnicas, mas também de questões fisiológicas, importantes para sua autonomia na tomada de decisão.

Na prática das famílias das participantes do estudo, com relação ao parto de outros membros da família, as mulheres referiram histórias diversificadas. Vick contou sobre a vivência de parto das suas irmãs, e Ana relatou a experiência de tias, com o parto cesáreo.

As minhas irmãs não tiveram dor de parto, elas nem sabem o que é isso. Foram direto para a cesárea. Uma na verdade foi marcada, porque ela trabalhava com a doutora, a mais velha, aí chegou no dia e tiraram o bebê. A mais nova, ela teve só os primeiros sintomas e já foi direto para a cesárea, porque a "bebezinho" sentou. Só a recuperação delas que foi muito difícil [...] Vick, 31

Teve duas tias que foram cesáreas. Uma tia comenta que hoje em dia a cesárea é um corte bem pequeno [...]. Na época dela era um corte bem profundo. Ana, 34

Nos partos cirúrgicos, Amorin, Souza e Porto (2010) apontam que, particularmente no Brasil, e nos países em desenvolvimento, a alta incidência de

cesarianas é cada vez mais preocupante, vindo a se caracterizar como um grave problema de saúde pública.

Conforme estudo realizado por Bonfante et al. (2009), a chance para parto cesáreo é mais elevada para as mulheres que utilizam o serviço de saúde particular, com companheiro, idade acima de 30 anos, com nível educacional melhor e para aquelas com maior renda familiar.

Os autores ainda relacionam fatores como a presença de patologias associadas, de cesárea prévia, dilatação cervical menor que três centímetros na admissão e realização diurna do parto, com um grande risco para a cesariana (BONFANTE et al., 2009).

Sobre a vivência do processo de parturição, este não foi um processo fácil para as puérperas, visto que elas foram negligenciadas pela equipe de saúde em algum momento do trabalho de parto e parto, o que tornou a experiência diferente do que elas imaginavam.

Foi totalmente diferente do que eu imaginava, sei lá. Foi tão estranho... Mas eu não sabia que cesárea era assim, tão rápido, sem ninguém falar nada para gente. Eu fiquei mais apavorada também quando ela nasceu e ninguém me dava notícia dela. Eu fiquei apavorada, não tinha como me mexer, estava cheia de anestesia. E quem está com a minha filha lá? E elas falavam: "Não sei, não sei.". E aí, como é que a pessoa vai ficar lá deitada, numa tranquilidade, e a criança sozinha lá? Vanessa, 22

Uma coisa que eu achei muito errada, eles (equipe médica) estavam me dando remédio para passar a dor, que ele (médico) disse que aquelas dores que eu estava não era de parto, o médico disse. Só que assim, eu estava me sentindo mal. Eu precisava que eles me fizessem alguma coisa, só que eles (equipe médica) me prenderam numa mesa, não deixavam levantar, começaram a monitorar o "coraçãozinho" dela (bebê) pra ver se estava tudo bem com ela. E aí aquilo me deu um estado de nervo, sabe? Porque eu queria sair dali e não podia. E as mulheres entravam pra fazer exame na sala de avaliação e eu junto, presa em uma mesa. E aí eles dizendo que não era contração, que a "maquininha" deles ali não acusava contração. Priscila. 29

O afastamento do bebê após o seu nascimento, para Vanessa foi uma prática que dificultou o parto cesáreo, não saber como sua filha estava e não ter notícias dela pela equipe de saúde foi um ponto marcante na vivência do parto cirúrgico.

As rotinas e normas impostas pelas instituições hospitalares ficaram acima dos desejos e crenças das mulheres, o cuidado não foi focado na mulher e no bebê, a valorização dos sentimentos e anseios da participante foi deixado para segundo plano.

Para Priscila, ficar contida na cama durante seu trabalho de parto, enquanto outras mulheres passavam por avaliação médica, acabou por tornar o processo tenso, assim como passar por momentos de dor, sem o cuidado apropriado, sem ser ouvida pela equipe médica.

No trecho da entrevista de Priscila evidenciou-se também que, além de ser contida durante seu trabalho de parto, prevaleceu a tecnologia em detrimento a cultura da participante, não tendo seu cuidado baseado nos seus valores e visão de mundo.

De acordo com Rodrigues e Siqueira (2008), é importante analisar as interações de aspectos individuais e socioculturais nos modos de enfrentamento e no processo de ressignificação da experiência da dor. O reconhecimento da lógica sistêmica desses processos ocasiona um melhor dimensionamento das sensações e sentimentos dos quais falam as mulheres durante o trabalho de parto e parto.

O protagonismo da parturiente no decorrer do processo de parturição, seja ele no parto cirúrgico ou natural, precisa ser respeitado pela equipe de saúde das instituições hospitalares. No presente estudo, as participantes apontaram que o parto, que deveria ser um momento único e especial, acabou por tornar-se um momento de temor e anseio, pois as concepções, crenças e valores das mulheres foram deixadas de lado, suas queixas e vontades foram banalizadas pelos profissionais.

Se eles (equipe médica) tivessem me largado à vontade, para caminhar, eu teria ganhado ela bem mais rápido. Porque no momento que eu estava me sentindo mal, que eu quis ir no banheiro, que eles deixaram eu fazer xixi, [...] eu caminhei um "pouquinho", de três dedos, pulou pra sete dedos de dilatação. [...] Tem horas que não parece que estão tratando com seres humanos, sabe? Porque eu acho que eles (equipe médica) deixam um pouco aquele lado de ser humano para serem somente profissional, sabe? E eu acho que em nenhum instante tu deve esquecer que tu é um ser humano. Priscila, 29

No trecho da entrevista de Priscila, é evidente o não comprometimento da equipe de saúde com as crenças, valores e experiências da mulher, seus desejos e seus saberes são ignorados, sendo o médico ou equipe médica detentora do saber e condutora do processo de parturição.

O relato de Priscila fala sobre seu sentimento de dor durante o trabalho de parto, também é possível evidenciar que ocorreu negligência por parte da equipe de profissionais, e ela continuou como mera coadjuvante do nascimento de sua filha.

O cuidado transcultural proposto por Madeleine Leininger tem como princípio, para o desenvolvimento de um cuidado efetivo, considerar a visão de mundo de cada indivíduo, objetivando atingir resultados benéficos para o ser humano (LEININGER, 1985).

Neste caso, na crença de Priscila e na sua visão de mundo, caminhando ela teria mais facilidade na vivência do processo de parturição, e desse modo poderia ter passado pelo momento de forma agradável, com a dor e o sofrimento impostos pelo processo diminuídos.

Leininger ainda traz o cuidado cultural como aquele em que há a humanização, por meio da escuta ativa, da valorização das crenças, valores e visão do mundo (LEININGER, 1985).

Eu acho que eles foram muito imprudentes comigo, sabe? Em relação à dor, porque tu dizer que tu está sentindo é uma coisa, e tu sentir é outra, ou tu imaginar o que a pessoa está sentindo. Mas eu sei o que eu estava sentindo, tu entendeu? Aí, depois que eu fui para o pré-parto, elas me botaram o soro, acho que foi o soro pra apertar as dores, ali foi horrível! Priscila, 29

"E para acelerar isso aí vamos botar um remédio na veia dela." (frase da médica). Me botaram, acho que era umas quinze para uma, vinte para as duas ela nasceu. Eu não fui nem pra sala de parto, ela nasceu ali na sala de pré-parto. Vick, 31

A utilização da ocitocina para o processo de aceleração do trabalho de parto também acentua o desrespeito para com Priscila e Vick, visto que em nenhum momento foram questionadas a respeito da administração da medicação, tampouco foram indagadas sobre a vontade de utilizar ou não a droga. Priscila nem mesmo sabia da utilização daquele soro, só deduziu, pois a partir do início da medicação passou por momentos mais intensos de dor.

Em contrapartida, Ana relatou que seu trabalho de parto foi tranquilo, e que não houve necessidade de colocar a medicação para induzir seu parto.

Apesar de dores bem fortes, eu estava tranquila. Não precisou botar soro para induzir, não precisou nada, foi tudo natural mesmo. Ana, 34

Contudo, apesar dos percalços vivenciados pelas participantes durante o processo de nascimento de seus filhos, elas também demonstraram sentimentos de satisfação relacionados a esta experiência, especialmente pelo parto natural.

A pessoa que tem condições de ter parto normal tem que ter parto normal, porque tu sofre aquele momento, que é uma coisa passageira, que toda mulher tem que passar, quem quer ter filho. Mas depois vem a recompensa, olha a carinha, já esqueceu, e depois a recuperação é outra. Eu saí caminhando, eu não fui nem para a sala de parto. Vick, 31

É um momento único, e que depois que tu vê uma vida que saiu de dentro de ti, vale a pena. Tu pensa assim: Ah, eu sofri e tudo, mas está aqui, é perfeita, é saudável, saiu de dentro de mim. [...] Depois ela estava ali em cima de mim e tudo passou, sabe? Está ali, tu realizou o teu sonho, que era ter outro, teu filho, teu primeiro filho, ou quantos filhos for. É o teu momento ali e deu. Aquilo tudo passa, tu entendeu? Mas só que naquele momento (trabalho de parto e parto) não tem conversa, é uma coisa horrível, ah! Como é que pode ser tão doloroso! Priscila, 29

Não obstante a dor gerada pelo processo de parturição, as mulheres salientaram que esta torna-se passageira diante da perspectiva do nascimento do bebê. A criança faz com que os momentos dolorosos valham a pena, e dá empoderamento para que a puérpera supere os momentos de aflição e sofrimento pelos quais passou durante o trabalho de parto e parto.

A literatura consultada revela o protagonismo desempenhado pela mulher durante o parto natural, como um dos aspectos positivos acerca do mesmo. Protagonismo este associado a fatores emocionais e socioculturais, que descrevem a experiência como única e relevante, para além da experiência física, que leva ao crescimento pessoal, construção de uma nova identidade, o ser mãe (VELHO et al., 2012).

Ainda, a literatura pesquisada aponta que fatores associados à emoção do primeiro encontro com o filho refletem na maior satisfação com o cenário do parto natural. Dentre os aspectos físicos positivos destacados no parto normal, encontramos menores níveis de dor no pós-parto, recuperação mais rápida e o retorno breve de suas atividades diárias normais (VELHO et al., 2012).

Para Pereira, Franco e Baldin (2011), a dor, durante ou após o parto, pode ser vista como um dos principais motivos que levam as mulheres a preferir o parto normal ou a cesárea.

Contudo, o parto natural também pode apresentar seus pontos negativos, conforme Velho et al. (2012), sendo os físicos: complicações com o bebê, por se tratar de um processo doloroso, demorado ou difícil. Quanto aos aspectos emocionais e socioculturais, a ausência de acompanhante, o pouco controle de seu

trabalho de parto, a insatisfação com atenção dispensada pela equipe de saúde, a institucionalização do parto traduzida pelo medo, com sentimentos de solidão, angústia e desamparo.

Acredita-se que, afora os aspectos negativos que o parto natural possa acarretar às mulheres, sejam estes físicos, emocionais ou socioculturais, a fala da participante Priscila evidencia as vantagens a respeito do parto natural como a melhor opção para o nascimento de uma criança, sobretudo, quando este acontecimento não pode gerar risco para a mulher e o bebê.

Acho que o parto normal é significativo por causa disso aí, sabia? Porque naquele instante que tu ganhou, já estás participando de tudo. E a cesariana não, porque tu vai para um lado, o teu bebê vai pro quarto, tu fica naquela sala de recuperação, tu não vive aquele momento instantâneo ali do nascimento. Que no parto normal vive. Priscila, 29

Vivenciando o parto natural, o protagonismo da mulher fica evidente, de modo que ela pode atuar como membro ativo no processo de nascimento de seu filho, fortalecendo o vínculo entre ela e o bebê, o que lhe é retirado no parto cirúrgico.

Salienta-se que as práticas relativas ao trabalho de parto e parto foram se modificando ao longo dos anos, em todo o mundo. Muitas mudanças ocorreram de forma negativa, e o parto, que antes era um evento da mulher, tornou-se institucionalizado. Um processo que possuía a característica de ser natural passou a ser objeto causador de aflição.

Nessa perspectiva, evidencia-se que as mulheres vivenciam o parto, muitas vezes, de maneira negligenciada, em que as suas crenças, valores e visão de mundo são deixados de lado, e o saber médico e as relações de poder verticalizadas se sobressaem.

Acredita-se que a atenção ao processo de parturição necessita dar à mulher o protagonismo, tendo sua cultura respeitada, na medida do possível, tornando o cuidado mais efetivo e benéfico para a mãe e seu bebê.

# 6.2.3 Os reflexos da experienciação do grupo de gestantes no trabalho de parto e parto

Nesta unidade temática, aborda-se a vivência do parto na perspectiva da participação no grupo de gestantes. Esta unidade trata de como a participação no

grupo influenciou a maneira como as mulheres vivenciaram o processo de parturição.

O grupo de gestantes, para as participantes deste estudo, foi essencial para a vivência do trabalho de parto e parto, no que diz respeito às medidas de conforto não farmacológicas, como o relaxamento e a respiração, que possibilitaram às puérperas preservarem a calma durante o processo de parturição.

É que o grupo te ensina muita coisa, tipo a hora das dores ali, a respiração, a calma, tudo isso elas (coordenadoras do grupo de gestantes), na hora do grupo. Ah, a função de quando eles (equipe médica) vêm te examinar, que tu tens que relaxar para que tu não venhas a sentir mais dor, desconforto. Então, isso aí, depois, quando tu tá lá dentro com dor, tu vai te lembrando e vai tentando fazer. Pelo menos comigo foi assim. Tudo eu que aprendo eu tento praticar. Vick, 31

Esse negócio da calma, a respiração e a paciência. Tu tens que esperar, fazer o quê? Tem que passar por isso aí, tem que esperar a hora. [...] Contribuiu bastante, me ajudou bastante. Não fosse o grupo, bah! Foi uma mão na roda o grupo pra mim. Já me ensinou a ter um pouco mais de experiência também, como lidar com ela, como cuidar dela. Vanessa, 22

Eu lembro que eles falaram bastante de respiração também, ter uma respiração mais tranquila, e aproveitar bastante aquele minuto que não estaria com dor para descansar. Isso aí tudo me ajudou bastante. Na questão de arrebentar a bolsa, eu não fiquei nervosa, cheguei tranquila no hospital, porque eu sabia que tinha tempo. Ana, 34

As gurias (coordenadoras do grupo de gestantes) comentaram, em relação a gritar, que naquele momento é ruim. O negócio da respiração, e tudo que elas me falaram, que até mesmo lá (maternidade) eles me falaram também, sabe? Que não ia adiantar eu gritar, que ia demorar mais pra nascer se eu gritasse, que eu tinha que fazer aquela respiração. Priscila, 29

Todas as participantes do estudo referiam que foram orientadas quanto aos exercícios de respiração e sua importância durante o trabalho de parto, sugerindo que isso esteja interligado ao fato de que uma respiração pausada e profunda possa aliviar as dores, tornando-as suportáveis. Outro fator importante apontado por Vick foi a prática do relaxamento enquanto estava sendo avaliada pela equipe médica, para que este período de avaliação fosse mais rápido e não gerasse tantos transtornos físicos para a mesma.

De fato, as orientações dadas nos grupos de gestantes vêm ao encontro de a mulher se manter calma, porém ativa durante a parturição. Para Mafetoni e Shimo (2014), durante a fase ativa do trabalho de parto, o uso da massagem lombossacral,

associada ao exercício respiratório e relaxamento e/ou os usos da crioterapia, do banho de chuveiro e da imersão são eficazes como medidas de conforto para a parturiente. Os autores ainda sugerem que a técnica do exercício respiratório isolada também se mostrou significativa na redução da dor.

Sobre a massagem lombossacral, Priscila relatou ter realizado a técnica durante seu trabalho de parto.

Eu massageava as minhas costas. Até que ele (esposo) vinha, queria me fazer massagem, mas eu preferia que não, tu entendeu? Porque eu acho que era pior. Então, eu acho assim, que ele queria me ajudar como eles (grupo de gestantes) pediram: "Ah, o marido tem que ser o companheiro, tem que te ajudar naquele momento.". Ele estava ali para me ajudar, só que eu estava tão desesperada naquela hora, que eu achava melhor eu me tocar, que eu sabia o momento. Priscila, 29

No depoimento de Priscila também surgiu a importância de o companheiro vivenciar o momento do trabalho de parto com a mulher. Por mais que Priscila preferisse se tocar, ao invés de seu marido, somente a presença do acompanhante e da figura do pai foi como motivadora para uma vivência mais tranquila da parturição.

Mesmo não realizando atividades pertinentes ao acompanhante de parto e, por muitas vezes, permanecendo em silêncio, alguns pais consideram sua presença importante em todo o processo de parturição, por oferecer suporte emocional à mulher e segurança por meio de palavras, gestos de carinho e conforto (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Para Vanessa, o grupo não contribuiu efetivamente para a vivência do seu trabalho de parto e parto, todavia, colaborou para o cuidado com sua filha.

No parto eu perdi totalmente, fiquei totalmente "grogue", não sabia de mais nada. Mas agora, na hora de cuidar dela assim, que eu tenho que ter mais atenção e paciência, porque criança às vezes tira a gente do sério, mas fazer o quê? Ela é tão "pequeninha", tem que ter paciência. Vanessa, 22

Como estratégia para a atenção ao trabalho de parto e parto, o grupo serviu como ferramenta que possibilitou às participantes do estudo qualificarem o conhecimento e o embasamento para vivenciar o processo de parturição.

As técnicas de relaxamento orientadas no cenário dos grupos puderam ajudaram as mulheres a manterem-se calmas e consequentemente mais participativas no processo de parturição.

O compartilhamento e a troca de saberes entre os membros dos grupos de gestantes, assim como com os coordenadores dos mesmos, foram efetivos para o processo de parturição das mulheres deste estudo.

O trabalho de parto e parto são momentos únicos, carregados de um turbilhão de sentimentos e emoções, bem como valores e crenças, com potencial para ser uma experiência positiva e/ou negativa na vida das mulheres. Isso pode ser visto, pelas participantes deste estudo elencaram que é possível manter-se calma e aproveitar cada minuto do ato de parir.

# 7 Considerações finais

Este estudo teve como objetivo conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres como estratégia na atenção ao trabalho de parto embasado em uma abordagem cultural.

As participantes da pesquisa mostraram-se interessadas e motivadas em participar dos grupos de gestantes após a primeira consulta do pré-natal, quando foram informadas de sua existência e orientadas quanto à relevância da participação nos encontros para suas gestações.

O estudo mostrou que o grupo de gestantes possui potencial enriquecedor para seus participantes e pode ser caracterizado como uma extensão do pré-natal, já que se configurou em um espaço no qual as mulheres puderam compartilhar dúvidas, angústias, medos, trocar ideias e aprender umas com as outras, bem como com os profissionais de saúde.

Além disso, os relatos das participantes demonstram que o grupo é também um cenário para o fortalecimento da mulher, por meio do compartilhamento de vivências e informações, possibilitando à gestante sentir-se segura e preparada para o processo de nascimento do seu filho.

No que diz respeito aos debates acerca do processo de parturição, sobressaiu-se a opinião de que o parto natural é a melhor opção para o nascimento de um bebê, tendo em vista a recuperação da mulher no pós-parto, bem como o fato de que a experiência do parto natural pode permitir à mulher ser participativa e ativa durante o processo de parturição, acompanhando a criança desde seus primeiros minutos de vida.

Ainda com relação ao trabalho de parto e parto, culturalmente, foi pontuado que, apesar da dor, a mulher nasceu para o ato de dar à luz, e que, embora haja sofrimento, é possível passar por este momento de uma forma positiva.

A cultura familiar foi aspecto que influenciou diretamente a escolha de algumas participantes do estudo pelo tipo de parto, fundamentalmente pelo parto normal, bem como a própria vivência prévia das mulheres, e de membros da família, além da crença de que a recuperação pós-parto cesáreo é mais complicada do que no parto natural.

A participação no grupo de gestantes foi essencial para a vivência do processo de parturição, no que diz respeito às medidas de conforto não farmacológicas, como o relaxamento e respiração, que permitiram às mulheres manterem-se calmas e, consequentemente, mais participativas no processo de parturição.

Evidenciou-se, neste estudo, que, independente da participação no grupo de gestantes, as mulheres não tiveram o empoderamento para a tomada de decisões a respeito da experienciação do seu processo de parturição. O profissional médico ou a equipe médica foram vistos como detentores do saber e condutores do processo de parturição, com ações centradas no modelo biomédico, no qual predomina o não comprometimento da equipe com as crenças, valores e experiências da mulher que, muitas vezes, tem seus desejos e seus saberes ignorados.

Para a Enfermagem, a relevância do trabalho com grupos de gestantes se dá por meio da orientação e da escuta, que permite às mulheres se colocarem de acordo com sua cultura, crenças e valores, de modo a serem conduzidas e norteadas nesta lógica, atentando paras suas necessidades culturais, de seus companheiros e familiares.

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou evidenciar as contribuições atreladas à participação de mulheres em grupos de gestantes para área da saúde, especialmente na atenção ao trabalho de parto e parto, evidenciando o quão importante se torna a ampliação do cuidado prestado por meio dos grupos e da educação em saúde.

A dificuldade em encontrar participantes para o estudo foi uma limitação, devido à falta de registros da participação das gestantes nas instituições onde aconteciam os encontros dos grupos, e pela maioria das mulheres não se adequar aos critérios de inclusão da pesquisa.

Por fim, ainda se fazem necessários mais estudos nesta linha de pensamento, com vistas a colaborar para que os grupos de gestantes sejam mais

utilizados na sociedade como aporte para as mulheres na vivência do processo de parturição.

## Referências

AGUIAR, J.M. de; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Comunicação saúde educação**, v.15, n.36, p.79-91, 2011.

ALMEIDA, M.S.; SILVA, I.A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP [online]**, v. 42, n. 2, p. 347-354, 2008. Disponível em:<a href="http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf">http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf</a>>. Acesso em: 20 de fev. 2014.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v. 38, n. 11, 2010. Disponível em: <a href="http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11\_583-591.pdf">http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11\_583-591.pdf</a>>. Acesso em: 20 de fev. 2014.

AMORIM, M.M.R; SOUZA, A.S.R.; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v.38, n.8, p.415-422, 2010.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica:** guia para a prática assistencial. 2.ed. São Paulo: Roca, 2009. 458 p.

BERETTA M.I.R. et al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.10, n.(4), p.966-78, 2008. Disponível em: <a href="http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm">http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm</a> Acesso em: 10 de set. 2013.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J.B.; ALMEIDA, A.C.C.H. de. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enferm**,v. 18, n. 3, p. 515-20, 2013.

BONFANTE, T.M. et al. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.38, n.1, p.26-32, 2009.

BORGES, M.R.; MADEIRA, L.M.; AZEVEDO, V.M.G.O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da

assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saude da mulher:** bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011:** uma análise da situação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <a href="http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf">http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf</a>>. Acesso em: 18 de jan. 2014.

BUSANELLO, J. et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 169-175, 2011.

BUSANELLO, J. et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 807-814, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº311 de 18 de janeiro de 2007. Dispõem sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <a href="http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394">http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394</a>>. Acesso em: 11de jun. 2013.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n.2, p.86-93, 2010.

DIAS, M.S.A.; ARAUJO, T.L. de; BARROSO, M.G.T. Desenvolvendo o cuidado proposto por leininger com uma pessoa em terapia dialítica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p.354-360, 2001.

DIAZ, C.M.G. et al. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade ginecoobstétrica. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 364-367, 2010.

DUARTE, S.J.H., ANDRADE, S.M.O. de. O Significado do Pré-Natal para mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FERREIRA, A.G.N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE on line**., v. 7, n. 5, p. 1398-1405, 2013. Disponível em:

<a href="http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/37">http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/37</a> 21/6112>. Acesso em: 15 de fev. 2014.

FRELLO, A.T; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(4):660-8. Disponível em: <a href="http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm">http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm</a>. Acesso em: 12 de fev. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto deuma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.1, p.62-70, 2011.

GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do sisprenatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

ISERHARD, A. R. M.; BUDÓ, M. L. D.; NEVES, E. T.; BADKE, M. R. Práticas Culturais de Cuidados de Mulheres Mães. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 116-122, 2009.

KLEIN, M.M de S.;GUEDES, C.R. Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. **Psicologia ciência e profissão**, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008.

LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985. **Anais**... Florianópolis: UFSC, 1985.

LEININGER, M.M. Ethnonursing research method and enablers. [reimpressão revisada]. In: LEININGER, M.M, McFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universally: a worldwilde nursing theory**. 2.ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers Canadá, 2006. p. 43-82.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. 396 p.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS, L.M.S.; BARBOSA, M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. **Eletr. Enf. [Internet].**, v.12, n.2, p.386-39, 2010. Disponível em: <a href="http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf">http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf</a> Acesso em: 06 de set. 2013

LOPES, C.V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enferm**, v.14, n.3, p. 484-90, 2009.

MABUCHI, A. dos S.; FUSTINONI, S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm**, v.21, n. 3, p. 420-6, 2008.

MAFETONI, R.R.; SHIMO, A.K.K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Rev Min Enferm.**,v.18, n.2, p.505-512, 2014.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p.329-37, 2012.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, v.13, n.3, p.645-665, 2005.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do Cuidado Cultural de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 368-373, 2012.

MELCHIORI, L.E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MELO, L.P. de. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde,** v. 14, n. 2, p.21-31, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MODES, P.S.S.A; GAÍVA, M.A.M., PATRICIO, L.F.O. Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização? - Pesquisa qualitativa. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <a href="http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715/598">http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715/598</a>. Acesso em: 16 de out. 2013.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NETO, E.T. dos S. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**,v.17, n.2, p.107-119, 2008.

OLIVEIRA, A.S.S. de et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.2, p.247-53, 2011.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. **Online Braz J Nurs [online]**, v. 4, n. 2,2005. Disponível

em: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm>. Acesso em: 02 de abr. 2014.

PAMPLONA, Vitória; COSTA, Tomaz Pinheiro da; CARVALHO, Marcus Renato de. **Da gravidez à amamentação:** o dia a dia de um importante período da vida do casal. São Paulo: Integrare Editora, 2010. 248 p.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. **Interface - Comunic.**, **Saúde**, **Educ.**, v.12, n.24, p.35-46, 2008.

PERDOMINI; F.R.I.; BONILHA; A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.3, p.445-52, 2011.

PEREIRA, A.L.F. et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 566-573, 2012.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.3, p.579-589, 2011.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.1, p.63-72, 2008.

PINHEIRO, C.P.O. et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em: <a href="http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16997/18933">http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16997/18933</a>>. Acesso em: 10 de jan. 2014.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.1, p.80-88, 2009.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Negociação do Cuidado Cultural de Enfermagem Obstétrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 789-792, 2008.

PULHEZ, M.M. "Parem a violência obstétrica": a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto. **RBSE –Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n.1, p. 595-602, 2009.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, AA.F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, N.8, V.2, p. 179-186, 2008.

RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G do, ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

SANTOS, M.R.C.; ZELLERKRAUT, H.; OLIVEIRA, L.R. de. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. **O Mundo da Saúde São Paulo,** v. 32, n. 4, p. 420-429, 2008.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SEIMA, M.D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da Teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011.

SILVA, L. M. da; BARBIERI, M. B.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm**, n.64, v.1, p.60-5, 2011.

SILVA, R.C. et al. A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado na adolescência. **Enfermería Global**, n. 24, p. 342-351, 2011. Disponível em: <a href="http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt\_enfermeria2.pdf">http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt\_enfermeria2.pdf</a>>. Acesso em: 10 de mar. 2014.

SOUZA E SILVA, A.C.; DADAN, S.H. Parto humanizado ou parto mecanizado. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em:

<a href="http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202008/Ana%20Carolina%20de%">http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202008/Ana%20Carolina%20de%</a>

20Souza%20e%20Silva%20e%20Sara%20Helena%20Dadam%20-%20PARTO%20HUMANIZADO.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

SOUZA, T.G.; GAÍVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, 479-486, 2011.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.

TELES,L.M.R. et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.4, p.688-694, 2010.

VELHO, M.B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p.458-66, 2012.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

ZAMPIERI, M.F.M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p.719-27, 2010.

ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 3, p.359-367, 2010.



Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher participante da pesquisa

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisadora: Enfa. Mda. Virgínia da Cunha Schiavon

Tel.: (53) 8121.1129

E-mail: virgiiniaschiavon@hotmail.com

Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Marilu Correa Soares

Tel.: (53) 91479691

E-mail:enfmari@uol.com.br

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, por meio deste, solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa intitulada: Contribuição dos grupos de gestantes para a vivência da mulher no processo de parturição.

Esta pesquisa tem por objetivo saber a contribuição dos grupos de gestantes para a vivência do seu trabalho de parto e parto.

PROCEDIMENTOS: Será realizada entrevista e construção de um mapa do contexto familiar e vivência do parto e nascimento com as mulheres que participaram do grupo de gestantes, na Unidade Básica de Saúde ou no Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. A entrevista poderá ocasionar algum desconforto de ordem emocional, no entanto, a entrevista será gravada somente com seu consentimento e a senhora responderá as questões de livre e espontânea vontade. As perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem qualquer prejuízo para senhora. Suas dúvidas e/ou perguntas serão respondidas pela pesquisadora.

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios de sua participação serão o acesso à informação e o compartilhamento de ideias, vivências e dúvidas sobre o trabalho de parto, parto e nascimento do filho.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe cause nenhum prejuízo.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. E de que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade, honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos benefícios e riscos do presente estudo. Os pesquisadores responderam minhas perguntas até minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e pela pesquisadora, em duas vias, ficando uma via com cada uma das partes.

Pelotas, de	de 2014
Participante da Pesquisa	_
	_
Virgínia da Cunha Schiavon	
Enfermeira Mestranda	
Pesquisadora	

### Apêndice B – Roteiro de Entrevista

# Identificação

Nome Fictício:	
ldade: Número de filhos vivos: N	Menarca: Sexarca:
Data do parto:	
Local do parto: ( ) Hospital ( ) Domicílio	
Tipo de parto: ( ) Natural ( ) Cesáreo	
cupação:Estado civil:	
Escolaridade:	Renda familiar:
Quantas pessoas moram na sua casa:	Religião:

#### **Roteiro**

# Percepção sobre o grupo de gestantes.

- Motivo da participação no grupo;
- como foi a participação no grupo;
- práticas e atividades desenvolvidas no grupo;
- identificar e conhecer os coordenadores do grupo;
- diálogo com a mãe e/ou avó sobre filhos, parto e nascimento;
- sentimentos acerca da participação no grupo.

### Perguntas disparadoras:

- 1. O que mobilizou a senhora a participar de um grupo de gestantes?
- 2. Comente como foi a sua experiência de participação em um grupo de gestantes.
- 3. Comente como eram desenvolvidas as atividades nos encontros do grupo.
  - 4. Descreva as atividades desenvolvidas no grupo.
  - 5. Comente o que falavam sobre trabalho de parto e parto nos grupos.

- 6. Comente sobre os profissionais que coordenavam o grupo.
- 7. Como a senhora se sentia participando do grupo?

# O grupo de gestantes na vivência do parto

O grupo na experiência do parto.

# Perguntas disparadoras:

- 1. Fale sobre a sua participação no grupo sobre a perspectiva de vivenciar o parto.
  - 2. Comente sobre seu parto.
- 3. O que significou a sua participação no grupo no seu trabalho de parto e parto?
- 4. Comente sobre as atividades do grupo na vivência do seu trabalho de parto e parto.



Anexo A – Carta de Autorização para uso dos dados da pesquisa intitulada "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção"

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**AUTORIZAÇÃO** 

Declaro para os devidos fins, que a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas Enfa Virgínia da Cunha Schiavon, está autorizada a utilizar um dos objetivos da Pesquisa intitulada "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção", sob minha coordenação, para construção de sua dissertação: "Grupos de gestantes: estratégia para humanização do processo de parturição".

Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a Mestranda esta ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora.

Pelotas, Mde Junho de 2014.

Enfa Dra Marilu Correa Soares

Coordenadora da pesquisa Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção

# Anexo B – Carta de Anuência da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Pelotas/RS para realização da pesquisa



### PARECER DE PROJETO DE PESQUISA

Coordenador(a): Marilu Correa Soares

Título: Grupos de Gestantes, Puérperas e Familiares: cenário para a humanização da atenção.

Parecer: Os objetivos e o instrumento de pesquisa propostos não apresentam riscos para os participantes da pesquisa.

A pesquisa apresenta-se com forma viável de aplicação, precedido por princípios éticos, sem prejuízos de cunho moral ou financeiro para o serviço de saúde onde será realizada e para os sujeitos participantes da pesquisa, sendo preservado o anonimato dos sujeitos. Desta forma apresenta-se parecer favorável para sua aplicação.

Local: Pelotas, RS

Data: 31 de julho de 2013



# Anexo C – Carta de Anuência para realização da pesquisa no Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas

Zimbra

http://webmail.fau.com.br/zimbra/h/printmessage?id=70867&tz=Am...







FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPel/FAU)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades para o desenvolvimento de pesquisa.

Documento nº:00448/13

Título do trabalho: GRUPOS DE GESTANTES, PUÉRPERAS E FAMILIARES: CENÁRIO PARA A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

Registro/ Comitê Ética: NAO Qual comite: XX Nº Registro: XX

Autor principal:PROF. DRA. MARILU CORREA SOARES

Email:enfmari@uol.com.br

Telefone:91479691

Formação: ENFERMEIRA DOUTORA

SONIA MARIA KÖNZGEN MEINKE, RENATA SILVA DA CUNHA, ANA AMÁLIA TORRES, SUEINE VALADÃO DA ROSA, ANA CÂNDIDA LOPES CORRÊA, INAJARA MIRAPALHETE CANIELES, VIRGÍNIA DA CUNHA SCHIAVON, CARLA DIAS DUTRA,

CAROLINA CARBONELL DOS SANTOS, ROSSANA BARBOSA, ZAIDA BORGES, MARIA ANGÉLICA PADILHA, ANA PAULA ESCOBAL, GREICE CARVALHO MATOS, KAMILA DIAS GONÇALVES, LUIZA FERREIRA PACHECO, NATÁLIA TIMM AIRES, JULIA CARDOSO PARRA, FRANCIELE BUDZIARECK DAS NEVES, MARTINA

MICHAELIS BERGMANN, SAMUEL VAREIRA FERREIRA, BRUNA MADRUGA PIRES MATRICULA, LÍVIA MOTTA BOLZAN, GABRIEL DE FREITAS VIEIRA E THAIS DAMASCENO OLIVEIRA

Tipo de trabalho:PROJETO DE PESQUISA

Instituição vinculada: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - FACULDADE DE ENFERMAGEM

Objetivo principal do CONHECER A CONTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS NA trabalho: NASCIMENTO.

Área principal:ENFERMAGEM Outra: XX

Tipo de pesquisa: PESQUISA DE INTERESSE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Recursos / Modalidade :FINANCIAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS

Despesas (descrever as principais PF, PJ e etc): IMPRESSÃO, GRAVADOR, TRANSPORTE, XEROX, REVISÃO DE PORTUGUÊS, PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS, ELABORAÇÃO DE BANNER.

TOTAL:R\$4.000,00

Data prevista para início: , data prevista para término: (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Local para aplicação: HOSPITAL ESCOLA

Setor / serviço:MATERNIDADE / GRUPO DE GESTANTES

Público Alvo: GESTANTES E PUÉRPERAS

Nº da amostra:indefinido

Carga Horária necessária

dia:2 horas / dia

Periodicidade:DIáRIA

Turnos: MANHÃ E TARDE

Horários:14:30 a 16:30

Nº de participantes que

realizarão coleta de3

dados:

Obs: O Autor Principal deverá enviar a relação dos participantes para o e-mail educacao@fau.com.br após a aprovação do CEP.

Data da solicitação:23/08/2013

Nome do responsável pela solicitação: PROF. DRA. MARILU CORREA SOARES

Pág.1 de 2

#### CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER

Nº do documento:00448/13 Data / recebimento: 23/08/2013

1 de 2 Encaminhamente nara (unidado) conside / coto 30/08/2013 16:17

	http://webmail.fau.com.br/zimbra/h/printmessage?id=708
N° do documento:00448/13	
Data / recebimento: 23/08/2013	
Encaminhamento para (unidade/ serviço / se	trigula Calanna a A.S.
Hemide by him	
1900	h 1
Data / encaminhamento://	Enf. Dr. Canta Schwonke
Assinatura e carimbo / Chefia / Área:	Enf. Dr.º Canha/Schwome Coord. Pesquise, Epsino e Extensão HE/UFPel
0.5	
Data / recebimento: 05 / 03 / 13	
Parecer / área:	/ .
estrutura e de ocupação, além dos benefícios	o em questão, tendo sido analisado questões físicas, de
( ) Aprovo parcialmente a execução / aplicação	
Encaminho para parecer do departamento /	443344
serviço:	
Solicito que sejam analisadas questões refere	ente
a ( ) Não aprovo a execução / aplicação do tral	halke an avestãe
	ballio etii questao.
Motivo:	1
Solicité o Report	
prisquire o Co-	hicher to the Eguin to
Data / encaminhamento://	E-finnopen,
Assinatura e carimbo / Chefia / Área:	Adriane Calvetti
	Supervisora do Serviço de Enfermagem HE/UFPel COREN 87117
Data (markimanta)	TIL/OFFEI COREN 8/11/
Data / recebimento://	
Outro / parecer:	
Area:	a an auastão
(X) Aprovo a execução / aplicação do trabalh	
( ) Não aprovo a execução / aplicação do tra	abamo em questao.
Motivo: Provinces on	ndo taballa.
How Prouguesine	NO WOUSELLINE.
Det /	
Data / encaminhamento: 9/09/12	Manage Programme M. Prus
Assinatura e carimbo / Chefia / Área:	Assist. Social - CRI
	Hospital Escola
Parecer Final / Direção (A <b>autorização</b> para carta de aprovação do CEP e Apólice de Segu	realização desta pesquisa está <b>condicionada</b> a entrega da uros no Dept <sup>o</sup> . de Educação.)
( Aprovado, dependente de avaliação e pa	arecer final do CEP
( ) Com restrições / Motivo:	
( ) Não aprovado	atta sa Africa
Din	etor: Em: U/U/
	Enf. D. Pag.2 de

# Anexo D – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para realização do estudo

# FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Grupos de gestantes: estratégia para atenção ao processo de parturição embasado em

uma abordagem cultural

Pesquisador: Virgínia da Cunha Schiavon

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 32363914.3.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 694.129 Data da Relatoria: 16/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, que busca responder um dos objetivos da pesquisa intitulada "Grupos de gestantes, puérperas e familiares: cenário para a humanização da atenção". O objetivo geral do presente estudo é conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres como estratégia na atenção ao trabalho de parto e parto embasado em uma abordagem cultural.

As participantes deste estudo serão puérperas, que frequentaram o grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Sanga Funda ou do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e que atendam os critérios de seleção da pesquisa. A escolha por estas participantes se dá devido a estas mulheres terem experienciado o processo de parturição após participação em algum grupo de gestantes, com vistas a atingir os objetivos da presente pesquisa.

Pois acredita-se que a partir da vivência destas mulheres, será possível obter reflexões acerca do aporte que os grupos de gestantes podem dar as mulheres no momento do trabalho de parto e parto, sob uma perspectiva cultural.

O estudo será realizado, por meio de encontros previamente agendados no domicílio de puérperas, durante o segundo semestre de 2014, no município de Pelotas/RS. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e elaboração de Genograma este com intuito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522 E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

# FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 694.129

de conhecer o contexto familiar e vivência do parto e nascimento de cada participante do estudo.

O término da coleta dos dados se dará após a saturação das informações obtidas por meio das entrevistas.

A análise dos dados será feita a partir da proposta operativa de Minayo, e o referencial teórico que se utilizará será a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o aporte dos grupos de gestantes para as mulheres como estratégia na atenção ao trabalho de parto e parto embasado em uma abordagem cultural.

#### Objetivo Secundário:

Investigar o conhecimento das puérperas a respeito das práticas de atenção ao trabalho de parto e parto. Identificar as práticas desenvolvidas nos grupos de gestantes como subsídio de atenção ao trabalho de parto e parto.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo, aponta-se que poderá acarretar em algum desconforto emocional durante a realização da entrevista e para amenizar ou suprimir este riscos, as questões poderão ser respondidas ou não de acordo com o consentimento voluntário da entrevistada. O estudo não prevê riscos de ordem física, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

#### Benefícios:

Os benefícios da participação serão o acesso à informação e o compartilhamento de idéias, vivências e dúvidas sobre o trabalho de parto, parto e nascimento do filho.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522 E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

# FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 694.129

# Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática da pesquisa é de grande relevância para a área da Enfermagem e da Saúde Coletiva, uma vez que a partir dos grupos de gestantes pode-se iniciar o preparo da mulher para vivenciar o ciclo gravídico puerperal da maneira mais humanizada e saudável possível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada

Cartas de anuência - adequadas

Cronograma - adequado

Orçamento - adequada

Carta da coordenadora da pesquisa - adequada

TCLE - adequado

### Recomendações:

Sugere-se que seja divulgado junto aos respectivos grupos de gestantes os resultados da presente investigação.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Considerações Finals a critério do CEP:

QTAS, 23 de Junho de 2014

Assinado por:

Sonla Maria Konzgen Meincke (Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96,010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Página 03 de 03