

Bruna Luiza Wunderlich

**O PROTAGONISMO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Wunderlich, Bruna Luiza

O protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil / Bruna Luiza Wunderlich ; orientadora, Ana Maria Nunes de Faria Stamm - Florianópolis, SC, 2016.

89 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Inclui referências

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Autodeterminação. 3. Autonomia Pessoal. 4. Tomada de Decisões. 5. Trabalho de Parto. I. Stamm, Ana Maria Nunes de Faria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos. III. Título.

Bruna Luiza Wunderlich

**O PROTAGONISMO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO SUL DO BRASIL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos

Florianópolis, 03 de agosto de 2016.

Prof.^a Ana Maria Nunes de Faria Stamm, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Ana Maria Nunes de Faria Stamm, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Marcelino Osmar Vieira, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Odaléa Maria Bruggemann, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Roxana Knobel, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado às corajosas mulheres que emprestam seu corpo ao desenvolvimento de um novo ser e que me abençoam, todos os dias, com sua confiança e suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Nesse ciclo que se fecha, enche meu coração de alegria poder registrar minha gratidão sincera àqueles que me ajudaram nessa caminhada. Cada um foi, ao seu modo, importante para a conclusão desse trabalho e estarão sempre na minha memória e nas minhas orações.

À professora doutora Ana Maria de Faria Stamm, minha orientadora, agradeço pelo equilíbrio que trouxe a todas as etapas do trabalho, pela orientação precisa, técnica e firme e, principalmente, pela amorosidade e paciência com todos os meus processos durante esse tempo em que trabalhamos juntas. Sentirei falta das nossas reuniões e levarei seu exemplo para minha vida.

À minha irmã, Luana Eliza Wunderlich, agradeço por dividir comigo os momentos mais importantes dessa jornada, por ser ombro amigo, conselheira, parceira de vida; e ainda ter ajudado nas transcrições e nos formulários. Não teria sido possível sem seu apoio.

À minha mãe, Sônia Regina Graciano, pelo “colo de mãe”, pelo apoio quando o cansaço chegou tantas vezes, pela ajuda com as tabelas, revisões e formatações, pelo auxílio nas tarefas de casa que liberou mais tempo e tornou a vida muito mais fácil nesse período.

Ao meu pai, Carlos Alberto Wunderlich, pelo amor que dividimos pela obstetrícia, por ter sido o primeiro e continuar sendo exemplo de médico para mim; por seu cuidado com as pacientes, pelas discussões de casos, pelo partilhar das alegrias e das dificuldades da nossa linda profissão.

Aos Mestres que me ensinaram, para além das aulas teóricas, os muitos sentidos da obstetrícia, Roxana Knobel, Marcos Leite e Pablo dos Santos. Agradeço pelo exemplo de humanização que carrego comigo, na vida e na prática profissional. Especialmente à professora doutora Roxana Knobel, pelo auxílio teórico em momentos-chave desse estudo.

À equipe de Ginecologia e Obstetrícia do HU-UFSC, por terem sido o melhor exemplo de assistência que eu poderia ter tido, pelo apoio na correria da residência e mestrado, nas noites longas de plantão, nas

notícias difíceis e nos cafés acolhedores. Especialmente ao professor doutor Alberto Trapani Jr. por tornar mais amena a difícil jornada da Residência Médica, e por ter sido mais amigo e exemplo do que chefe em muitos momentos.

Ao meu parceiro, Yohannes A. Tekle Scherer, pelo aprendizado diário que me traz sua companhia. Por encher minha vida de cultura e amor, e por me lembrar de quem eu sou na essência. Muito do que conversamos engrandeceu este trabalho. Agradeço, ainda, pela paciência com a falta de tempo e de disposição, e pelo abraço que aliviou muitos dos dias mais difíceis.

Aos amigos queridos que iluminaram meus dias turbulentos, que me deram força para seguir em frente, e foram riso, lágrimas, abraços, horas de conversa, e dança. Agradeço pela paciência, por não desistirem de me convidar mesmo sabendo da minha ausência. Pelas mensagens de preocupação e apoio. Mesmo com receio de esquecer alguém, agradeço especialmente à Barbara Mendes Boppré, Cayo Louran, Georgia Warken, Amanda Kleinubing, Valéria Cardoso Nora, Bolívar Alencastro e Tatiana Leme, que me ampararam no embolar dos tempos difíceis, e foram mais que amigos tantas vezes. Agradeço também, aos amigos da Kirinus Escola de Dança e da Lehoff Cia de Dança por encherem a vida de arte, som e movimento, e tornarem meus dias sempre mais leves.

Aos amigos médicos que dividiram comigo as dores e alegrias do caminho; dos quais me orgulho porque exercem a profissão com a mesma seriedade e amor que compartilho, especialmente Maria Luiza da Silva, Karoline Bunn Borba, Maristela Sens e Geisa Nery.

Por fim, e com a mesma importância, às mulheres incríveis que encontrei pelo caminho, e que ajudaram no resgate de mim mesma. Por todo o aprendizado que enriqueceu essas linhas, pelos lindos círculos que fortaleceram minha alma, especialmente Olésia Pereira, Amrita Kaur e Bel Revers.

“The way a culture treats women in birth is a good indicator of how well women and their contributions to society are valued and honored”

(Ina May Gaskin)

RESUMO

O protagonismo da mulher é um dos pilares do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil, o qual legitima a participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde. Com objetivo de aprofundar esse tema e compreender como as usuárias percebem seu papel durante o trabalho de parto, foi realizada uma pesquisa com base epistemológica qualitativa, com puérperas atendidas em uma maternidade-escola pública, no sul do país, a qual é considerada referência em humanização da assistência. Pôde-se apreender que essa maternidade favorece o protagonismo da mulher na tomada de decisão compartilhada sobre seu cuidado, mas outros elementos que compõem esse complexo cenário, tais como o background trazido por essas mulheres e a relação com os profissionais que a atendem, também são fatores relevantes na construção do protagonismo feminino no trabalho de parto.

Palavras-chave: Autodeterminação. Autonomia Pessoal. Tomada de Decisões. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

The protagonism of women is one of the pillars of the Humanization of Childbirth Program, in Brazil. Which one legitimated the participation of the pregnant in decisions about their care. This data was conduted at a public maternity, at south of Brazil, that is reference in humanization of health care. Therefore the qualitative analysis of women's narrative allow to understand how they perceive their autonomy and how maternity have an affect on their protagonism. Analysis of this research revealed that this maternity favors the protagonism through integration of laboring women in decision making about their care. Moreover, we brought other elements that make up this complex scenario, such as the background of these women and relationships with healthcare professionals, as relevant factors in the construction of women's protagonist in labor.

Keywords: Self Determination. Personal Autonomy. Decision Making.. Labor.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Análise dos dados obtidos através das entrevistas com puérperas.....	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias identificadas nas entrevistas.....	32
Tabela 2 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Informações obtidas durante a gestação".....	34
Tabela 3 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Projeto de parto / Desejos da mulher".....	36
Tabela 4 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Expectativas e Percepções sobre o parto".....	38
Tabela 5 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Sentimentos relativos ao conforto e bem-estar".....	39
Tabela 6 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes".....	41
Tabela 7 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Comunicação".....	44
Tabela 8 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Incentivo ao protagonismo da mulher".....	47
Tabela 9 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Tomada de decisão".....	50
Tabela 10 – Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Percepção da mulher sobre sua autonomia".....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MBE	Medicina Baseada em Evidência
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
HU	Hospital Universitário
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de Contexto
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significância
UBS	Unidade Básica de Saúde
CIAM	Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno

SUMÁRIO

SUMÁRIO	45
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	25
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS.....	27
2.4 PRÉ-TESTE.....	28
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	28
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS	31
3.2 CONTEXTUALIZANDO OS RESULTADOS	32
3.3 O BACKGROUND.....	33
3.4 DIMENSIONANDO A AMBIÊNCIA NO HU	38
3.3 O PROTAGONISMO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO	46
4 CONCLUSÕES REFLEXIVAS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PADRÃO.....	63
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	65
APÊNDICE C - LISTA DE EXPRESSÕES CODIFICADAS EM UNIDADES DE REGISTRO	69
APÊNDICE D – QUADRO GERAL DE ANÁLISE DA PESQUISA	89

1 INTRODUÇÃO

Na metade do século 20, o processo de hospitalização do parto estava presente em muitos países. Nesses locais, as mulheres mantinham-se passivas e eram submetidas a excessivas intervenções, nem sempre benéficas ou baseadas em evidências científicas (DINIZ, 2005). Contra esse cenário, há cerca de 30 anos, teve início a luta pela “desmedicalização” da saúde, humanização da assistência, e retomada da autonomia feminina sobre seu corpo.

No seio desse movimento, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e, desde então, passou a recomendar que o parto e o nascimento fossem considerados como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e, preponderantemente fisiológico (BRASIL, 2002). Esse olhar legítima a participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, melhora a relação cuidador-paciente, além de incluir a família no parto, e propiciar a prática da Medicina Baseada em Evidências (MBE) (LARGURA 2008).

Humanizar a assistência, portanto, não significa apenas ter ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista de todo esse processo. O exercício desse protagonismo é multifatorial e seu estudo deve considerar o cenário e as relações de poder em que a mulher está inserida, as ferramentas que ela traz consigo e como sua autonomia é considerada (PIRES, 2008).

Nesse aspecto, o regulamento técnico sobre o funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica no Brasil (MS, 2008) trouxe a Ambiência (interação entre o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais) como um fator que deve estar voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, de forma a oferecer o cenário adequado para o protagonismo das parturientes.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), inaugurado em 1980, presta assistência a gestantes de todas as idades, e atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a fundação de sua maternidade, em 1995, foi incentivado o atendimento centrado nas necessidades da parturiente, sem a implantação de práticas reconhecidamente prejudiciais à assistência ao parto (episiotomia, amniotomia e uso de medicações como a ocitocina, em todas as gestantes) (SANTOS; SIEBERT, 2001).

A estrutura do centro obstétrico permite o atendimento de parto à modalidade vertical (cócoras), sendo estimulada a participação ativa das

parturientes. São utilizados métodos não farmacológicos para o alívio da dor - como a hidroterapia (banho de chuveiro) e as massagens - mas também os farmacológicos, quando apropriado. Por essa dinâmica, a maternidade é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em Assistência Obstétrica, tendo recebido em 2000 o II Prêmio Professor Galba de Araújo (MS, 2002).

Uma das condições para que a mulher seja protagonista da cena de parto, é de que sua autonomia seja preservada (TREACY; SAGBAKKEN, 2015), levando em conta a sua capacidade de autogovernar-se e dirigir-se por suas próprias leis ou vontade própria⁸. Segundo Campos et al.(2006), ela pode ser considerada não como liberdade absoluta, ou como o contrário de dependência, mas como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. Nessa concepção, pode ser definida como um processo de construção conjunta sujeito – profissional – sistema de saúde – o que permite ampliar a capacidade dos indivíduos de compreenderem e agirem sobre si mesmos, e sobre o contexto ao qual estão inseridos.

Portanto, a autonomia do paciente depende de sua independência de julgamento e capacidade de decisão, sendo definida como o direito do paciente de tomar decisões sobre o tratamento médico, livre de coerção e à luz de informação adequada (COLLOPY, DUBLER, 1990)

“É preciso reconhecer que a clínica tradicional - tal como desenvolvida pela medicina a partir do século XIX - não tem contribuído na ampliação do grau de autonomia de pacientes e da população em geral. Amiúde, o paciente é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão.” (CAMPOS et al, 2006)

Para Aguiar (2010), o estabelecimento da má praxis na assistência obstétrica é resultado de uma complicada dinâmica entre as condições de trabalho a que são submetidos os profissionais, bem como as rotinas historicamente instituídas, e a falta de conhecimento e respeito para com os direitos reprodutivos da mulher. A transformação dessa realidade é complexa, e demanda a compreensão de que o respeito pela autonomia da mulher não constitui um dano a sua própria, mas sim um incremento de qualidade, participação, e rigor ético nesse processo (LEITÃO, 2010).

1.1 OBJETIVOS

Em busca do aprofundamento da discussão sobre humanização do atendimento na obstetrícia, propomos um estudo qualitativo, com o objetivo de identificar os aspectos relacionados ao Protagonismo da mulher em trabalho de parto, permeado pelo seu background e ambiência da maternidade do HU, na ótica de suas usuárias

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa exploratório-descritiva com base qualitativa.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram selecionadas de forma intencional, por conveniência, puérperas de qualquer idade, que tiveram parto vaginal ou cesáreo, sem complicações, de gestação única de termo (≥ 37 semanas), internadas na maternidade do HU-UFSC em função do parto, estando ou não em trabalho de parto na internação, e independente do tipo de parto.

Foram excluídas as com patologia exclusivamente ginecológica, abortamento, gestação ectópica, múltipla ou de feto pré-termo no momento da internação, bem como qualquer complicação grave ou por óbito fetal. Também foram excluídas as que não desejaram participar do estudo.

A amostra foi definida pela saturação dos dados durante a análise, conforme preconizado por Bardin (2011), sendo constituída por 10 puérperas.

2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados a partir de um formulário padrão e uma entrevista semiestruturada; o primeiro foi aplicado para caracterização sócio-demográfica e clínico-obstétrica da população estudada, e a segunda foi estruturada com base nas dimensões de Ambiência (interação entre o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais), Background (conhecimentos e valores trazidos pelas mulheres), e Protagonismo da mulher (auto-determinação do processo de parto). As perguntas foram divididas em 8 blocos de forma que fosse mantida a linha de raciocínio da entrevistada.

O momento escolhido para a entrevista foi durante o período de permanência hospitalar após, no mínimo, 8 horas do parto/nascimento. O formulário foi preenchido com dados coletados durante a entrevista e no prontuário.

A participação das puérperas surgiu por convite, depois de terem sido explicados os objetivos do estudo e esclarecidos todos os aspectos éticos inerentes à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no alojamento conjunto, no turno da tarde, por ser o de menor movimento, e no leito da paciente, de forma que essa não ficasse afastada do bebê. Nessas condições, foi preservada a sua privacidade e mantido o silêncio necessário para facilitar a verbalização e não prejudicar a sequência das respostas. Não houve interferência da pesquisadora durante a aplicação das entrevistas, exceto quando foi necessário esclarecer algum aspecto.

A duração da entrevista foi estipulada em torno de 20 minutos, com base nos preceitos de Triviños (2012) em que entrevistas que se prolonguem além de 30 minutos podem se tornar repetitivas e empobrecer a análise, então foram gravadas, na íntegra, transcritas, e submetidas à primeira análise o mais breve possível. As observações relevantes foram registradas em fichas individuais e todo o material foi armazenado em meio eletrônico.

2.4 PRÉ-TESTE

Para validação do instrumento, foi realizado um estudo piloto com 5 puérperas, às quais foram aplicados os instrumentos de coleta de dados para avaliar se esses eram adequados aos objetivos do estudo.

Após a análise dos dados, concluiu-se que o conteúdo dos instrumentos atingia os objetivos propostos, porém esses eram demasiado longos e dificultavam a análise das respostas, além de ultrapassar o tempo estimado para as entrevistas. Então, foram realizados os ajustes necessários e o instrumento foi considerado com validade de conteúdo para o estudo em questão.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos e clínico-obstétricos foram digitalizados e armazenados em uma planilha Excel (Microsoft® Office Excel® 2013), e foram analisados sendo as variáveis categóricas em proporção, e as contínuas em intervalo amostral.

Após a transcrição, o texto (obtido com a verbalização na entrevista semi-estruturada) foi analisado pela técnica preconizada por Bardin – análise de conteúdo – após a “leitura flutuante”. Esta foi constituída por uma leitura superficial, para perceber a dimensão e impressão trazida nas entrevistas.

Cada texto foi identificado com a letra M, seguida de um número (1 a 10), e as questões foram identificadas com as letras correspondentes ao bloco em que estavam inseridas (A a H).

Após esse passo, seguiu-se o processo de fragmentação do texto em Unidades de Contexto (UC) e Unidades de Registro (UR), levando em consideração o preconizado por Bardin (2011). A unidade de contexto é a *“unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidades de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”* (BARDIN, 2011:137); a unidade de registro é *“o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (BARDIN, 2011:134).

Cada unidade de registro foi, então, identificada, seguindo a identificação do texto, com a letra M, o número relativo à entrevista onde se situa (1 a 10), uma segunda letra identificativa do bloco (A a H), seguida de um número relativo à ordem em que aparece na entrevista. A lista de expressões codificadas em unidades de registro encontra-se no Apêndice C.

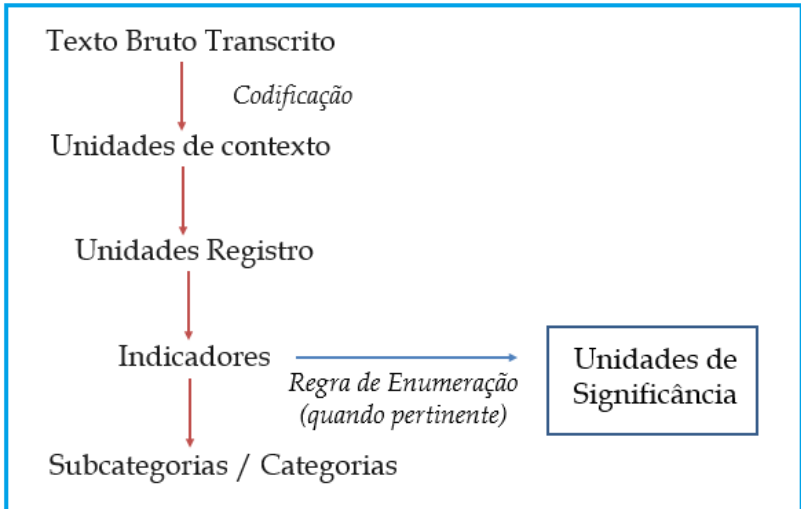
Finalizada a codificação, foi iniciada a fase de criação de uma estrutura de análise de caráter misto, de forma que as categorias e subcategorias derivassem tanto da teoria, quanto do material analisado, por meio dos indicadores que surgiram da conjugação de ambos. Na organização, foi levada em conta a “regra da exclusividade”, ou seja, cada unidade de contexto, corresponderia apenas a uma categoria e subcategoria.

Optou-se por agrupar as unidades de registro em indicadores, de acordo com o tema que *“é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um contexto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”* (BARDIN, 2011:135).

Aos indicadores, quando pertinente, foram aplicadas regras de enumeração e então, foram analisados tanto em relação ao corpo de todas as entrevistas quanto ao grau de importância que recebiam, contabilizando não apenas o número de mulheres por quem foram referenciados, mas também o número de vezes que se repetiam em cada entrevista, gerando as Unidades de Significância (US) que determinam a magnitude de cada indicador.

Após a fragmentação e agrupamento das unidades identificadas, bem como a identificação das categorias e subcategorias, com os indicadores e a regra de enumeração, foi possível chegar a caracterização das informantes e, então, à análise dos dados obtidos (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de Análise dos dados obtidos por meio das entrevistas com puérperas.



2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, sob o número 33232514.4.0000.0121, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as puérperas com mais de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As com menos de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e seus responsáveis legais assinaram o TCLE.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Para compreender as questões que influenciam a autonomia de uma parturiente, e a forma como exerce seu protagonismo, foi importante saber quem são as personagens desse processo na maternidade estudada.

As 10 puérperas atendidas no HU-UFSC, que constituíram a amostra final, seguindo os critérios previamente definidos, eram procedentes da Grande Florianópolis.

Todas as entrevistadas eram mulheres cisgêneras, com idade entre 15 e 34 anos, sendo metade autodeclarada branca e a outra afrodescendente, com nível de escolaridade entre o nível médio (quatro entrevistadas), fundamental (três, completo; uma, incompleto) e graduação (duas entrevistadas), com a maioria exercendo trabalho remunerado (sete vs três que se declararam “do Lar”).

Todas as mulheres moravam com o companheiro, sendo a maior parte solteira (sete; duas com união estável e uma casada) e com renda familiar entre 2 a 4 salários mínimos (três, entre 4 a 10 salários mínimos).

Houve predomínio de primíparas (oito), metade das entrevistadas planejou a gestação, a outra metade não, mas todas as gestações foram desejadas. A maioria (oito) não teve intercorrências durante o pré-natal.

Todas as mulheres realizaram pré-natal, sendo a maioria (nove) de forma adequada - com mínimo de 6 consultas conforme preconizado pelo MS - e no sistema público (oito na Unidade Básica de Saúde (UBS); uma no HU e uma no sistema privado).

As características sócio-demográficas e clínico-obstétricas foram semelhantes às encontradas na literatura no que se refere à etnia, idade, paridade, assistência pré-natal, escolaridade e o fato de viverem com o companheiro (DOMINGUES et al., 2014).

A diferença em relação e à fonte de renda (maioria referiu ter trabalho remunerado), deve ser considerada, uma vez que Nigatu et al (2014) mostraram, em seu estudo, que em alguns países subdesenvolvidos menos de 40 % das mulheres têm liberdade financeira para utilização dos serviços de saúde e Kamiya (2011) mostrou que mulheres que participam das decisões financeira têm maior chance de receber cuidado obstétrico adequado.

Outros estudos demonstraram, ainda, que a idade materna mais avançada, melhor nível de escolaridade e ter um trabalho remunerado

são fatores positivos para o aumento da autonomia da mulher (HAQUE et al., 2012; RAHMAN, MOSTOFA, HOQUE, 2014).

3.2 CONTEXTUALIZANDO OS RESULTADOS

A importância da qualidade da experiência materna no parto e nascimento, e o impacto que ela tem nos resultados materno-fetais, é amplamente discutida na literatura. Inúmeras publicações versam sobre os riscos advindos de intervenções médicas inapropriadas e apontam os benefícios do atendimento atento às necessidades individuais das mulheres, com base na fisiologia normal da gravidez, do parto e nascimento (DAVIS-FLOYD et al., 2010; SANTOS, 2010; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009)

No seio desse debate, a maternidade do HU-UFSC foi fundada, em 1995, e desde o início aboliu de sua rotina algumas práticas históricas e reconhecidamente prejudiciais à assistência, tais como a episiotomia em todas as gestantes (SANTOS, 2001). Sob esse olhar, a linha orientadora da discussão dos dados obtidos nessa pesquisa foi avaliar se uma maternidade com princípios de humanização como a do HU-UFSC propicia o exercício do protagonismo das parturientes - sob a ótica das próprias mulheres - em consonância com seu *background*.

Após a análise dos dados transcritos a partir das entrevistas, foram identificadas três categorias de informação. A que obteve maior expressão foi **Ambiência** (total de 143 menções no universo das entrevistas - 48,63%), seguida por **Background** (total de 97 menções - 32,65%) e **Protagonismo da mulher** (total de 55 menções - 18,70%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Categorias identificadas nas entrevistas

CATEGORIA	nUR	Nus	% US
<u>Ambiência</u>	85	143	48,63%
<u>Background</u>	56	97	32,65%
<u>Protagonismo da mulher</u>	38	55	18,70%
Total	177	294	100,00%

UR: unidade de registro, US: unidade de significância

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

A capacidade de utilizar plenamente os serviços de saúde, depende do exercício da autonomia da mulher e, especialmente em países em desenvolvimento, muitos fatores podem influenciar nesse aspecto. Estudos encontraram que o exercício da autonomia feminina afeta positivamente o acesso a direitos reprodutivos e a serviços de saúde (ALLENDORF, 2007; KAMIYA, 2011) além de estar relacionada a melhores resultados no cuidado à saúde da mulher (PRESS, 2016), apesar disso, Rahman, Mostofa e Hoque (2014), em seu estudo, mostraram que apenas pouco mais da metade das mulheres, em alguns países, é envolvida nas decisões sobre sua saúde.

A interação desses fatores, quais sejam, o *Background* das mulheres e a ambiência da maternidade deve gerar o cenário adequado para que as mulheres sejam protagonistas do processo de parto e assim, possam exercer sua autonomia.

3.3 O BACKGROUND

No que se refere à categoria ***Background*** (conhecimentos e valores trazidos pela mulher), foi avaliado o pano de fundo que define quais ferramentas as mulheres trouxeram para o exercício de seu protagonismo, e que relações e influências permearam a sua percepção sobre o tema.

Nessa categoria, emergiram 3 subcategorias: **“Informações obtidas durante a gestação”**, **“Projeto de parto / Desejos da mulher”** e **“Expectativas e Percepções sobre o parto”**.

A subcategoria mais referenciada foi **“Informações obtidas durante a gestação”** (total de 40,20% das US para a categoria, e uma representatividade de 13,26% no total de US em todas as categorias). Na percepção das mulheres que a geraram, houve busca de informação e influência do seu círculo de relações, porém, em se tratando dos indicadores sobre informações recebidas no pré-natal, houve discreto predomínio de não ter recebido informações ou ter recebido informações insuficientes, em relação ao indicador “recebeu informações suficientes” no pré-natal (Tabela 2)

Tabela 2: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Informações obtidas durante a gestação"

Categoria: *Background*

Subcategoria: Informações obtidas durante a gestação

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	Nus	% US	nUR	nUS	% US
Busca de informação pela mulher	*	6	10	10,30%	6	10	3,40%
Influências do círculo de relações	*	6	9	9,28%	6	9	3,06%
Informações recebidas no pré-natal	Não recebeu informações	5	9	9,28%	12	20	6,80%
	Recebeu informações insuficientes	2	3	3,09%			
	Recebeu informações suficientes	5	8	8,25%			
Subtotal		24	39	40,20%	24	39	13,26%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância; *: não se aplica

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Essa falta de informações encontrada no pré-natal sobre o trabalho de parto e parto, também foi observado na literatura: segundo a Iniciativa Internacional pelo Nascimento Mãe-Bebê, boa parte dos atendimentos de pré-natal desconsidera os fatores de ordem emocional e se esquia em compartilhar com a mulher as decisões informadas sobre o parto (DAVIS-FLOYD et al., 2010).

Em citações como M3B2 – “*eu acho que eles poderiam dar mais atenção (...) eles deveriam falar desde o começo até o final das dores, das contrações, da dilatação*” e M2B8 – “*Mas só assim entre nós, assim, não um especialista, médico, alguma coisa assim, não*” foi observado que o modo como se conduz o acompanhamento pré-natal

pode estar aquém das expectativas das mulheres, enquanto deveria ser o lugar principal para a construção da noção de riscos, esclarecimento de dúvidas e fortalecimento da autoconfiança da mulher e da família (DAVIS-FLOYD et al., 2010).

A opinião do profissional de saúde que acompanha a gestante vai influenciar sua percepção durante todo o processo, e é por isso que o aconselhamento deve respeitar suas necessidades pessoais, valores culturais, sociais e seu planejamento reprodutivo, envolvendo-a na tomada de decisão sobre os aspectos relacionados ao nascimento. As orientações sobre práticas benéficas a serem adotadas durante o trabalho de parto podem aumentar a confiança da mulher em sua capacidade de parir e de lidar com a parturição (DOMINGUES et al., 2014).

Por não encontrarem as informações desejadas nas consultas de pré-natal, as mulheres referiram busca em outras fontes, como referido em M5B1 - *“foi do curso que eu fiz na igreja da trindade, é um curso de gestantes, eles ensinam tudo”* e em M7B - *“também pesquisei bastante, procurei na internet”*. Griboski e Guilhem (2006), mostraram que a pesquisa na internet desempenha um papel importante no auxílio às mulheres descontentes com o que lhes é oferecido para o momento do parto.

Além do encontrado na mídia, a opinião de outras mulheres também tem valor para as gestantes, como referido em M2B7 - *“Não não, nós entre mulheres, eu, minha comadre, quando a gente tocava no assunto de parto e coisa, ela falava que ganhou de cócoras, a minha irmã também, né, diz que é bem melhor do que deitada”*.

As gestantes buscam no círculo de relações o amparo para suas dúvidas e perspectivas: M1B6 - *“É que eu ouvia sempre minha mãe falando que normal é melhor, a recuperação também é mais rápida”*; M4B13 - *“e todos me falavam “te prepara pra dor(...)”* e M8B9 - *“a mãe dele, ela teve os dois filhos em casa então ela conversou bastante comigo”*. A literatura mostra que, especialmente nas questões relacionadas aos cuidados com a saúde, a mulher raramente decide sozinha, sem considerar a opinião da família (OSAMOR; GRADY, 2016)

Em um cenário de elevada proporção de mulheres com percepções positivas em relação ao parto vaginal, é esperado que um trabalho de educação perinatal (realizado com a gestante, seu parceiro e demais familiares) apoie e incentive esse desejo ao longo da gestação. Entretanto, a preferência das mulheres pelo parto vaginal pode não ser apoiada ou incentivada até pelos profissionais (DOMINGUES et al., 2014; SODRÉ et al., 2010). Como observado em M9B10 - *“a minha*

médica do pré-natal é bem cesarista, eu já notei bem no começo, ela não falava nada de parto”

Em relação à subcategoria “**Projeto de parto / Desejos da mulher**”, todas as mulheres fizeram referência a escolha da via de parto, e a maioria referiu o desejo pelo parto normal e pela maternidade do HU (Tabela 3).

Tabela 3: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Projeto de parto / Desejos da mulher"

Subcategoria: Projeto de parto / Desejos da mulher							
INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Escolha da via de parto	Desejo pela cesariana	1	3	3,09%	13	20	6,80%
	Desejo pela cesariana associada ao desejo pela laqueadura	1	2	2,06%			
	Desejo pelo parto normal	9	14	14,43%			
	Desejo pelo parto na água	2	2	2,06%			
Escolha da maternidade	*	6	6	6,18%	6	6	2,04%
Subtotal		19	27	27,83%	19	26	8,84%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância; *: não se aplica

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto no SUS, e na maternidade do HU-UFSC, o desejo da mulher também não é considerado indicação para uma cesariana, a qual será realizada apenas se houver indicação técnica. Como observado nessa subcategoria, a escolha pelo tipo de parto foi referenciada por todas as mulheres nesse,

sendo que a maioria desejava ter um parto normal, o que é semelhante ao encontrado na literatura (DOMINGUES et al., 2014; SODRÉ et al., 2010).

Os motivos apresentados para a escolha também foram similares aos encontrados na grande pesquisa Nascer no Brasil (DOMINGUES et al., 2014), como a melhor recuperação e experiência anterior positiva, na escolha do parto vaginal: M6B12 – *“sempre fui de fazer muita atividade física, então eu escolhi o parto pela rapidez na recuperação”*, e para cesariana, o medo da dor do parto e a realização de laqueadura tubária: M7B6 – *“queria cesárea, porque eu não queria passar dor, mais prático”* e M10B7 – *“Só queria cesárea pela opção de fazer a laqueadura”*.

Destaca-se que a humanização não se refere necessariamente a um tipo de parto, mas sim, ao tipo de assistência prestada, a qual deve possibilitar a livre expressão dos desejos das mulheres. A pesquisa demonstrou que questões específicas em relação ao tipo de parto também foram trazidas pelas entrevistadas, como o desejo pelo parto na água e pelo parto de cócoras, como expresso por M9D19 – *“eu teria parto na água”* e M5B6 – *“eu sempre quis parto, e de cócoras”*.

Nesse sentido, a escolha da maternidade do HU foi verbalizada pela maioria das mulheres e se deu, principalmente pelo seu histórico de atendimento humanizado, como refere M8B6 – *“dei preferência pelo HU por isso, pelo histórico de parto natural”* e M9B11 – *“aí eu optei pelo HU porque eu sabia que tinha o de cócoras e as bolas, as alternativas para humanizar, né”*.

Na subcategoria **“Expectativas e Percepções sobre o parto”** todas as mulheres fizeram referência às expectativas que nutriram durante a gestação e o que foi vivenciado (31,96% das US para a categoria), sendo que três delas fizeram referência a sua percepção sobre como foi o trabalho de parto e parto (Tabela 4)

Tabela 4: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Expectativas e Percepções sobre o parto"

Categoria: *Background*

Subcategoria: Expectativas e Percepções sobre o parto

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Expectativas versus realidade	*	10	27	27,83%	10	27	9,18%
Percepções sobre o Parto	*	3	4	4,12%	3	4	1,30%
Subtotal		13	31	31,96%	13	31	10,54%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

A maternidade é, para muitas mulheres, um dos aspectos mais intensos e significativos de suas vidas, e está associado a muitas expectativas e medos. O desejo de que o parto fosse rápido e a percepção de dor intensa permearam a maioria dos relatos, como em M4B7 - *“ou parto anormal: 20 horas, sofrendo igual uma louca”*. Assim como não estar preparada para a dor, observado em M4B12 - *“Não me preparei pra dor (...) eu não imaginava que essa dor ali era tanta dor”*, o que pode ter relação com a falta de informação no pré-natal, como discutido anteriormente.

3.4 DIMENSIONANDO A AMBIÊNCIA NO HU

Essa categoria permitiu avaliar se o hospital oferece a ambiência adequada ao exercício do protagonismo das parturientes, em relação ao atendimento, à estrutura física e à comunicação estabelecida entre a equipe e a mulher.

Nessa categoria, emergiram 3 subcategorias: **“Sentimentos relativos ao conforto e bem-estar”**, **“Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes”** e **“Comunicação”**.

Nesse estudo, as questões relativas à ambiência da maternidade, nas suas dimensões de relação interpessoal e estrutura física, foram observadas como centrais pelas usuárias. Dentre os indicadores referidos na percepção das mulheres, a subcategoria, **“Sentimentos relativos ao**

conforto e bem-estar”, mostrou o sentimento de estar à vontade durante a internação, a percepção positiva da presença do acompanhante, a sensação de segurança e a privacidade preservada, porém com impressão ruim sobre a estrutura física/higiene (Tabela 5).

Tabela 5: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Sentimentos relativos ao conforto e bem-estar"

Categoria: Ambiência

Subcategoria: Sentimentos relativos ao conforto e bem-estar

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
À vontade durante à internação	*	7	7	4,89%	7	7	2,38%
Percepção positiva da presença do acompanhante	*	2	4	2,80%	2	4	1,36%
Sensação de segurança presente	*	8	8	5,59%	8	8	2,72%
Impressão sobre a estrutura física/higiene	Boa	1	1	0,70%	5	7	2,38%
	Ruim	4	6	4,19%			
Privacidade	Preservada	8	8	5,59%	9	9	3,06%
	Não preservada	1	1	0,70%			
Subtotal		31	35	24,47%	31	35	11,90%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: Unidade de Significância;

*: não se aplica

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Em seu manual sobre o atendimento ao parto e nascimento(SUS 2001), o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu que para ser humanizado, o hospital deve propiciar à mulher um ambiente limpo, acolhedor, confortável e silencioso, além de esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades.

Desde 2013 o HU integra a Rede Cegonha (SANTA CATARINA, 2016), um conjunto de ações do MS que visa a ampliar o acesso e melhorar a qualidade do pré-natal, resguardar o direito das

mulheres ao planejamento reprodutivo e assegurar a atenção humanizada – da gestação ao pós-parto – com cobertura pelo SUS. Nesse processo, o acompanhante participa ativamente e procura-se seguir o ritmo fisiológico do nascimento. Na maternidade estudada, todas as parturientes têm direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de permanência hospitalar e esse fato foi trazido como fator importante em M4C26 – *“o pai, o meu marido, o tempo todo, o que também foi peça fundamental”*.

Apesar de assegurado por lei (nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante - durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do SUS, a literatura mostra que esse direito ainda não é amplamente exercido, como no estudo de Ferreira et al. (2013) o qual mostrou, quanto à ausência de um acompanhante, *“a angústia e necessidade de ter uma companhia, provocadas pela ausência dos familiares após admissão no centro obstétrico”*

Ainda que essa presença seja assegurada em tempo integral no HU-UFSC, uma entrevistada chamou atenção para as limitações da estrutura física da maternidade em relação a acomodação do acompanhante (M1D24).

A subcategoria mais referenciada, em **Ambiência**, foi **“Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes”**, (41,96% do total de unidades de significância para a categoria). Ela também teve ampla expressão na análise geral, sendo referenciada por todas as mulheres, com uma representatividade de 20,40% do total de unidades de significância em todas as categorias.

Nove mulheres referiram sentimentos positivos durante sua internação (24,47% do total das US para a categoria) em relação à atitude dos profissionais, e sete mulheres referiram sentimentos negativos (13,98% do total das US para a categoria). Duas entrevistadas referiram impressões sobre a presença dos estudantes na maternidade do HU (Tabela 6).

Tabela 6: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes"

Categoria: Ambiência

Subcategoria: Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Percepções sobre a atitude dos profissionais	Positiva	9	35	24,47%	16	55	18,70%
	Negativa	7	20	13,98%			
Impressões sobre a presença dos estudantes	*	2	5	3,50%	2	5	1,70%
Subtotal		18	60	41,95%	18	60	20,40%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Essa subcategoria, gerada da relação que a mulher estabelece com a equipe durante seu atendimento, também foi a mais referenciada em todo o trabalho. Os relatos M4C24 – “*a (...), ela ficou, fez massagem, me apoiou, me deu força pra continuar*” e M8B12 – “*eu teria desistido se não fosse a médica que me atendeu*”, mostram o impacto que a atitude direta do profissional tem no cuidado com a paciente para além da capacidade técnica. Essa fato está em consonância com a recomendação da OMS (2002), na qual as mulheres devem ser fortalecidas durante o parto e os seus direitos humanos devem ser respeitados, incluindo seu direito a serviços e informações de qualidade.

Apesar da maioria das referências ter sido sobre a atitude dos profissionais gerando sentimentos positivos nas mulheres, houve um número expressivo de referências a atitudes que geraram sentimentos negativos. Boa parte das mulheres fez referência às duas polaridades do indicador, o que mostrou uma disparidade no atendimento dentro da mesma equipe, como no relato M9D20 – “*acho que de repente eu poderia ter mais profissionais que me ajudassem, tipo, ah faz isso faz aquilo. Algumas colegas me falaram que tiveram gente que falou pra elas o que era melhor e o meu não teve*”.

Observa-se, portanto, que mesmo em uma maternidade estruturada sobre os pilares da humanização do nascimento, foram observadas algumas atitudes reconhecidamente prejudiciais e que devem ser abolidas, como a desvalorização da dor da parturiente em M1C15 – *“ela falou: ‘Não, é que você tá muita reclamona’”* e M9C27 – *“Eu achei também, assim, a sala que eles ficam no pre parto, fica todo mudo rindo e você tá com dor e eu achei isso bem indelicado, e tem um monte de estudante e tem tv e eles ficam falando e tem varias mulheres gritando passando mal porque tão com dor então eu acho que eles podiam ter tido mais respeito com isso”*

Também foram citadas atitudes grosseiras em M1C17 – *“eu fui pedir ajuda ne, a enfermeira pra me ajudar, e ela meio que me deu bronca, tipo ah não é assim, é desse lado”* e M3C13 – *“quando eu fui falar ela se estressou comigo e falou “não é pra ti ficar assim, porque é normal e tu só tá com 2 dedos de dilatação, quando você chegou teu colo do útero tava muito grosso e agora teu colo tá muito fino”, e ela foi muito grossa, até minha mãe discutiu com ela”* e desatenção da equipe em M6C18 – *“na sala de recuperação (...), achei antiético que duas enfermeiras tavam discutindo entre si sobre um procedimento, (...) aí elas meio que conversaram só sobre isso e nem me deram muita bola”* e M9C33 – *“que me ajudou nao teve nada que me marcou, ate porque eu pedi auxilio e tal e não teve nada”*.

Essas atitudes que geraram sentimentos negativos, vão contra as diretrizes nacionais, as quais determinam que resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar e criar vínculo são quesitos indispensáveis e tão importantes quanto o cuidado físico. Segundo o MS (2002), a atenção humanizada inclui o respeito a mulher e seus familiares, a adequada identificação dos profissionais, o rigor ético do atendimento, bem como a comunicação eficaz entre a equipe e a parturiente

O atendimento multiprofissional na maternidade do HU-UFSC, a priori, é realizado por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de assistentes sociais, psicólogos e os profissionais do Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Também participam médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, pós-graduandos da residência multiprofissional, bem como estudantes de graduação em medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social, desenvolvendo atividades com as pacientes, sob supervisão dos staffs e/ou professores das respectivas áreas.

Por ser uma maternidade-escola, existem questões específicas relacionadas à dinâmica de ensino prático com os pacientes, e isso foi

identificado nesse trabalho. Apesar da insegurança trazida por essas mulheres sobre participação de estudantes, a presença deles não prejudicou o cuidado. Ao contrário, como observado em M2F23 - *“Mas ele bem, ele ficou o tempo todo ali junto comigo, do meu lado né, falando ‘isso aí!’, (...). Mas ele tava ali né”*, no qual a entrevistada relata como positiva a presença do estudante durante seu trabalho de parto. Também no relato M6A1 - *“desde o início que eu engravidei eu disse que queria ganhar o bebê no HU (...) pelo fato do atendimento mesmo, pelo fato de terem bastante estagiários, assim que sempre estão atendendo bem e são ágeis e rápidos”*, em que a presença de estudantes foi critério considerado positivo na escolha da maternidade.

A subcategoria **“Comunicação”** que permitiu avaliar a troca de informações entre a equipe de saúde e a mulher, durante a internação, teve representatividade de 16,32%, no total de US para todas as categorias, e emergiu a partir de quatro indicadores que foram avaliados sob a regra de contagem de polaridade adequado/inadequado, conforme a tabela abaixo.

Dentro da **“Comunicação”**, as que fizeram referências aos seus indicadores - esclarecimento sobre a evolução do trabalho de parto, procedimentos e condutas, além de rotinas na internação - a maioria teve a percepção de que foi adequada, com exceção da identificação dos profissionais (tabela 7).

Tabela 7: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Comunicação"**Categoria: Ambiência****Subcategoria: Comunicação**

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Esclarecimento sobre evolução do TP e saúde da mulher e do bebê	Adequado	5	5	3,50%	6	6	2,04%
	Inadequado	1	1	0,70%			
Esclarecimento sobre procedimentos ou condutas	Adequado	8	14	9,79%	10	16	5,44%
	Inadequado	2	2	1,40%			
Identificação dos profissionais	Adequado	3	3	2,10%	10	11	3,74%
	Inadequado	7	8	5,59%			
Informação sobre as rotinas da maternidade na internação	Adequado	6	9	6,29%	10	15	5,10%
	Inadequado	4	6	4,19%			
Subtotal		36	48	33,57%	36	48	16,32%

RE: Regra de enumeração, UR: unidade de registro, US: unidade de significância, TP: Trabalho de Parto, *: não se aplica

Fonte: Pesquisa sobre autonomia da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

A subcategoria “**comunicação**” mostrou que a interação entre a parturiente e a equipe foi relevante para a avaliação da autonomia das mulheres, e a maioria considerou ter sido adequadamente esclarecida sobre a evolução do trabalho de parto e o bem-estar do bebê, bem como sobre os procedimentos e condutas realizadas pela equipe durante seu atendimento, como observado em M8C14 – “*sim fui esclarecida sempre sobre o que estava acontecendo*” e também em M6A5, M5C10, M5C9 e M4C20.

Uma das entrevistadas chegou a destacar a importância de ter sido esclarecida antes do procedimento, para que estivesse preparada, como observa-se no relato M4C21 – “*que foi um toque muito mais*

doloroso e ele me explicou porque seria antes de fazer e me falou que seria também e isso foi bem legal porque eu já fiquei preparada, porque eu tava com muita dor”.

A literatura mostra que uma boa comunicação entre a equipe, e entre essa e a mulher e sua família, é fundamental para uma assistência obstétrica de qualidade. A mulher e seus familiares devem receber apoio constante da equipe assistencial, suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com linguagem clara e acessível e com tom de voz que traduza calma e serenidade. É necessário o reconhecimento dos diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando a individualização do cuidado. Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção, e a mulher deve sentir-se segura sobre sua necessidade e importância (BRASIL, 2010).

Embora com menor expressividade, houveram referências aos esclarecimentos recebidos como sendo inadequados, como observa-se em M6A4 – *“eu como mãe de primeira viagem queria saber, entender o que ia acontecer, se podia dar de mamar, ele estava chorando de fome e elas não explicaram nada”* e M8F32 – *“na verdade me explicaram, mas ali tinha pessoas a favor e outras contra então entendi sem entender”*, e essa dificuldade é encontrada também em outros serviços, como mostraram Aguiar (2010); Aguiar, D’oliveira (2011); Doliveira, Diniz e Schraiber (2002); Gomes, Nations e Luz (2008) e Largura (1998)

Outra dificuldade encontrada no relato das entrevistadas foi a identificação da função do profissional a que as mulheres estavam se referindo, até mesmo se eram profissionais ou estudantes, o que reforça a perspectiva trazida por elas de que os envolvidos no cuidado com as parturientes não se identificaram adequadamente, como observado no relato M9C25 – *“eu não sabia quem era o residente ou quem era o médico, não sei se eu tava atordoada, teve uma hora que eu não sabia quem era quem, teve muitas pessoas e muitas trocas de plantão, então eu já não sabia quem era quem”*. Além de ser atitude ética e preconizada pelo PHPN (MS, 2002), a identificação dos envolvidos na assistência é simples, sem custo e com impacto positivo no favorecimento da autonomia da mulher.

Também em relação a atitudes de baixo custo, verificou-se que as rotinas da maternidade foram esclarecidas apenas para parte das mulheres no momento da internação, e essa foi considerada uma atitude importante no relato M6D23 – *“acho que ajuda sabe, eu que nunca fui*

mãe, que não conheço o hospital, na hora da dor você fica meio perdida sabe, e sabendo disso na hora eu me lembrava e melhorava minha dor”.

3.3 O PROTAGONISMO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

A categoria **Protagonismo da mulher** permitiu avaliar como as mulheres atendidas na maternidade do HU-UFSC percebem seu protagonismo durante o trabalho de parto e seu papel na tomada de decisão acerca dos procedimentos realizados durante a internação.

Nesse trabalho, o **protagonismo da mulher**, avaliado pelo respeito à sua individualidade e pela sua participação nas decisões sobre os cuidados a serem realizados no parto e nascimento, apareceu como a categoria menos referenciada, apesar do envolvimento das mulheres na tomada de decisão estar entre os dez princípios do cuidado perinatal abordados pela OMS (2002) no manejo do parto normal.

Esse padrão, demonstra que as questões referentes ao **Background** das mulheres e à **Ambiência** da maternidade tiveram mais impacto na percepção da autonomia para as entrevistadas que sua participação na tomada de decisão, o que pode ser interpretado, à luz de Chauí (1994) como um reflexo de uma cultura de subordinação “interiorizada e imperceptível”, no qual há um poder hegemônico do médico. Essa complexa relação médico-paciente, usualmente assimétrica, pode provocar nas mulheres o sentimento de menor capacidade para escolher e fazer valer seus desejos. (FERREIRA et al., 2013).

O modelo biomédico marca profundamente as representações sociais sobre saúde e doença, exercendo influência também na mulher, em relação às suas significações e decisões no parto (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Essa construção hegemônica de decisão foi observada no relato M6C17 – “*não, acho que eles sabem né, eu como nunca passei por isso, eu acredito que foi tudo um padrão que eles tinham que seguir*”, em que a mulher aceita as decisões da equipe por julgar não ter conhecimento necessário para participar da decisão.

Nessa categoria, emergiram 3 subcategorias: “**Incentivo ao protagonismo da mulher**”, “**Tomada de decisão**” e “**Percepção da mulher sobre sua autonomia**”.

Em relação à subcategoria “**Incentivo ao protagonismo da mulher**” (total de 38,18% das US para a categoria), a maioria (nove) fez referência a geração de subsídios por parte dos profissionais para a decisão da mulher (23,64% das US para a categoria). Entre os

indicadores dessa subcategoria, no entanto, metade referiu não ter sua opinião consultada sobre os procedimentos (Tabela 8).

Tabela 8: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Incentivo ao protagonismo da mulher"

Categoria: Protagonismo da Mulher

Subcategoria: Incentivo ao protagonismo da mulher

INDICADOR	RE	Análise Categoria		porAnálise total			
		nUR	nUS% US	nUR	nUS% US	nUR	nUS% US
Geração de subsídios para decisão compartilhada		9	13 23,64%	9	13	4,42%	
Consulta à opinião da mulher sobre os procedimentos	Não Realizada	5	5 9,09%	6	8	2,72%	
	Realizada	1	3 5,45%				
Subtotal		15	21 38,18%	15	21	7,14%	

RE: Regra de enumeração, UR: unidade de registro, US: unidade de significância

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Essa subcategoria emergiu das referências à geração de subsídios para a decisão compartilhada, e consulta à opinião da mulher sobre os procedimentos realizados. Nesse sentido, os relatos versaram principalmente sobre a orientação que elas receberam quanto às opções não farmacológicas de alívio da dor - como o uso da bola de pilates e do chuveiro, sem restrições - além das sugestões de mudança de posição e atitude ativa durante o trabalho de parto, como no relato M6D22 – *“você pode tomar quantos banhos você quiser, tem as bolas se você quiser ficar nas bolas, quando apertar as contrações você pode ficar de quatro que ajuda bastante”*. A literatura mostra que o oferecimento de opções para a parturiente empodera a mulher nesse processo e, assim, sua autonomia é fortalecida (TILLET, 2009).

No entanto, metade das mulheres referiu que sua opinião não foi consultada pelos profissionais acerca das condutas a serem tomadas, como observado nos relatos M4C23 – *“minha opinião não. É rotina”* e M8C17 – *“eles me explicaram, mas não pediram minha opinião pra nada, além da analgesia”*. Da mesma forma, Griboski e Guilhem (2006)

evidenciaram, em seu estudo, que muitas vezes não é permitido à mulher opinar sobre seu parto ou a assistência que está sendo prestada.

A literatura estabelece a importância da participação ativa da mulher durante o trabalho de parto e parto (DINIZ, 2005; MS, 2002; TORNQUIST, 2007; WHO, 2002), assim, é fundamental encontrar recursos que possibilitem o fortalecimento de suas decisões e a criação de vínculo com os profissionais que a atendem, de forma esses sejam de fato compartilhadas (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). O respeito a individualidade de parturiente, permite estabelecer uma relação menos desigual e autoritária, à medida em que é reconhecido que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença (BRASIL, 2001).

Durante o processo parturitivo, as mulheres consideram o profissional como aquela pessoa responsável por tirar sua dor e, na urgência de querer resolver seu sofrimento, ficam vulneráveis, o que pode limitar e impedir a expressão de sua vontade (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006)

Essa perda da autonomia ficou evidente na tomada de decisão em relação a analgesia de parto, como em M7E28 - *“não, a anestesia que eu pedi, acho que eles podiam ter dado, que eu já fiz pesquisa, e eu sei que a gente tem direito”* e M4E42 - *“assim, só essa parte que eu te falei da analgesia, que eu acho que era um direito meu e não foi feito”*. Segundo o MS, poder receber controle adequado da dor durante o trabalho de parto é um direito da mulher, garantido pela legislação (portarias 2.815 e 572, respectivamente de 1998 e 2000), que inclui a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS.

Thies-Lagergren et al (2013) mostraram, em seu estudo, que a dor está associada a uma menor satisfação materna com a experiência no parto e é um dos fatores mais significativos para o medo dessa via numa próxima gestação.

Trazer o paciente para o centro da decisão sobre seu cuidado é um grande desafio da medicina contemporânea, uma vez que abre espaço para que cada indivíduo questione as condutas tomadas em relação a sua saúde. Algumas vertentes do movimento de humanização do parto recorrem à Medicina Baseada em Evidência e às recomendações da OMS para adoção de medidas e questionamento de outras, além de incentivar a busca ativa de informação pelas mulheres, ampliando suas possibilidades de escolha.

A atitude dos membros da equipe de atenção à mulher deve buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu

cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e que serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para o bebê, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade (BRASIL, 2010)

A subcategoria “**Tomada de decisão**” emergiu de seis indicadores que foram classificados, segundo a regra de contagem de polaridade, em Decisão compartilhada - aquela construída entre a mulher e a equipe (23,62% do total do universo de unidades de significância para a categoria) e Decisão não compartilhada - aquela tomada exclusivamente pela equipe, sem considerar a vontade da parturiente (12,73% do total das US para a categoria). Apesar de pouco expressada, no universo das categorias, a percepção em relação aos seus indicadores foi positiva.

Porém, ainda nessa subcategoria, duas mulheres fizeram referência a ter sido negada analgesia (9,09% das US para a categoria), uma fez referência à resignação quanto à decisão da equipe e outra referiu que a decisão foi técnica (Tabela 9).

Tabela 9: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Tomada de decisão"

Categoria: Protagonismo da Mulher

Subcategoria: Tomada de decisão

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Aceitação da decisão da equipe	Decisão compartilhada	1	3	5,45%	1	3	1,02%
Decisão após esclarecimento adequado		3	6	10,90%	3	6	2,04%
Respeito à vontade da Mulher		4	4	7,27%	4	4	1,36%
<u>Subtotal</u>		8	13	23,62%	8	13	4,42%
Execução técnica	Decisão não compartilhada	1	1	1,82%	1	1	0,34%
Negado analgesia		2	5	9,09%	2	5	1,70%
Resignação		1	1	1,82%	1	1	0,34%
<u>Subtotal</u>		4	7	12,73%	4	7	2,38%
		12	20	36,36%	12	20	6,80%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Independentemente das questões levantadas até aqui, a subcategoria “**Tomada de decisão**” mostrou que a percepção geral das mulheres sobre sua participação foi positiva. A maioria dos relatos contemplou a construção compartilhada, da mulher e seu acompanhante, com o profissional de saúde das decisões sobre seu cuidado. Esse padrão vem ao encontro do crescente reconhecimento, nas últimas décadas, da importância da participação do paciente sendo que esse modelo de relacionamento, é tratado na literatura como decisão compartilhada. Ele surgiu como alternativa ao modelo paternalista, no qual o médico decide e delibera a respeito de todos os passos do processo propedêutico e/ou terapêutico.

Entende-se como decisão compartilhada aquela que não é gerada pelo predomínio de uma vontade sobre a outra, mas sim pelo balanço adequado de ambas. Nessa lógica, reconhecer a autonomia do paciente não é destituir a do médico, mas sim reconhecer a alteridade presente nesta relação, onde as decisões devem ser compartilhadas. Da responsabilidade individual, nesta perspectiva de compartilhamento, surge a noção de corresponsabilidade (ALVES; GOLDIM; FERNANDES, 2012).

Em uma revisão sistemática sobre o tema, Moumjid et al. (2007) definem decisão compartilhada como um processo específico de tomada de decisão, no qual o paciente entende os riscos ou a gravidade da condição de saúde em que se encontra, os benefícios e incertezas em relação ao tratamento, tem seus valores levados em consideração e está disposto a participar da decisão até o ponto em que deseje e sinta-se confortável.

Uma vez que diversos trabalhos apontam a busca das mulheres pelo seu protagonismo (EMMETT et al., 2006; (LARKIN; BEGLEY; DEVANE, 2009; THIES-LAGERGREN et al., 2013), e que a gestação e o parto são considerados eventos fisiológicos, esse modelo de decisão parece ser o que mais se adequa às diretrizes de humanização da assistência. Segundo essa lógica, as escolhas devem ser centradas na experiência feminina, apoiadas em evidências científicas e baseadas no respeito aos direitos reprodutivos da mulher (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Em alguns relatos das entrevistadas, foi possível identificar o respeito à vontade da mulher, mesmo quando essa foi diferente da decisão inicial da equipe, como em M5E26 – “*dai eu falei que era de lado e ela disse que não, mas eu achei que de lado era melhor*”; M3C14 – “*não quis mais que ela me atendesse, dai ela não veio mais*” e M2F21 – “*eu ainda falei pra eles assim “não, eu quero ficar em pé, eu não quero deitar, dai eles “tu faz o que tu quiser” ele disse, só que tu tem que ter cuidado porque tu já tá quase*”.

Além do respeito à vontade da mulher, outros aspectos da tomada de decisão foram estabelecidos de forma compartilhada, à luz de informação adequada e compreensível por parte da equipe e considerando as peculiaridades e preferências da parturiente. Observa-se, dessa forma, nos relatos M8C16 – “*foi uma decisão minha usar*” e M3C12 – “*escolhi não tomar*”, a corresponsabilidade das mulheres nas decisões sobre os procedimentos. Do outro lado, a preocupação da equipe em trazer a mulher para o centro da tomada de decisão em M1E26 – “*tudo ela me perguntava né, se ‘tá bom?’, ‘dá pra fazer?’*”

‘Quer parar alguma coisa?’ e M3E22 – “você vai andar um pouquinho, e vai sentar ali no cavalinho’, Tá mas eu posso ir no banheiro? Ir na bola? Pode, você pode ir, pode fazer diferente”.

Em relação à subcategoria “**Percepção da mulher sobre sua autonomia**” a maioria (seis) referiu que teve sua autonomia preservada (10,90% das US para a categoria), mas três mulheres fizeram referência ao indicador ‘Protagonismo prejudicado pela dor ou vulnerabilidade’ (10,90% das US para a categoria) (Tabela 10).

Tabela 10: Análise numérica dos indicadores da subcategoria "Percepção da mulher sobre sua autonomia"

Categoria: Protagonismo da Mulher

Subcategoria: Percepção da mulher sobre sua autonomia

INDICADOR	RE	Análise por Categoria			Análise total		
		nUR	nUS	% US	nUR	nUS	% US
Autonomia	Autonomia preservada	6	6	10,90%	8	8	2,72%
	Autonomia não preservada	2	2	3,64%			
Protagonismo prejudicado pela dor ou vulnerabilidade	*	3	6	10,90%	3	6	2,04%
Subtotal		11	14	25,44%	11	14	4,76%

RE: Regra de enumeração; UR: unidade de registro; US: unidade de significância; *: não se aplica

Fonte: Pesquisa sobre Protagonismo da mulher em uma maternidade pública no sul do Brasil, HU-UFSC, 2015.

Essa subcategoria avaliou se na percepção das parturientes sua autonomia foi respeitada, e os relatos foram, na sua maioria, positivos. Porém, uma questão importante foi apontada por elas, que é a vulnerabilidade da mulher em trabalho de parto: M9E29 – “ah, eu não sei avaliar isso, ah, você tá tão... tá com tanta dor... acho que sim”.

O indicador ‘Protagonismo prejudicado pela dor ou vulnerabilidade’ mostrou que esses podem ser fatores complicadores para o exercício de sua autonomia, consequentemente da sua participação na tomada de decisão: M9D24 – “não posso dizer que me forçaram a nada, me perguntaram e como a pessoa é mais profissional

e você tá ali como paciente e com dor, você tá na disposição” e M9A8 – “ah na hora você já tá com dor então você fica meio assim, nem sabe o que pensar”.

No Brasil, o parto normal está associado à figura de dor e sofrimento, interpretados socialmente como parte da natureza do evento. Esse paradigma da dor como evento não patológico gera conflitos de natureza afetiva, emocional e metabólica das mulheres. Segundo Pereira (2011), a dor tem o poder de influenciar o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e de preocupações que envolvem o evento da parturição, o que contribui para uma conduta intervencionista do médico como meio de aliviar seus temores, e uma diminuição do protagonismo feminino no parto.

Esse estudo apresenta limitações, pois foi realizado apenas em um hospital universitário, no sul do Brasil o que pode não corresponder à realidade de outras maternidades locais, do estado ou do Brasil. Apesar de alguns autores na pesquisa qualitativa sugerirem um mínimo de 30 participantes, a amostra final com 10 puérperas, foi estabelecida por saturação de dados durante a análise de conteúdo. Outra limitação foi a dificuldade de identificar a função dos profissionais a que as entrevistadas se referiram, o que dificultou o aprofundamento de alguns relatos.

A literatura sobre humanização do parto é vasta e seus conceitos já estão estabelecidos, sendo que mais recentemente a autonomia da mulher está sendo estudada em relação a escolha da via de parto. Na área da obstetrícia, aprofundar o estudo da decisão compartilhada durante o processo de parturição representa mais um ganho para o empoderamento das parturientes e a ampliação do exercício do seu protagonismo durante o trabalho de parto.

4 CONCLUSÕES REFLEXIVAS

Foi possível compreender que a maternidade do HU da UFSC cumpre seu papel no cenário de humanização do atendimento, oferecendo às usuárias, em geral, um serviço de qualidade, à luz das diretrizes de humanização, com incentivo ao Protagonismo da mulher, tanto na geração de subsídios para decisão compartilhada, quanto na valorização de suas preferências.

Apesar disso, foram encontradas diversas expressões construídas na sua forma negativa, o que aponta que o atendimento realizado ainda não é homogêneo, e que é necessário estabelecer um processo de Educação Permanente para a equipe de saúde, de forma que todas as mulheres tenham acesso aos mesmos direitos e abordagem humanizada. A adequação da estrutura física, de modo a possibilitar maior privacidade e conforto às parturientes e seus acompanhantes, bem como a identificação fidedigna dos profissionais, também são metas a serem contempladas.

Em consonância com as tendências mundiais, as decisões relativas aos procedimentos realizados estão progressivamente sendo compartilhadas nessa maternidade. Esse movimento de fortalecimento do protagonismo da parturiente é de grande valor para a efetivação das estratégias de humanização, e sedimentar o conceito de decisão compartilhada, também na obstetrícia, pode ser uma ferramenta importante na transformação do modelo tecnocrático vigente para um modelo centrado nas necessidades das mulheres.

Ademais, a percepção global das entrevistadas foi de terem sua autonomia preservada durante seu atendimento, mas foi demonstrado que o seu protagonismo pode ser prejudicado pela dor e/ou estado de vulnerabilidade durante o trabalho de parto. Esse tema não foi aprofundado na discussão, mas pode servir de estímulo a pesquisas futuras.

Quanto ao Background das entrevistadas, apesar de todas terem realizado o pré-natal, predominou indicadores como não ter recebido informações ou essas terem sido insuficientes, questões de base que precisam ser solucionadas no atendimento realizado na atenção primária.

Esse estudo apresenta limitações, pois foi realizado apenas em um hospital universitário, no sul do Brasil, o que pode não corresponder à realidade de outras maternidades, tanto nessa quanto em outras regiões do Brasil. A dificuldade das entrevistadas em identificar a função dos profissionais ao qual estavam se referindo, também foi uma limitação a

ser considerada, pois dificultou o aprofundamento na análise de alguns relatos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface: Communication, Health, Education**, São Paulo, v. 15, n. 36, p.79-91, jan. 2011.

ALBERTO TRAPANI JR. (Santa Catarina) (Comp.). **Rotinas Da Divisão de Tocoginecologia Do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC**. Florianópolis: Editora da Ufsc, 2009.

ALLENDORF, Keera. Couples' Reports of Women's Autonomy and Health-care Use in Nepal. **Studies In Family Planning**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.35-46, mar. 2007. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2007.00114.x>.

ALVES, José Roberto; GOLDIM, Márcia Santana; FERNANDES, Cristiane Avancini. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. **Revista Hcpa**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.358-362, 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS: Volume 1 Formação e intervenção**. Brasília: Ms, 2010. 250 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ms, 2001. 199 p.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de Autonomia: O sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

COLLOPY, Bart; DUBLER, Nancy; ZUCKEMAN, Connie. The ethics of home care: Autonomy and accommodation. **Hastings Center Report**, v. 20, n. 2, p. 1-16, 1990.

DAVIS-FLOYD, Robbie et al. A Iniciativa Internacional Pelo Nascimento MãeBebê : Uma Abordagem de Um Atendimento Materno Eficiente À Luz Dos Direitos Humanos. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p.93-103, 2010.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 2005. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [s.l.], v. 359, n. 9318, p.1681-1685, maio 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6).

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, p.101-116, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105113>.

EMMETT, Cl et al. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 113, n. 12, p.1438-1445, 1 nov. 2006. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01112.x>.

FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira et al. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ACOLHER A PARTURIENTE NA PERSPECTIVA DIALÓGICA DE PAULO FREIRE. **Rev Enferm**, Recife, v. 57, p.1398-1405, 2013.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.61-72, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000100006>.

GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 11, p.2507-2516, nov. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100020>.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.107-114, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000100013>.

HAQUE, Syed Emdadul et al. Reproductive Health Care Utilization among Young Mothers in Bangladesh: Does Autonomy Matter?. **Women's Health Issues**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.171-180, mar. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.08.004>.

LEITÃO, João Felipe. **Autonomia da mulher em trabalho de parto Filipe**. 2010. 103 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Departamento de Bioética, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

KAMIYA, Yusuke. Women's autonomy and reproductive health care utilisation: Empirical evidence from Tajikistan. **Health Policy**, [s.l.], v. 102, n. 2-3, p.304-313, out. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.04.001>.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais, uma análise crítica, por um parto mais humano e solidário**. 1998. 155 f. Tese (Doutorado) -

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

LARKIN, Patricia; BEGLEY, Cecily M.; DEVANE, Declan. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. **Midwifery**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.49-59, abr. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>.

Michaelis Dicionário Prático Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA/GM N.O 569**: Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ms, 2002. 27 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.. ResoluÇÃO Nº 36, de 3 de Junho de 2008.

MOUMJID, N. et al. Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing?. **Medical Decision Making**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.539-546, 14 set. 2007. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0272989x07306779>.

NIGATU, Dabere et al. Factors associated with women's autonomy regarding maternal and child health care utilization in Bale Zone: a community based cross-sectional study. **Bmc Women's Health**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.60-79, 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-14-79>.

OSAMOR, Pauline; GRADY, Christine. Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. **International Journal Of Women's Health**, [s.l.], p.191-202, jun. 2016. Dove Medical Press Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s105483>.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.579-589, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000300005>.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev Brasileira de Anestesiologia**, artigo especial, n. 3, p. 376-388, mai. 2011.

PIRES, Sergio Fernandes Senna; BRANCO, Angela Uchoa. Cultura, self e autonomia: bases para o protagonismo infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.415-421, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722008000400004>.

RAHMAN, Md. Mosfequr; MOSTOFA, Md. Golam; HOQUE, Md. Aminul. Women's household decision-making autonomy and contraceptive behavior among Bangladeshi women. **Sexual & Reproductive Healthcare**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.9-15, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.003>.

SANTA CATARINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Histórico**. Disponível em: <<http://noticias.ufsc.br/2013/10/hu-integra-rede-cegonha-do-governo-federal-em-santa-catarina>>. Acesso em: 21 maio 2015

SANTOS, Marcos Leite dos. Os desafios de uma filosofia para a humanização do parto e do nascimento. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, p.17-24, 2010.

SILVA, Larissa Mandarano da; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 64, n. 1, p.60-65, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000100009>.

SODRÉ, Telma Malagutti et al. Escolha informada no parto: Um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 5, p.115-120, 2012.

SODRÉ, Thelma Malagutti et al. Necessidade de Cuidado E Desejo de Participação No Parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p.452-460, 2010.

THIES-LAGERGREN, Li et al. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. **Women And Birth**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.99-104, dez. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004>.

TILLET, J. Decision Making by Women during the Process of Labor. **The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 23, n. 8, p.204-215, 2009. Tornquist, Carmen Susana. 2007. "O Parto Humanizado E a REHUNA." : 145–60.

TORNQUIST, Carmen Susana. O Parto Humanizado e a REHUNA. **Anais do I Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**, Florianópolis, v. 1, p.145-160, abr. 2007.

TREACY, Laura; SAGBAKKEN, Mette. Exploration of perceptions and decision-making processes related to childbirth in rural Sierra Leone. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-12, 8 abr. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0500-9>.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução À Pesquisa Em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2012. 175 p.

World Health Organization. **WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course**. Copenhagen: Who, 2002. 392 p.

APÊNDICE A – Formulário Padrão

1. Nome: _____
2. Sexo ()Feminino ()Masculino
3. **Idade:**_____ anos
4. **Procedência:**_____
5. **Etnia:** Negra () Branca () Parda () Indígena () Amarela
6. **Renda Familiar:** R\$ _____ /família
7. **Escolaridade:**
 Nunca estudou () Fundamental incompleto ()
 Fundamental Completo () Médio incompleto ()
 Médio Completo () Superior incompleto ()
 Superior completo () Pós Graduação ()
8. **Profissão/Ocupação:** _____
9. **Estado Civil:** Casada () Solteira () União Estável ()
 Divorciada ()
10. **Vive com companheiro(a)** Sim() Não()
11. **G___ P___ C___ A**
12. Estado de Saúde:
 - 12.1. Prévio à gestação: _____
 - 12.2. Durante a /gestação: _____
13. **Gravidez planejada:** sim () não ()
14. **Gravidez Desejada:** sim() não()
15. Realizou pré-Natal: sim () não ()
Se sim, Onde realizou o pré-Natal: UBS () HU ()
 Policlínica () Privado ()
16. **Nº consultas pré-natal:** _____

Observações

APÊNDICE B – Entrevista Semi-Estruturada

Bloco A

Introdução à entrevista

1. Convite a participar da pesquisa. Descrever de forma clara e sintética a linha orientadora do estudo e os respectivos objetivos; assegurar a confidencialidade das informações obtidas e o resultado da investigação. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando houver concordância.

2. Solicitar a colaboração da mulher na aplicação do instrumento de coleta de dados, salientando a importância de sua contribuição e da gravação integral da entrevista em áudio.

3. Pedir autorização para a gravação integral do áudio da entrevista; informar à puérpera de que posteriormente lhe será fornecido o resultado da investigação, caso o solicite;

4. Informar a duração aproximada da entrevista (cerca de 20 minutos); esclarecer de forma clara e precisa as dúvidas da entrevistada, em relação ao proposto no bloco A

Bloco B

Dimensão: conhecimento prévio (recebido no pré-natal)

1. Alguém conversou com você sobre o parto no pré-natal?
Quem?
2. Quais informações você recebeu sobre o parto durante o pré-natal?
3. Você acha que suas dúvidas foram esclarecidas?

Bloco C

Dimensão: Expectativas

1. Durante a sua gravidez, alguma vez pensou como gostaria que fosse o seu trabalho de parto? E o parto?

2. Você decidiu sozinha sobre o que gostaria de fazer no nascimento do seu filho, ou alguém da sua família ou círculo de amigos pode ter influenciado suas decisões?

3. Você acha que seu o parto foi como você esperava? Exemplifique.

Bloco D
Pergunta introdutória

1. Gostaria que me contasse brevemente como foi sua experiência durante o trabalho de parto aqui no HU.

Bloco E
Dimensão: Profissional (Questões relacionadas à interação dos profissionais com a parturiente)

1. Todas as pessoas que trataram de você se identificaram pelo nome e função?

2. Você foi esclarecida sobre as condutas tomadas durante seu trabalho de parto? Quando a resposta positiva, complementar: Você compreendeu o que estava sendo feito?

3. Em algum momento, durante seu acompanhamento, pediram a sua opinião e/ou autorização sobre os procedimentos?

4. Algum profissional teve alguma atitude que você não gostou?

5. Algum profissional teve alguma atitude positiva, que te ajudou de alguma forma?

Bloco E
Dimensão: Estrutural (Questões relacionadas às rotinas do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia)

1. Alguém explicou para você sobre as rotinas da maternidade durante o trabalho de parto? Caso positivo, quem?

2. Você acha que essas rotinas podem ter ajudado ou atrapalhado de alguma forma?

3. Você gostaria que algo fosse diferente?

Bloco F
Dimensão: Feminina (privacidade e autonomia sobre o corpo da mulher)

1. Você acha que sua privacidade foi ou não preservada durante o trabalho de parto?

2. Você se sentiu “à vontade” ou “envergonhada” com a equipe de saúde durante o trabalho de parto?

3. Houve algum procedimento constrangedor ou doloroso? Você foi esclarecida sobre a necessidade desses procedimentos? Sua opinião foi levada em conta?

4. Você se sentiu segura durante sua internação?

Bloco H

Conclusão da entrevista

1. Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar tendo sido ou não perguntado durante a entrevista;

2. Agradecer a disponibilidade e desejar felicidades à mãe-bebê-família

APÊNDICE C - Lista de expressões codificadas em unidades de registro

CATEGORIA: Ambiente

SUBCATEGORIA: Sentimentos relativos ao conforto e bem-estar

INDICADOR: à vontade durante à internação

M1E28 – “me senti a vontade”

M10E17 – “não, à vontade”

M2E19 – “Não, a vontade”

M4E35 – “ Me senti a vontade. Até porque pra mim é normal, porque eu sou da área”

M5E19 – “sim”

M6E29 – “eu me senti a vontade”

M8E26 – “acho que sim, me senti a vontade com a equipe”

INDICADOR: Percepção positiva da presença do acompanhante

M4C26 – “o pai, o meu marido, o tempo todo, o que também foi peça fundamental”

M4C27 – “minha irma ligou (...) e queria que eu fizesse uma cesárea, a maldita da cesárea e ai ele falou, não, não tem nem como pedir isso, espera mais um pouco”

M7B12 – “minha sogra ficou comigo a noite toda”

M7C17 – “minha sogra que me ajudou um monte, ela que teve maior participação”

INDICADOR: Sensação de segurança presente

M1E29 – “eu fazia consulta aqui do alto risco, então recentemente eu fiquei internada aqui, 5 dias, com problemas nos rins, então eu já conhecia, sempre vinha aqui também”

M10E18 – “sim , em todos os momentos”

M2E20 – “Me senti”

M3E23 – “sim, me senti bastante segura porque as pessoas, né, eles mostram confiança pra ti”

M4E41 – “sim, a todo instante”

M5E23 – “sim”

M6E34 – “sim, o tempo inteiro, acho que porque o plantão que eu peguei eram pessoas mais velhas, e eu sempre tive medo de cair nas mãos de estagiários”

M8E29 – “sim sim”

INDICADOR: Impressão sobre a estrutura física/higiene (boa)

M6D25 – “não, acho que os ambientes que eu fiquei sempre tavam bem limpos, bem organizados”

INDICADOR: Impressão sobre a estrutura física/higiene (ruim)

M1D24 – “um ponto que tinha que melhorar sobre a parte do acompanhante, tipo porque daí só tem essa cadeira e aí é bem desconfortável, daí não pode sentar na cama, não pode usar o banheiro, achava que isso tinha que ser melhorado”

M4E33 – “Aquele banheiro é muito de frente ali pra onde ficam os médicos”

M4E36 – “talvez alguém mais com alguma criação diferente ficasse porque é bem exposto”

M4E37 – “o quarto do lado, o marido da outra menina passa na frente”

M8D25 – “reforma, acho que precisa, é triste que vai precisar fechar mas precisa, não tinha uma tomada que funcionasse”

M9D22 – “essa parte e a estrutura do lugar, que bom que tão reformando porque o banheiro é um nojo, bem detonado, (...) tem buracos, tá até perigoso, tinha cupim na cama”

INDICADOR: Privacidade (não preservada)

M4E38 – “no momento do toque, não fecharam em momento algum ali a cortininha, ficava o tempo todo aberto”

INDICADOR: Privacidade (preservada)

M1E26 – “sim”

M10E16 – “sim acho que sim”

M2E18 – “Não, foi bem tranquilo”

M3E19 – “Sim”

M4E32 – “com meu corpo? Foi”

M5E18 – “sim sim”

M6E28 – “foi”

M7E24 – “acho que sim, acho que na hora da dor, do parto, precisa né”

SUBCATEGORIA: Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes

INDICADOR: Percepções sobre a atitude dos profissionais (negativas)

M1C15 – “ela falou “Não, é que você tá muita reclamona”

M1C16 – “eu falei que tava doendo né, ela falou que não tinha outro bebe e que o parto era pior”

M1C17 – “eu fui pedir ajuda ne, a enfermeira pra me ajudar, e ela meio que me deu bronca, tipo ah não é assim, é desse lado”

M1D25 – “elas falam que vão fazer uma coisa agora e demora muito pra fazer. Tipo “ah vou dar banho nela”, ai demora uma cara pra vir. Ah tipo, ontem eu fiquei aqui bem suja de sangue um tempão, esperando a enfermeira e nada”

M3C13 – “quando eu fui falar ela se estressou comigo e falou “não é pra ti ficar assim, porque é normal e tu só tá com 2 dedos de dilatação, quando você chegou teu colo do útero tava muito grosso e agora teu colo tá muito fino”, e ela foi muito grossa, até minha mãe discutiu com ela”

M3E24 – “só menos essa moça que não”

M4E39 – “só esse toque, né, mas é normal né, faz parte da rotina, é importante”

M5E20 – “ah os toques doiam sim”

M6A3 – “não gostei muito do atendimento depois que eu ganhei o bebe, que eu fui pra sala de observação, as enfermeiras da sala de observação não eram nem um pouco atenciosas”

M6C18 – “na sala de recuperação (...), achei antiético que duas enfermeiras tavam discutindo entre si sobre um procedimento, (...) ai elas meio que conversaram só sobre isso e nem me deram muita bola”

M6C19 – “perguntei , tá ela ta chorando de fome posso da mama pra ela? Claro, pode e não sei o que, ai eu esperei acho que 1 h lá em cima, dai, até vagar um quarto aqui pra eu poder descer, mas ai eu tive que perguntar sabe, e ela bem meio que grossa sabe?”

M8C19 – “achei meio estranho uma conversa lá embaixo na sala de recuperação, foi um debate entre eles lá”

M8E27 – “é, doloroso eu achei um toque que me fizeram na sala do pré parto, doeu demais eu achei estranho”

M9A3 – “o que faria eu ganhar a tarde que era um turno mais tranquilo e se fosse só de noite o turno era muito cesarista, aí eu fiquei com medo e ela me sugeriu a fazer uma indução”

M9C27 – “Eu achei também, assim, a sala que eles ficam no pré-parto, fica todo mudo rindo e você tá com dor e eu achei isso bem indelicado, e tem um monte de estudante e tem tv e eles ficam falando e tem várias mulheres gritando passando mal porque tão com dor então eu acho que eles podiam ter tido mais respeito com isso”

M9C32 – “acho que a residente que tirou foi meio fria também”

M9C33 – “que me ajudou não teve nada que me marcou, até porque eu pedi auxílio e tal e não teve nada”

M9C34 – “então eles iam e voltavam mediam os batimentos mas eles podiam ter dado sugestões né”

M9D20 – “acho que de repente eu poderia ter mais profissionais que me ajudassem, tipo, ah faz isso faz aquilo algumas colegas me falaram que tiveram gente que falou pra elas o que era melhor e o meu não teve”

M9D21 – “eu fiquei lá sozinha, eu fiquei agachando lá, porque eu também já tinha lido umas coisas”

INDICADOR: Percepções sobre a atitude dos profissionais (positivas)

M1C18 – “essa, não sei se é enfermeira, não lembro, ficava ajudando na hora da contração, ela foi bem legal, gostei dela”

M10C15 – “ah sim, quando eu cheguei fui bem recebida, elas tiveram toda a atenção, a doutora que me atendeu ela foi bem querida”

M10D10 – “Eu gostei desde o momento que eu cheguei até agora, eu fui bem atendida, bem tratada, não tenho o que questionar”

M10F20 – “eu gostei bastante do atendimento”

M2C13 – “ela foi bem atenciosa, me levou pro chuveiro, me ajudou assim a jogar uma água, me vestir, me acomodou bem direitinho, assim sabe”

M2C15 – “assim, eu achei que quem me acolheu foi a enfermeira logo que eu passei ela veio me deu a mão, ficou esperando e daí bem na hora me deu uma contração, aí ela ficou assim agarrada na minha mão assim esperando”

M2C16 – “ela foi bem atenciosa comigo. As enfermeiras mesmo, todas, todas elas foram bem...”

M2F22 – “mas o tempo todo ele ficou ali do meu lado”

M2F23 – “Mas ele bem, ele ficou o tempo todo ali junto comigo, do meu lado né, falando isso aí, (...). Mas ele tava ali né”

M3C16 – “sim, quando eu comecei a sentir muita dor eu pedia pra eles fazerem cesárea em mim, eles dois, eles não, você vai aguentar, você vai conseguir até o último, a gente não vai fazer porque não tem necessidade”

M3E20 – “Sim. Eu peguei três plantões e todos foram maravilhosos menos essa moça”

M3E21 – “Não, nenhum. Mesmo com a enfermeira, todos foram ótimos”

M4A1 – “fui super bem atendida desde a recepção, até os médicos, até o momento do parto”

M4C24 – “a (...), ela ficou, fez massagem, me apoiou, me deu força pra continuar”

M4C25 – “acho que se ela não tivesse ali teria sido um pouco mais difícil, emocionalmente”

M6A2 – “Quando estourou minha bolsa e a gente chegou aqui desde o começo eu fui bem atendida”

M6B11 – “a médica que me acompanhou,(...) sempre bem atenciosa, me incentivando , e eu querendo desistir sempre, falando, me faz um cesaria”

M6C16 – “eu disse que tava com dor de cabeça ai ela botou um buscopan, ai a outra enfermeira viu que eu tava quente ai foi lá e mediu pra ver se tinha febre, ai muito atenciosos com os batimentos do bebe, sabe? O tempo inteiro vindo escutar os batimentos do bebe”

M6C20 – “ela foi super atenciosa, sempre me motivando , eu tava muito estressada, eu sou estressada sabe, ai eu tava , nas últimas ali, eu tava com muita dor, ai ela me motivando ,pegava um monte de coisas pra passar nas minhas costas pra ver se aliviava a dor na contração”

M6C21 – “fora do que ela teria que fazer, ajudou muito mais , fora do básico do trabalho dela”

M6D26 – “na sala de parto mesmo que tinha muita gente, todos estavam me incentivando pra fazer o beber sair”

M6D27 – “as enfermeiras que me deram banho depois do parto , que faz aquela sangueira , as enfermeiras bem calmas, isso é normal, fica calma”

M6E31 – “se a enfermeira visse que eu tava com o peito de fora ela ia lá e tampava”

M7B11 – “depois que passou eu não posso reclamar, pelo menos não daqui, todo mundo me atendeu muito bem”

M7C15 – “sim, tirando meu medo, querendo mostrar que parto normal é um parto bom, que só depende de mim”

M7C20 – “a vontade é de xingar todos né , pela dor, mas depois que passa todos são ótimos”

M7F29 – “a equipe foi toda boa, me cuidaram super bem e preocupação com a neném também, o tempo todo”

M8B12 – “eu teria desistido se não fosse a médica que me atendeu”

M8C20 – “sim, vários, o que me aplicou a analgesia, a equipe inteira que tava ali pra aplicar, muito simpáticas”

M8C21 – “a outra foi a moça que fez o meu parto (...), ela foi muito muito especial , eu tenho certeza que se não fosse ela ou uma pessoa como ela eu não teria conseguido , ela me deu muita força”

M8C22 – “A melhor posição pra mim foi cócoras e ela se jogou no chão comigo, jogou vários panos no chão e falou que se tivesse que ser aqui ia ser aqui e vamos lá”

M8C23 – “ela fez o toque e foi me explicando assim né, (...) ,e ela foi muito especial e na hora que eu falei que não ia conseguir ela não me deu muita bola, e eu pensei, cara como ela tá me ouvindo falar que eu não vou conseguir, mas era a tática dela pra fazer eu conseguir porque ela sabia mas eu não”

M9D17 – “ah, eu achei bem tranquilo o atendimento”

M9D23 – “Mas de tratamento não posso reclamar de nada, todos que me atenderam foram bem cordiais assim”

M7E27 – “eles foram falando comigo,(...) quase na hora de eu ter ela eu fiquei mais calma”

INDICADOR: Impressões sobre a presença dos estudantes

M6E32 – “eram estudantes de sétima fase de medicina , ai quando ela fez o toque foi dolorido”

M6E33 – “a professora pegou, veio, mostrou, ai ela fez novamente o toque , mas não foi nem um pouco invasivo sabe, ela veio pediu autorização e eu deixei, porque ela queria saber quantos dedos eu tava sabe”

M6E35 – “foi uma estagiária que estourou minha veia , ai ai veio outra senhora que furou e acertou a veia , mas não senti de forma alguma que queriam me machucar”

M9E30 – “até num deles ele tava bem nervoso, tava com a mão tremendo assim, eu achei engraçado, ai eu vi que ele tava bem nervoso, mas não me interferiu”

M9E31 – “Ai eu fiquei pensando sobre isso, de estar nas mão de vários estudantes, mas no fim até que eles não foram tão mal, tão amadores”

SUBCATEGORIA: **Comunicação**

INDICADOR: Esclarecimento sobre evolução do TP e saúde da mulher e do bebê (adequado)

M1C12 – “Sim”

M2C12 – “É, ele falou “ah, mãezinha, vamos esperar romper a tua bolsa” Ai já rompeu ai ele disse “ó, já veio”

M5C10 – “ele nasceu com a cabeça meio amassadinha, e eles me explicaram que era das contrações”

M8C14 – “sim fui esclarecida sempre sobre o que estava acontecendo”

M9A5 – “até depois ela me falou que não era bem uma indução porque já tava em trabalho de parto e que já era bolsa rota, ai colocaram o comprimido”

INDICADOR: Esclarecimento sobre evolução do TP e saúde da mulher e do bebê (inadequado)

M6A4 – “eu como mãe de primeira viagem queria saber, entender o que ia acontecer, se podia dar de mamar, ele estava chorando de fome e elas não explicaram nada”

INDICADOR: Esclarecimento sobre procedimentos ou condutas (adequado)

M10C13 – “sim, isso sim”

M3C10 – “explicaram”

M4C20 – “Aqui tudo que acontecia eles me falavam: “vou fazer o toque, vou ver a posição da cabeça”

M4C21 – “que foi um toque muito mais doloroso e ele me explicou porque que seria antes de fazer e me falou que seria também e isso foi bem legal porque eu já fiquei preparada, porque eu tava com muita dor”

M4C22 – “me explicou também que as próximas contrações seriam mais doloridas devido a esse tipo de toque

M4E40 – “sim, ele precisava saber o posicionamento da cabeça”

M5C9 – “sim, e tipo, se eu não entendesse eles me explicavam de novo”

M5C11 – “e depois da vacina”

M5C12 – “eles sempre me explicavam tudo direitinho”

M5E21 – “elas falavam que sabiam que tava doendo mas que era necessário pra saber

M6C15 – “essa médica, essa senhora que foi até o final comigo, ela me explicava, eu perguntava , quanto tempo você vai fazer o toque, ai ela dizia , de 3 em 3h”

M7E25 – “sim, explicavam”

M8E28 – “depois eu fui fazer outro e a moça falou, olha não pode doer, não é pra doer”

M9C26 – “eu entendi, eles queriam acelerar o parto”

INDICADOR: Esclarecimento sobre procedimentos ou condutas (inadequado)

M8F32 – “na verdade me explicaram, mas ali tinha pessoas a favor e outras contra então entendi sem entender”

M9D18 – “tirando o negócio da indução que eu não sei se é bom ou ruim, não tenho como avaliar isso, mas passou, elas falaram que eu podia ficar 2 dias em trabalho de parto então, acho que talvez foi bom”

INDICADOR: Identificação dos profissionais (adequado)

M2C11 – “eles falavam “ah eu sou o fulano”, (...) mas todos foram bem atenciosos comigo, todos”

M4C19 – “sim”

M5C8 – “sim”

INDICADOR: Identificação dos profissionais (inadequado)

M1C11 – “nem todos, olha, só se na hora eu não prestei atenção, mas chegaram a falar sim, mas eu não lembro”

M10C12 – “não, não”

M3C8 – “teve uns que falaram o nome, teve uns que não, só a função”

M6C14 – “não. Eu olhava no crachá”

M7C13 – “algumas eu já conhecia, o medico né, e outras eu sabia pelo crachá”

M7C14 – “sabia pelo crachá né”

M8C13 – “na realidade sim, o que eram, eu que não lembro, é que depois eu perguntei quem era a médica residente, porque depois mudou o plantão”

M9C25 – “eu não sabia quem era o residente ou quem era o médico, não sei se eu tava atordoada, teve uma hora que eu não sabia quem era quem, teve muitas pessoas e muitas trocas de plantão, então eu já não sabia quem era quem”

INDICADOR: Informação sobre as rotinas da maternidade na internação (adequado)

M1D22 – “Teve uma moça, uma senhora também, bem simpática, ela falou que eu ia, que a moça ia cuidar de mim, que eu tava só com 4 dedos de dilatação e que pra isso eu tinha que andar um pouco, né”

M1D23 – “Ai falou o quarto que eu ia ficar”

M4D28 – “explicou. Aqui ó, “você vai pro pré parto, sala de parto, pós parto, depois viria pra cá pro alojamento coletivo”

M4D29 – “ajuda. É fundamental. (...). Sabia tudo que ia acontecer”

M5D15 – “E a moça também falou”

M6D22 – “explicou ó aqui é o banheiro ,aqui você vai ficar até as dores começarem , ai depois você vai pra sala de parto, explicou assim meio por cima sabe, ai falou ah se você quiser andar pelo corredor você pode, ali tá o banheiro”

M6D24 – “acho que ajuda sabe, eu que nunca fui mãe , que não conheço o hospital, na hora da dor você fica meio perdida sabe, e sabendo disso na hora eu me lembrava e melhorava minha dor”

M8D24 – “sim, bem no começo na sala de pre parto”

M9D16 – “teve uma enfermeira que mostrou as salas de parto”

INDICADOR: Informação sobre as rotinas da maternidade na internação (inadequado)

M10D9 – “não”

M10D11 – “ como o outro parto foi recente e foi aqui também, eu já tinha mais ou menos uma ideia de como seria, foi bem tranquilo”

M2D17 – “Não”

M3D17 – “não, a enfermeira só me disse “ó, esse é o seu leito, você vai ficar aqui”

M3D18 – “sim, que ela me mostrasse onde eu ia ganhar meu filho, mostrasse todas as salas antes de me dar o remédio, isso que deve ser feito”

M7D21 – “como fecharam essa noite, daí não deu pra me mostrar o lugar”

CATEGORIA: **BACKGROUND**SUBCATEGORIA: **Informações obtidas durante a gestação**INDICADOR: **Busca de informação pela mulher**

M1B3 – “Já, eu vi na internet”

M4B10 – “perguntava”

M5B1 – “foi do curso que eu fiz na igreja da trindade, é um curso de gestantes, eles ensinam tudo”

M5D14 – “eu já sabia mais ou menos porque aqui no HU tem a visita do terceiro trimestre, ai eu participei e ai eu já sabia mais ou menos”

M5D16 – “sim, porque foi por causa da visita que eu soube que aqui tem a sala de cócoras que ai eu decidi ganhar aqui”

M7B2 – “dúvida a gente sempre tem, mas dai a gente pergunta”

M7B5 – “também pesquisei bastante, procurei na internet”

M8B3 – “eu fazia o grupo de apoio dos pais e gestantes aqui do HU. Fora isso, pilates, minha professora tinha ganho bebê fazia pouco tempo”

M8B10 – “o que me fez ter certeza mesmo foi o curso, ele me explicaram direitinho os benefícios pro bebê, a hora do parto, ele entrar em contato com os hormônios, e pra mim, a recuperação, então isso foi o fator decisivo”

M9B14 – “eu até cheguei a perguntar varias vezes se tinha visitação e ela nem sabia me dizer se tinha e tal”

INDICADOR: **Influências do círculo de relações**

M1B6 – “É que eu ouvia sempre minha mãe falando que normal é melhor, a recuperação também é mais rápida”

M2B7 – “Não não, nós entre mulheres, eu, minha comadre, quando a gente tocava no assunto de parto e coisa, ela falava que ganhou de cócoras, a minha irmã também, né, diz que é bem melhor do que deitada”

M3B5 – “Com a minha mãe, ela falou pra mim que parto normal era melhor, o tempo de recuperação tudo”

M4B13 – “e todos me falavam “te prepara pra dor”. Eu ouvi muito dessa minha amiga aqui que ela disse que sentiu uma dor aqui e que o marido filmou e que ela ficou brava”

M4B15 – “eu acompanhei todo o trabalho de parto dela na Carmela e a recuperação dela foi maravilhosa, ela me dizia que não queria que eu passasse por isso, ela é mais nova, mas eu queria justamente por ter acompanhado todo o processo”

M5B2 – “a irmã da minha cunhada fez ali e mandou minha cunhada ir fazer ali, aí eu fui também”

M8B7 – “a avó influenciou bastante”

M8B8 – “meu marido falou que o que eu decidisse tava bom, porque era meu corpo afinal”

M8B9 – “a mãe dele , ela teve os dois filhos em casa então ela conversou bastante comigo”

INDICADOR: Informações recebidas no pré-natal (Não recebeu informações)

M1B1 – “Não”

M1B2 – “nada”

M10B2 – “não, não”

M10B3 – “como eu já tinha um recente eles já vinham achando que eu não tinha dúvida, né”

M2B2 – “Não, ninguém me falou nada”

M2B8 – “Mas só assim entre nós, assim, não um especialista, médico, alguma coisa assim, não”

M7B1 – “Não, não comentaram nada”

M9B10 – “a minha médica do pré-natal é bem cesarista, eu já notei bem no começo , ela não falava nada de parto”

M9B13 – “minha obstetra sempre foi muito cesarista e a preocupação dela sempre foi só com o exame, o pre natal foi bem completo mas ela nunca chegou ‘e ai como vai ser?’”

INDICADOR: Informações recebidas no pré-natal (Recebeu informações)

M5B3 – “sim”

M3B1 – “falavam que doía, que poderia ser parto cesariana ou parto normal”

M4B3 – “o médico”

M4B4 – “falou, me explicou a diferença entre um e o outro, até pra que eu já chegasse decidida de qual eu iria fazer”

M5B4 – “sim, a obstetra”

M6B6 – “O médico da família no posto. É, ele falou pra motivar a fazer o bico do peito desde o começo da gestação, é, me explicava , sempre me deixou bem alerta sobre tudo”

M6B7 – “ele esclareceu bastante dúvidas”

M8B1 – “sim conversaram”

INDICADOR: Informações recebidas no pré-natal (Recebeu informações insuficientes)

M3B2 – “eu acho que eles poderiam dar mais atenção, não sei como eu posso te explicar, Eles deveriam falar desde o começo até o final das dores, das contrações, da dilatação”

M7B3 – “algumas foram ,outras não”

M7B4 – “por exemplo sobre o local de mudar de um para o outro no nascimento, isso me deixou em dúvida o médico mesmo te deixa confusa, as vezes você tem confiança em um e não tem no outro”

SUBCATEGORIA: **Projeto de parto / Desejos da mulher**

INDICADOR: Projeto de parto / Desejos da mulher (Escolha da via de parto - Desejo pela cesariana)

M7B6 – “queria cesárea, porque eu não queria passar dor , mais prático”

M7B8 – “quis cesárea , pela dor que eu senti”

M7B9 – “eu não tive condições de pagar, se eu tivesse dinheiro tinha feito cesárea”

INDICADOR: Projeto de parto / Desejos da mulher (Escolha da via de parto - Desejo pela cesariana associada ao desejo pela laqueadura)

M10B5 – “eu queria na intenção de fazer a laqueadura junto com o parto, mas não era possível”

M10B7 – “So queria cesárea pela opção de fazer a laqueadura”

INDICADOR: Projeto de parto / Desejos da mulher (Escolha da via de parto - Desejo pelo parto normal)

M1B4 – “queria normal”

M10B6 – “mas se fosse assim a preferência era normal, né”

M2B4 – “normal, que nem os outros, assim”

M3B3 – “eu queria parto normal”

M4B6 – “pra ter parto normal”

M4B11 – “sim, parto normal”

M4F46 – “não, porque eu moro muito longe, não tem como, mesmo que eu contratasse uma UTI móvel, que não é o caso, eu iria pra maternidade Ilha então, não teria vindo pra cá se tivesse condições de ter feito em casa. Mas como eu conheço uma equipe eu poderia ter feito mas o fato de morar longe impede muito”

M5B5 – “eu queria de cócoras”

M5B6 – “eu sempre quis parto, e de cócoras”

M6B10 – “no ultimo mês pelo fato da minha anemia estar alta eu nem podia pensar em uma cesária , ai eu sabia que tinha que ser parto normal”

M6B12 – “sempre fui de fazer muita atividade física, então eu escolhi o parto pela rapidez na recuperação”

M8B4 – “eu sempre quis parto natural”

M9A1 – “minha ideia sempre foi ter um parto mais natural possível”

M9B12 – “eu moro na praia, então eu procuro uma vida mais tranquila mais natural, então ter uma gravidez e já planejar uma cesárea não é meu perfil”

INDICADOR: Projeto de parto / Desejos da mulher (Escolha da via de parto - desejo pelo parto na água)

M4D30 – “só a única coisa que eu queria, só que não cabe aqui né, mas é muito legal é que tem no Ilha que é o parto na água”

M9D19 – “eu queria parto na água”

INDICADOR: Projeto de parto / Desejos da mulher (Escolha da maternidade)

M1E30 – “Então eu queria mesmo ganhar aqui no HU”

M3B4 – “Eu sempre pensei em ser aqui”

M4B5 – “apesar de que se eu fosse pra uma instituição pública eu não ia ter escolha né, era o que iria acontecer. E eu queria, desde o momento que eu engravidei eu sabia que eu viria ou pra cá ou pro Ilha”

M6A1 – “desde o inicio que eu engravidei eu disse que queria ganhar o bebê no HU .é, pelo fato de fazerem o parto de cócoras que outros hospitais não fazem na redondeza, e pelo fato do atendimento mesmo, pelo fato de terem bastante estagiários, assim que sempre estão atendendo bem e são ágeis e rápidos”

M8B6 – “dei preferencia pelo hu por isso, pelo historico de parto natural”

M9B11 – “ai eu optei pelo HU porque eu sabia que tinha o de cócoras e as bolas, as alternativas para humanizar né”

SUBCATEGORIA: **Expectativas e Percepções sobre o parto**

INDICADOR: Expectativas versus realidade

M1B5 – “eu queria que fosse rápido”

M1B7 – “eu queria que fosse rápido e foi, mas não, tipo, o modo como foi feito, porque foi tudo novo pra mim”

M1B8 – “eu vendo vídeos na internet eu via de uma forma só que foi feito de outra forma.”

M1B9 – “eu via, tipo, a mulher deitada, e fazia força né, assim, na cama, de barriga pra cima, e não foi assim, foi ao contrário”

M10B8 – “foi bem tranquilo, assim, bem, tive bastante atenção, cuidado”

M2B5 – “é assim que, né, a dor acontece, a gente sabe, mas que corresse tudo bem”

M2B6 – “perguntaram se eu queria o parto de cócoras, né, eu nunca fiz esse aí, eu sempre fiz o tradicional, né, eu disse eu pra mim já penso, vindo e não dando complicação, pra mim”

M2B9 – “Olha, vou te falar a verdade, bem melhor”

M3B6 – “não, achei que ia ser bom e não foi”

M3B7 – “pensei que ia chegar e já ia ter dilatação pra ganhar ele e não foi assim, teve que induzir e teve que esperar muitas horas até ele nascer”

M4B7 – “ou parto anormal (20 horas, sofrendo igual uma louca)”

M4B12 – “Não me preparei pra dor (...) eu não imaginava que essa dor ali era tanta dor”

M4B14 – “Uhum, eu queria estar assim depois do parto. Estar bem”

M4B16 – “não, eu não tava preparada. Foi assim, em termos, mas eu não esperava ficar tantas horas,

M4D31 – “Eu sou doula também, o que não fez diferença alguma no meu parto, não mudou nada porque quando é com a gente é outra...”

M4F45 – “é que é diferente dentro do hospital, tudo é uma rotina, se você faz em casa, tua liberdade de espaço é maior, né tu tá dentro, tu pode caminhar tudo”

M5B7 – “não, porque não ganhei ela de cócoras, eu não fui pra sala de parto, não deu tempo, eu ganhei na cama mesmo”

M5D17 – “queria ter ganhado de cócoras mesmo. Mas não deu tempo”

M6B8 – “eu tinha bastante medo de não saber cuidar do bebê, eu não tinha medo do parto”

M6B9 – “eu não sabia que ia doer tanto, eu não tinha idéia que eu ia sofrer tanto. Mas eu sempre pensei que ia ser a pior dor do mundo”

M6B13 – “o meu 18h digamos que foi rápido né, mas como eu era primeiro filho eu não tinha noção, mas pelo que eu , pelas histórias que eu escutei, foi um parto bem tranquilo , porque não teve complicação”

M7B7 – “no começo da gravidez eu pensava, depois eu já achava que o que viesse estava bom”

M7B10 – “não foi como eu esperava, mas passou né, eu não esperava passar tanta dor”

M8B2 – “mas entre conversar e sentir é bem diferente”

M8B5 – “mas eu sempre fui com a cabeça aberta que se não fosse tudo bem, então fui preparada pro que der”

M8B11 – “eu não pensei que fosse doer tanto”

M9B15 – “ah é complicado, porque ficamos na expectativa de uma coisa mas é outra, sempre achamos que doi menos do que realmente doi, é uma dor que você só deleta porque tem muito sentimento envolvido”

INDICADOR: Percepções sobre o Parto

M10A1 – “em 1h ele nasceu , foi bem rápido”

M2A1 – “Uhum, foi bem rápido”

M2B10 – “então dessa, assim pra mim, foi maravilhoso porque eu cheguei, já veio, já”

M5E22 – “e foi muito rápido , ela tocou era 3 e pouco e eu tava com 6 cm e 4: 15 da manhã ele já nasceu”

CATEGORIA: Protagonismo da Mulher

SUBCATEGORIA: **Incentivo ao protagonismo da mulher**

INDICADOR: Geração de subsídios para decisão compartilhada

M1C13 – “no chuveiro ela me falou que eu tinha que ficar 40 minutos, depois, eu poderia sair antes”

M1C19 – “Ela falou “tenho uma dica assim é diferente mas vai te ajudar bastante, vai melhorar a tua dor, vai ser bem rapido”

M2C14 – “ele disse pra mim “mãe, tu faz o que tu queres, se tu quiser ir na bola, se tu quiser deitar, se tu quiser ir pro chuveiro” ele me orientou que eu podia fazer o que eu quisesse pra eu me sentir melhor.”

M3C11 – “tipo, eles “se acha que tá com muita dor, quer tomar aquela injeção? que fica poucas horas, daí tu vai deitar e vai dormir, pode parar, pode dilatar, mas amanhã tu vai sentir a mesma coisa”

M4E43 – “Mas tudo que eu queria fazer eles me ajudavam, me apoiavam, o fato de eu poder ficar 2 horas embaixo da água pra ver se dilatava, me doeu muito na consciência mas eles permitiram também”

M4E44 – “foi, eu não quis ficar de quatro porque era mais doído e eles buscaram outras opções e mostraram outras que eu não tinha feito ainda”

M5E25 – “ela falou ‘qual era a melhor posição pra eu ficar”

M6D23 – “você pode tomar quantos banhos você quiser, tem as bolas se você quiser ficar nas bolas, quando apertar as contrações você pode ficar de quatro que ajuda bastante”

M7C16 – “tinha as opções de bola e posições, ai foram me ajudando”

M7D22 – “mas me deram a opção de escolher onde eu queria que o bebê fosse nascer”

M8C15 – “A analgesia foi eles que ofereceram, achei bem legal”

M8C18 – “eles me explicaram que não, que ia ser só pra eu relaxar e na hora que acordasse ia começar de novo, e depois me explicaram que eu ia receber a ocitocina pra eu voltar né, voltar pra dor”

M9C28 – “pediram minha opinião, é, a , não pediam tipo: 'ah o que você acha?', eles só davam a alternativa: 'ah, é isso”

INDICADOR: Consulta à opinião da mulher sobre os procedimentos (Não Realizada)

M10C14 – “não, opinião não”

M4C23 – “minha opinião não. É rotina.”

M5C13 – “não tinha o que eu escolher, foi assim”

M7C18 – “não”

M8C17 – “ele me explicaram, mas não pediram minha opinião pra nada, além da analgesia”

INDICADOR: Consulta à opinião da mulher sobre os procedimentos (Realizada)

M1C14 – “na hora também do trabalho de parto a moça falou, “você quer assim? Assim tá bom?”

M1C20 – “me dava até água também “tá com sede?”, foi bem legal. Me ajudou”

M1C21 – “eu fiquei assim tipo de quatro na cama, ai quando vinha a contração ela me ajudava, tipo, ai ela me perguntava “assim tá bom?”

SUBCATEGORIA: **Tomada de decisão**

INDICADOR: Aceitação da decisão da equipe (Decisão compartilhada)

M9A2 – “mas ai eu cheguei e eles me convenceram a usar o comprimido por que eu ia entrar em trabalho de parto mais rápido”

M9A4 – “ai como a gente ta na mão das pessoas eu resolvi induzir”

M9A6 – “é eu tive a opção, ela me perguntou, a primeira vez eu falei que não, ai ela voltou a sugerir ai eu fiquei meio assim, pensei a ela conhece se é assim, se ela conhece os plantonistas os próximos medicos, eu fiquei na confiança dela né”

INDICADOR: Decisão após esclarecimento adequado (Decisão compartilhada)

M3C12 – “escolhi não tomar”

M3C15 – “sim, primeiro ele falaram “vamos colocar esse comprimido aqui porque você já está várias horas aqui sem contração sem nada, pra gente ver se vai dar”.Eu aceitei, minha mãe aceitou colocar”

M3F25 – “Eles que sugeriram “senta ali que a gente vai fazer isso”, me explicaram como que era e eu fui indo. Foi tranquilo”

M4B8 – “eu pedi, ela perguntou se eu queria que colocasse ocitocina no soro porque as contrações já estavam mais fracas, mas espaçadas e mais rápidas.”

M4B9 – “eu pedi tbem né que acelerasse ou eu não ia aguentar. Eu já tava há 48h sem dormir”

M8C16 – “foi uma decisão minha usar”

INDICADOR: Respeito à vontade da Mulher (Decisão compartilhada)

M2F21 – “eu ainda falei pra eles assim “não, eu quero ficar em pé, eu não quero deitar, dai eles “tu faz o que tu quiser” ele disse, só que tu tem que ter cuidado porque tu já tá quase”

M3C14 – “não quis mais que ela me atendesse, dai ela não veio mais”

M5E26 – “dai eu falei que era de lado e ela disse que não, mas eu achei que de lado era melhor.”

M6E37 – “veio um outro estagiário querer fazer toque e eu falei que não, porque eu tava com muita dor (...) mas aí a professora falou que não”

INDICADOR: Execução técnica (Decisão não compartilhada)

M9A7 – “aí ela falou que ia voltar pra me dar mais um, mas ela não voltou aí quando ela voltou pra induzir ela falou que era sorinho, mas eu sabia que não era sorinho que era ocitocina, aí eu falei, 'sorinho nada né', aí ela já foi colocando ocitocina sabe,”

INDICADOR: Negado analgesia (Decisão não compartilhada)

M4B17 – “eu descobri através de residentes, (...) que eu tenho direito, (...), não é anestesia, o (Ent: analgesia?), analgesia. E não me deram”

M4B18 – “eu pedi, perguntei, me falaram que ali não. Perguntei se eu poderia, se isso tava dentro da rotina, disseram que não.”

M7C19 – “só a anestesia que eu pedi porque tava com muita dor e eles falaram que não dava”

M7D23 – “queria não sentir aquela dor, ter tomado a anestesia aquela hora, pra passar a dor”

M7E28 – “não, a anestesia que eu pedi, acho que eles podiam ter dado, que eu já fiz pesquisa, e eu sei que a gente tem direito”

INDICADOR: Resignação (Decisão não compartilhada)

M6C17 – “não, acho que eles sabem né, eu como nunca passei por isso, eu acredito que foi tudo um padrão que eles tinham que seguir”

SUBCATEGORIA: **Percepção da mulher sobre sua autonomia**

INDICADOR: Autonomia (Preservada)

M1E26 – “tudo ela me perguntava né, se tá bom?, da pra fazer? Quer parar alguma coisa?”

M10E19 – “sim, eu acho que sim”

M3E22 – “você vai andar um pouquinho, e vai sentar ali no cavalinho', Tá mas eu posso ir no banheiro? Ir na bola? Pode, você pode ir, pode fazer diferente”

M5E24 – “não sei o que falar, acho que foi”

M6E36 – “sim”

M8E30 – “sim, completamente”

INDICADOR: Autonomia (Não preservada)

M4E42 – “assim, só essa parte que eu te falei da analgesia, que eu acho que era um direito meu e não foi feito.”

M8F31 – “minha autonomia só não foi preservada na hora de me dar comida que eu ficava pedindo porque tava morrendo de fome e eles não me davam”

INDICADOR: Protagonismo prejudicado pela dor ou vulnerabilidade

M4E34 – “mas nessa hora da dor você nem tá aí pra isso. Toma banho de porta aberta mesmo.”

M6E30 – “depende da situação, acho que na hora da dor não há timidez que fique”

M9A8 – “ah na hora você já tá com dor então você fica meio assim, nem sabe o que pensar”

M9A9 – “eu nunca tinha tido filho entao você fica na mão né.”

M9D24 – “não posso dizer que me forçaram a nada, me perguntaram e como o pessoal é mais profissional e você tá ali como paciente e com dor, você tá na disposição.”

M9E29 – “ah, eu não sei avaliar isso, ah, voce tá tão... tá com tanta dor... acho que sim”

APÊNDICE D – Quadro geral de análise da pesquisa

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	REGRA DE ENUMERAÇÃO	Análise por Categoria			Análise total						
Background	Informações obtidas durante a gestação	Busca de informação pela mulher	*	6	10	10,30%	6	10	3,40%				
		Influências do círculo de relações	*	6	9	9,28%	6	9	3,06%				
		Informações recebidas no pré-natal	Não recebeu informações	5	9	9,28%	10	20	6,80%				
			Recebeu informações	5	8	8,25%							
	Recebeu informações insuficientes		2	3	3,09%								
	Subtotal			24	39	40,20%	22	39	13,26%				
	Projeto de parto / Desejos da mulher	Escolha da via de parto	Desejo pela cesariana		1	3	3,09%	13	20	6,80%			
			Desejo pela cesariana associada ao desejo		1	2	2,06%						
			Desejo pelo parto normal		9	14	14,41%						
			desejo pelo parto na água		2	2	2,06%						
	Subtotal	Escolha da maternidade	*	6	6	6,18%	6	6	2,04%				
	Expectativas e Percepções sobre o parto	Expectativas versus realidade	*	10	27	27,83%	10	27	9,18%				
		Percepções sobre o Parto	*	3	4	4,12%	3	4	1,36%				
	Subtotal			13	31	31,96%	13	31	10,54%				
TOTAL CATEGORIA BACKGROUND				56	97	100,00%	54	93	31,63%				
Ambiência	Sentimentos relativos ao conforto e bem estar	à vontade durante a internação	*	7	7	4,89%	7	7	2,38%				
		Percepção positiva da presença do acompanhante	*	2	4	2,80%	2	4	1,36%				
		Sensação de segurança presente	*	8	8	5,59%	8	8	2,72%				
		Impressão sobre a estrutura física/higiene	Boa		1	1	0,70%	5	7	2,38%			
			Ruim		4	6	4,19%						
		Privacidade	Preservada		8	8	5,59%	9	9	3,06%			
	Não preservada			1	1	0,70%							
	Subtotal			31	35	24,47%	31	35	11,90%				
	Sentimentos relativos aos profissionais e estudantes	Percepções sobre a atitude dos profissionais	positivas		9	35	24,47%	16	55	18,70%			
			negativas		7	20	13,98%						
		Impressões sobre a presença dos estudantes	*	2	5	3,50%	2	5	1,70%				
	Subtotal			18	60	41,96%	18	60	20,40%				
	Comunicação	Esclarecimento sobre evolução do TP e saúde da mulher e do bebê	Adequado		5	5	3,50%	6	6	2,04%			
			Inadequado		1	1	0,70%						
Esclarecimento sobre procedimentos ou condutas		Adequado		8	14	9,79%	10	16	5,44%				
		Inadequado		2	2	1,40%							
Identificação dos profissionais		Adequado		3	3	2,10%	10	11	3,74%				
		Inadequado		7	8	5,59%							
Informação sobre as rotinas da maternidade na internação	Adequado		6	9	6,29%	10	15	5,10%					
	Inadequado		4	6	4,19%								
Subtotal			36	48	33,57%	36	48	16,32%					
TOTAL CATEGORIA AMBIÊNCIA				85	143	100,00%	85	143	48,63%				
Protagonismo da Mulher	Incentivo ao protagonismo da mulher	Geração de subsídios para decisão compartilhada	*	9	13	23,64%	9	13	4,42%				
		Consulta à opinião da mulher sobre os procedimentos	Realizada		5	5				9,09%	6	8	2,72%
			Não realizada		1	3				5,45%			
	Subtotal			15	21	38,18%	15	21	7,14%				
	Tomada de decisão	Decisão compartilhada	Aceitação da decisão da equipe		1	3	5,45%	1	3	1,02%			
			Decisão após esclarecimento adequado		3	6	10,90%						
			Respeito à vontade da Mulher		4	4	7,27%						
		subtotal			8	13	23,62%	8	13	4,42%			
		Decisão não compartilhada	Execução técnica		1	1	1,82%	1	1	0,34%			
			Negado analgesia		2	5	9,09%						
			Resignação		1	1	1,82%						
	Subtotal			4	7	12,73%	4	7	2,38%				
	Subtotal			12	20	36,36%	12	20	6,80%				
	Percepção da mulher sobre sua autonomia	Autonomia	Autonomia preservada		6	6	10,90%	8	8	2,72%			
Autonomia não preservada				2	2	3,64%							
Protagonismo prejudicado pela dor ou vulnerabilidade		*	3	6	10,90%	3	6	2,04%					
Subtotal			11	14	25,44%	11	14	4,76%					
TOTAL CATEGORIA PROTAGONISMO DA MULHER				38	55	100,00%	38	55	18,70%				
TOTAL DAS CATEGORIAS							177	294	100,00%				