



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Jasmim Losso Arranz

ESCUA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA
MULHER DURANTE A EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO

Florianópolis

2023

Jasmim Losso Arranz

ESCUITA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA
MULHER DURANTE A EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para
a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Manuela Beatriz Velho

Florianópolis

2023

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

Arranz, Jasmim Losso

Escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher durante a experiência de parto e nascimento / Jasmim Losso Arranz ; orientadora, Manuela Beatriz Velho , 2023.

61 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Parto. 3. Cesárea. 4. Assistência Centrada no Paciente. 5. Humanização da Assistência. I. Velho , Manuela Beatriz. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Jasmim Losso Arranz

**ESCUA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA
MULHER DURANTE A EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 de dezembro de 2023

Prof^ª. Dr^ª. Margarete Maria de Lima
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Manuela Beatriz Velho
Orientadora e Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Laís Antunes Wilhelm
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Jacques da Costa Monguilhott
Membro Efetivo

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Guida, por me mostrar o que há de mais essencial na vida. Por me incentivar a buscar os meus sonhos e me apoiar de todas as maneiras possíveis.

Ao meu irmão Artur, por ser um verdadeiro mestre pra mim. Por me fazer descobrir meu amor pela obstetrícia, e por tantas vezes me mostrar o caminho e me incentivar a ir além.

Ao meu amor, Nereu, por acompanhar cada passo que dei nesse longo caminho. Por estar ao meu lado e fazer parte das melhores decisões da minha vida, mesmo do outro lado do mundo.

À vocês três, todo amor que há dentro de mim.

Aos amigos que fiz na graduação, especialmente Ana, Bianca e André, por compartilharmos tantas experiências nessa profissão tão sensível e intensa que escolhemos seguir.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Manuela Beatriz Velho, pela excelência em tudo o que faz, e por me fazer a pergunta que deu origem a esse trabalho: “O que te encanta na obstetrícia?” e a partir daí, me guiar a buscar exatamente o que eu queria.

Aos membros da banca, Prof^a Dr^a Laís Antunes Wilhelm, Prof^a Dr^a Juliana Jacques da Costa Monguilhott pela disponibilidade e pelas contribuições em prol do aprimoramento deste trabalho. Cada uma, de sua maneira, representa uma parte importante da minha trajetória.

E especialmente, meu imenso agradecimento à Universidade Federal de Santa Catarina e ao povo brasileiro, por me proporcionarem uma formação pública e de qualidade e por me possibilitarem conhecer realidades, vivenciar momentos, e estar em lugares que eu jamais imaginaria. Espero que eu consiga retribuir tudo o que me foi proporcionado, e que outros possam ter as oportunidades que eu tive. Que o acesso e a permanência nas Universidades não sejam apenas privilégios de alguns.

À todos que de alguma forma contribuíram para que eu me torne a Enfermeira que tenho me tornado, muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Introdução: ao longo da história, o parto e nascimento humano eram eventos domiciliares compartilhados entre mulheres, sendo permeados por significados culturais. Com as importantes transformações históricas e o avanço da assistência hospitalar, o parto deixa de acontecer em ambiente íntimo e privado, e passa a ser conduzido de forma rotineira com a presença da figura masculina. A intensa medicalização e as intervenções impostas sobre o corpo da mulher resultaram na perda da autonomia feminina e do processo fisiológico do parto e nascimento. Atualmente, diversos movimentos buscam retomar o protagonismo da mulher na cena do parto. As recomendações da Organização Mundial da Saúde incentivam uma assistência obstétrica baseada em evidências, favorecendo uma experiência de parto positiva, considerando as necessidades e expectativas pessoais e socioculturais da mulher e de sua família. **Objetivo:** identificar de que forma a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente estão presentes na experiência de parto e nascimento das mulheres. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde do Pantanal, localizada no município de Florianópolis/SC. As participantes foram mulheres que vivenciaram a experiência de parto, independente da via de nascimento, nos últimos dois anos, na rede pública de assistência. Durante a coleta de dados foi utilizado o critério de saturação teórica, encerrando a coleta com 13 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, no período de junho a setembro de 2023, e a análise de dados seguiu a análise de conteúdo do método de Bardin, estruturada nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. **Resultados:** os resultados da pesquisa geraram cinco categorias: Acesso à informação, conhecimento e expectativa em relação ao atendimento; Escuta qualificada; Atenção centrada nas necessidades do paciente; Atuação dos profissionais de saúde; Aspectos importantes da assistência: afinal o que fica da experiência? **Conclusão:** A escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da mulher acontece por meio do atendimento de solicitações simples, como oferta de alimentos e alívio da dor. Na percepção das mulheres, a efetivação de suas vontades depende da conduta de cada profissional, permitindo identificar a falta de homogeneidade na assistência, bem como a necessidade da efetivação das políticas públicas referentes à atenção ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto; Cesárea; Assistência Centrada no Paciente; Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Pesquisa Qualitativa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
ODM Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS Organização Mundial de Saúde
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH Política Nacional de Humanização
RMM Razão de Mortalidade Materna
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO GERAL	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	17
3.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE VOLTADOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	19
3.3 BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	23
3.4 ESCUTA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA MULHER	24
4. MÉTODO	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 CENÁRIO	27
4.3 PARTICIPANTES	27
4.4 COLETA DE DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	29
5. RESULTADOS	31
5.1 MANUSCRITO: EXPERIÊNCIA DE PARTO: ESCUTA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA MULHER	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	52
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA	52
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
ANEXOS	56
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA	56
ANEXO B - CEP	57

1. INTRODUÇÃO

O nascimento é historicamente um evento natural e desde as primeiras civilizações, agregam-se a este acontecimento inúmeros significados culturais. Ao longo da história, as vivências do parto ocorriam em ambiente íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres. Em meados do séc. XX, com as importantes mudanças do período industrial, começou-se a discutir a imensa mortalidade materna e perinatal. Ao lado destas transformações sociais e o avanço da assistência hospitalar, a obstetrícia firmava-se sob o domínio médico e ocorriam as primeiras ações voltadas a padronizar o parto e nascimento. O parto então deixa de acontecer entre mulheres, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais (Brasil, 2001).

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. O processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher (Brasil, 2001), sendo limitada, até o início dos anos 60, às demandas relativas à gravidez e ao parto (Brasil, 2004). A partir da década de 1980, os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas relacionadas à saúde materno-infantil, implementadas pelo Ministério da Saúde (Santos Neto *et al.*, 2008).

Por um lado, o avanço científico e tecnológico na assistência ao parto contribuiu com a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, trazendo inúmeros benefícios aos partos de alto risco (Velho *et al.*, 2019). Por outro lado, a hospitalização da assistência transformou o cenário de parto rapidamente, tornando um ambiente desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (Brasil, 2001). Além disso, permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, tornando-se objeto de intensa medicalização (Brasil, 2017b). Orientado por um modelo biomédico hegemônico, esse processo tem como consequências o aumento da intervenção médica sobre o parto e o nascimento, o que no Brasil se traduz no excesso de cirurgia cesariana e partos repletos de procedimentos invasivos, muitas vezes dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, resultando na perda da autonomia feminina (Gomes, *et al.*, 2017). Esta assistência, muitas vezes desenvolvida de forma mecanizada, ao ser padronizada para os partos de baixo risco, passa a repercutir em dificuldades na evolução do trabalho de parto,

alterando o significado da parturição para as mulheres (Velho *et al.*, 2019). Estabeleceu-se, portanto, um saber que padroniza comportamentos, disciplina corpos, medicaliza e controla os eventos fisiológicos essenciais à vida (Gomes, *et al.*, 2017).

Para as mulheres e suas famílias, a gestação, o parto e o puerpério são eventos carregados de emoções e sentimentos profundos, com forte influência na formação de vínculos (Brasil, 2012b). Os momentos vividos constituem experiência única na vida de uma mulher, carregada de significados construídos a partir da singularidade e da cultura de cada parturiente (Lopes *et al.*, 2009), podendo deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (Brasil, 2017b).

Diante disso, ao longo dos anos, o Ministério da Saúde adotou iniciativas por meio de políticas públicas, a fim de garantir e promover o direito das mulheres (Brasil 2008), considerando a necessidade do resgate do parto como um evento natural (Côrtes, *et al.*, 2018). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído no ano 2000, incorporou preceitos de humanização da assistência obstétrica e neonatal. O PHPN compreendia como aspectos fundamentais o dever de acolher com dignidade a mulher, o bebê e sua família nas unidades de saúde. Além disso, incentivou a adoção de práticas sabidamente benéficas na assistência do parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias (Brasil, 2002).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, uma importante estratégia visando a implementação de uma rede de cuidados a fim de assegurar às mulheres o direito à saúde sexual e ao planejamento reprodutivo, e a atenção humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha incentiva a inovação e a excelência na atenção à saúde da mulher e da criança, afirmando que parto não é doença, e sim uma função fisiológica e natural que constitui experiência única e marcante na vida da mulher, do bebê e de sua família (Brasil, 2017a).

Apesar das diversas iniciativas em prol da melhoria da atenção obstétrica e neonatal, o Brasil ainda apresenta altos índices de mortalidade materna e neonatal, associados a partos e nascimentos repletos de intervenções e o excesso de cirurgias cesarianas (Brasil, 2001). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta era reduzir, até 2015, a razão de mortalidade materna (RMM) para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde demonstra que no ano de 2018, a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos

para cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2020). De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o número de nascimentos por cirurgia cesariana no ano de 2021 foi de 1.526.315, ao lado de 1.149.302 nascimentos por via vaginal, representando um taxa de 57% do total de nascimentos daquele ano (SINASC 2021).

A Política Nacional de Humanização apresenta o acolhimento e a escuta qualificada como ações de humanização, para atender os usuários dos serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e prestar um atendimento com resolutividade (Brasil, 2004). Em 2014, por meio dos Cadernos HumanizaSUS, em seu volume 4 (Humanização do parto e nascimento), o Ministério da Saúde já afirmava que para uma assistência obstétrica de qualidade, além do que já se preconizava como a prática baseada em evidências científicas e o uso adequado da tecnologia, a assistência deve favorecer uma experiência positiva para a mulher e sua família. Para isso, é necessário o reconhecimento dos diferentes valores, culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando oferecer uma escuta qualificada que possibilite uma atenção centrada nas necessidades de cada mulher, favorecendo uma individualização do cuidado que vá ao encontro dessas expectativas (Brasil, 2014). Alguns anos depois, tais orientações foram reafirmadas internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio de sua diretriz que aborda as recomendações para os cuidados intraparto que refletem em uma experiência de parto positiva, e hoje compõem as principais e atuais recomendações mundiais de assistência ao parto e nascimento (World Health Organization, 2018).

A escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente são relevantes à luz dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de diversas maneiras (Brasil, 2018), como Saúde e Bem-Estar (ODS 3), ao considerar que a experiência de parto é um momento crítico na vida das mulheres, e a presença de uma escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher pode contribuir para uma experiência de parto positiva, reduzindo potenciais impactos negativos na saúde física e mental das mães. Na Igualdade de Gênero (ODS 5), a pesquisa pode ajudar a identificar se há disparidade de gênero na forma como a escuta qualificada e a atenção centrada na mulher são oferecidas durante o parto. Garantir uma experiência de parto respeitosa é fundamental para promover a igualdade de gênero e o empoderamento feminino. Ainda, os ODS prevêem assegurar acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, informação e educação (Brasil, 2018).

No Trabalho Decente e Crescimento Econômico (ODS 8), a pesquisa pode ter implicações para o setor de saúde, influenciando as práticas profissionais e promovendo um ambiente de trabalho mais saudável para os profissionais de saúde. Além disso, uma experiência de parto mais positiva pode contribuir para o bem-estar das mães, possibilitando um retorno mais rápido ao trabalho e ao crescimento econômico. Na Redução das Desigualdades (ODS 10), identificar se a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente durante o parto são consistentes em diferentes grupos sociais pode contribuir para a redução das desigualdades na saúde materna. Isso é fundamental para garantir que todas as mulheres, independentemente de sua origem socioeconômica, tenham acesso a uma experiência de parto digna.

Para os avanços na Paz, Justiça e Instituições Eficazes (ODS 16), uma experiência de parto positiva, com uma abordagem centrada nas necessidades da mulher, contribui para um ambiente mais pacífico e justo. Isso pode influenciar a confiança nas instituições de saúde e promover práticas mais éticas e transparentes no cuidado obstétrico. E por fim, nas Parcerias para a Implementação dos Objetivos (ODS 17), a pesquisa pode estimular parcerias entre profissionais de saúde, organizações governamentais e não governamentais, visando a implementação de práticas mais centradas na paciente. Esta colaboração é fundamental para promover mudanças efetivas no sistema de saúde e melhorar a experiência das mulheres. Assim, a pesquisa proposta não apenas contribui para a compreensão da experiência de parto das mulheres, mas também está alinhada com objetivos mais amplos de desenvolvimento sustentável, promovendo a saúde, a igualdade de gênero, o trabalho decente, a redução das desigualdades e a construção de instituições eficazes (Brasil, 2018).

Em meio aos desafios e avanços da última década, conheci o movimento de humanização do parto e nascimento e como a assistência obstétrica acontece atualmente no Brasil. Meu crescente interesse pela área fez com que eu escolhesse estudar enfermagem, com o objetivo de me tornar enfermeira obstetra. Durante o curso de graduação, participei de atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionadas à saúde da mulher e obstetrícia, como na coleta de dados da Pesquisa Nascer no Brasil II, como membro do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON), no projeto de extensão “Grupo de Gestantes e Casais Grávidos - UFSC/HU”, e na criação da Liga Acadêmica de Enfermagem em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher (LAEO) da UFSC. Através dessas e outras experiências pude reafirmar minha compreensão do parto como um evento biopsicossocial, devendo, os profissionais de saúde, considerar junto ao saber científico, as vivências, saberes e culturas de cada indivíduo,

escutando, acolhendo e respeitando os saberes intrínsecos em cada um. A forma como uma mulher e seu bebê são acolhidos neste processo, marcam profundamente a vida não apenas do binômio, mas também a vida da sua família e da sociedade como um todo. Diante da divergência entre as atuais recomendações internacionais na assistência ao parto e o cenário obstétrico brasileiro, sigo buscando compreender a influência da assistência obstétrica na experiência de parto das mulheres, o que levou à seguinte questão de pesquisa: De que forma as mulheres que vivenciam a experiência do parto e nascimento percebem a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da mulher?

2. OBJETIVO GERAL

Identificar de que forma a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente estão presentes na experiência de parto e nascimento das mulheres.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se uma revisão narrativa de literatura, a fim de conhecer as produções científicas desenvolvidas nessa área. Foram realizadas buscas em bases de dados científicas, livros, manuais e políticas públicas. A busca de artigos científicos foi realizada de forma on-line, sendo utilizadas as fontes Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), e a Base de Dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Pubmed/MEDLINE), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Parto; Cesárea; Assistência centrada no paciente. A partir da busca de informações, esta revisão de literatura foi estruturada nas seguintes categorias: Assistência ao parto no Brasil e no mundo; Humanização da assistência ao parto e nascimento; Boas práticas na assistência ao parto e nascimento; Escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher.

3.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

O nascimento é historicamente um evento natural. Ao longo da história, as vivências do parto foram, nas mais diversas culturas, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres (Brasil, 2001). O parto acontecia em ambiente domiciliar acompanhado por parteiras, curandeiras ou comadres. Estas mulheres, que não detinham o conhecimento científico, usavam de suas experiências pessoais para auxiliar na condução daquele processo. Além disso, naquela época, o parto não tinha valor para as atividades médicas, sendo desvalorizado e deixado aos cuidados femininos (Santos *et al*, 2015).

Em meados do séc. XX, com as importantes mudanças do período industrial, a imensa mortalidade materna e perinatal começou a ser discutida. Ao lado destas transformações sociais e o avanço da assistência hospitalar, a obstetrícia firmava-se sob o domínio médico e ocorriam as primeiras ações voltadas a padronizar a assistência ao parto e nascimento. Nesse contexto, a partir da década de 40, inicia-se a hospitalização da assistência ao parto. O parto então deixa de ser íntimo, privado e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, institucionalizada e com a presença de outros atores sociais (Brasil, 2001).

A assistência em ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de inúmeras tecnologias, que apesar de ter sido em grande parte responsável pela queda da mortalidade

materna e neonatal (Brasil, 2001), por outro lado, permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como um processo predominantemente biológico, onde o patológico é mais valorizado, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções. Esse excesso de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, a medida em que passam a ser utilizados de forma rotineira e em todos os casos, deixam de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer (Brasil, 2017b).

Durante a formação dos profissionais da saúde, muitas vezes baseada em um modelo tecnocrático caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, as doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior relevância. Os estudantes são treinados a adotar práticas rotineiras, sem uma avaliação crítica de cada um. Disso, decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (Brasil, 2001).

O modelo medicalizado de assistência, em que há excesso de intervenções, como aceleração do trabalho de parto, amniotomia, episiotomia e, principalmente, a cesariana sem real indicação, resultou, dentre outras consequências, no aumento da taxa de nascimentos prematuros (Fiocruz, 2019). Além disso, a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea (Brasil, 2001), considerando que, no parto vaginal, a imposição de rotinas e as interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto. Assim, o trabalho de parto passa a ser sinônimo de patologia, sendo necessário ainda mais intervenções, como uma cascata, transformando em uma experiência de sofrimento, impotência, alienação e dor (Rehuna, 1993).

Somado a isso, iniciaram-se questionamentos quanto à segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais "limpo", mais rápido, e sem sofrimento e dor. Outros fatores, como o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea pelo antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência), a economia de tempo na assistência e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto, foram determinantes para que houvesse um aumento excessivo de cesarianas nas últimas décadas. Com isso, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos, passando-se a acreditar ser a cesárea a melhor forma de dar à luz (Rehuna, 1993; Brasil, 2001). Por sua vez, em uma relação médico-paciente desigual, as mulheres têm dificuldade

em participar das decisões sobre o seu próprio corpo e quanto ao tipo de parto, sentindo-se menos capazes para escolher e fazer valer seus desejos, frente a suposta detenção de conhecimento por parte dos profissionais de saúde (Brasil, 2001).

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, realizada entre os anos de 2011 a 2012 apresentou pela primeira vez um panorama nacional do parto e nascimento no Brasil de acordo com regiões geográficas, no setor público e privado. O estudo evidenciou altas taxas de cesariana, demonstrando que independentemente do nível socioeconômico, a demanda por cesáreas parece ser baseada na crença de que a qualidade do cuidado obstétrico está associada ao grau de tecnologia utilizada. Apesar da recomendação da OMS ser para que as cesarianas não excedam 15% do total de partos, devido ao aumento dos riscos tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê, no setor privado brasileiro, a proporção de cesarianas chega a 88%, e no setor público 46% (Fiocruz, 2019). Atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior índice de cesarianas no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana. Além disso, a pesquisa demonstrou que o Brasil apresenta um modelo de atenção ao parto caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e baixo uso de boas práticas na atenção ao parto (Leal *et al.*, 2016).

Um estudo realizado na região sul do país revelou que o modelo tecnocrático ainda predomina na atenção obstétrica brasileira, sendo caracterizado pela conduta intervencionista, centrada na hegemonia do profissional médico. Além disso, outros fatores como a sobrecarga de trabalho, superlotação do setor e pressa ao realizar o cuidado, acabam favorecendo uma atenção inadequada no atendimento às mulheres e seus bebês. Esse modelo de assistência tende a desconsiderar as atuais evidências científicas e os aspectos subjetivos relacionados à experiência parturitiva da mulher, indo contra os princípios de humanização da assistência obstétrica (Backes *et al.*, 2021).

Ao concluir que o uso irracional da tecnologia tende a causar mais danos que benefícios, iniciou-se, há cerca de 25 anos, um movimento internacional visando a melhoria da assistência obstétrica. O movimento foi batizado com diferentes nomes nos diversos países, sendo conhecido no Brasil por humanização do parto e nascimento. Com o passar dos anos e as crescentes evidências, se passou a objetivar a redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde. Isso implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural (Diniz, 2005; World Health Organization, 1996).

3.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE VOLTADOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

No Brasil, as políticas nacionais de saúde voltadas à saúde da mulher tiveram início nas primeiras décadas do século XX, sendo neste período limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis restringiam-se a uma visão restrita sobre a mulher, baseada em seu papel social de mãe e dona de casa (Brasil, 2004). A partir da década de 80, ocorreram algumas iniciativas locais objetivando uma melhoria na qualidade da assistência, como o projeto desenvolvido por Galba de Araújo no Ceará, integrando as parteiras ao sistema local de saúde (Brasil, 2001). Nessa época, os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, contribuíram para a construção de novas políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil, implementadas pelo Ministério da Saúde (Santos Neto *et al.*, 2008).

Em 1984, em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo considerado um programa de referência ao superar a perspectiva materno-infantil e atender a mulher para além de sua especificidade reprodutiva, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclos de vida (Leal *et al.*, 2018). Paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, iniciava-se a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o processo de construção do SUS representou grande influência sobre a implementação do PAISM (Brasil, 2004). Neste contexto, a saúde passa a ser tida como direito, representando uma importante conquista social ao transformar-se em Constituição Federal, em 1988. A Constituição estabelece princípios e diretrizes do SUS, que devem estar presentes na efetivação de um novo modelo de atenção obstétrica, de modo a integrar as ações de saúde tendo em vista as necessidades das mulheres e crianças, e de uma assistência humanizada ao parto e nascimento. (Brasil, 2014).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto começou a surgir por meio de ações em diversos estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, como Galba de Araújo e Moisés Paciornik, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e indígenas. Em 1993 é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que por meio de seu documento fundador (Carta de Campinas), denuncia as violências presentes na assistência obstétrica (Diniz, 2005; Rehuna, 1993). Em 1998, é criado o Prêmio Galba Araújo, com o objetivo de reconhecer maternidades com práticas humanizadas, baseadas nas

recomendações da OMS, como a presença de acompanhantes, a inclusão das enfermeiras obstetras na assistência aos partos de baixo risco e o controle das taxas de cesariana. Junto a isso, inicia-se a proposição das Casas de Parto (Diniz, 2005).

Estas ações desencadeiam um processo mais amplo de humanização da assistência, a partir de iniciativas do Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implementado no ano de 2000 (Diniz, 2005). O PHPN surgiu trazendo a humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição fundamental para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, sendo, portanto, dever dos profissionais de saúde receber de forma digna e acolhedora a mulher, o recém nascido e seus familiares, junto à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para a assistência, evitando práticas e intervenções desnecessárias. Além disso, o PHPN visava assegurar os direitos de cidadania por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, objetivando ainda a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, e a ampliação dos investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (Brasil, 2002). Na prática, o programa buscou garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações) e seu registro, limitando-se a basicamente um instrumento de gestão (Diniz, 2005).

Em 2003, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de efetivar os princípios do SUS na prática cotidiana dos serviços de saúde. O HumanizaSUS, como também é conhecido, considera o acolhimento da gestante fundamental para a integralidade do cuidado, por meio de uma escuta qualificada que favoreça a formação de vínculo (Brasil, 2003). Outro importante avanço na garantia de direitos no momento do nascimento, foi a presença de um acompanhante de escolha da mulher, como preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (Brasil, 2005). A presença de um acompanhante promove inúmeros benefícios, fazendo com que a mulher se sinta mais segura e confiante durante o parto, reduzindo a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesarianas (Brasil, 2012b).

Apesar da melhoria na atenção ao pré-natal, parto e nascimento nas últimas décadas, fruto de uma série de iniciativas do governo e da sociedade, os altos índices de mortalidade materna e neonatal e as taxas crescentes de cesariana evidenciam a necessidade de mudança do atual modelo de atenção obstétrica do país, marcado por intensa medicalização e intervenções potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas (Brasil, 2017a).

Na busca pela melhoria da assistência materno-infantil, em 2011, o Governo Federal lançou, por meio de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o programa Rede Cegonha, propondo a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980 (Brasil, 2011b), dando continuidade às ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH). A Rede Cegonha surgiu como uma importante estratégia objetivando a implementação de novo modelo com base na inovação e na excelência na atenção à saúde da mulher e da criança, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Os princípios da Rede Cegonha estão pautados nos direitos humanos e de cidadania do SUS, no respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero. Além disso, busca garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência de parto e nascimento com segurança, respeito e dignidade, por meio de um atendimento integral pautado nas boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher (Brasil, 2017a).

A Rede Cegonha foi instituída pela portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, sendo estruturada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação. Em seu componente “Parto e Nascimento” firma a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Ainda, destina recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal (Brasil, 2011a), regulamentada pela Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 (Brasil, 2015).

No guia prático de assistência ao parto normal da OMS, o Ministério da Saúde afirma que com essas medidas, o Ministério da Saúde busca incentivar a humanização do cuidado. Para isso, as práticas devem respeitar o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, evitando o excesso de intervenções e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Organização Mundial de Saúde, 1996).

Em 2017, com o intuito de qualificar a assistência obstétrica no Brasil, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, por meio de um convite da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e da Coordenação-Geral da Saúde da Mulher. As diretrizes, desenvolvidas por um grupo multidisciplinar envolvendo diversos profissionais da assistência, afirmam que devido às

importantes mudanças obstétricas das últimas décadas, inúmeros procedimentos hospitalares usados rotineiramente têm sido questionados pela falta de evidências científicas que os sustentem, somado às comprovadas evidências que os contra-indiquem, por trazerem malefícios à mulher e/ou ao bebê. Os cenários de parto também têm sofrido modificações, com a inclusão de novos locais de assistência em ambientes não hospitalares, como em centros de partos normais e nos partos domiciliares, buscando proporcionar lugares mais aconchegantes e com rotinas mais flexíveis, devolvendo o protagonismo da mulher e permitindo que ela e sua família possam expressar livremente suas vontades e preferências. Além disso, questiona-se o predomínio do profissional médico na assistência aos partos de baixo risco, com o fortalecimento da atuação das enfermeiras obstetras e obstetras como importantes profissionais na prática assistencial (Brasil, 2017b).

Diante disso, as habilidades e experiência clínica do profissional de saúde, somadas às melhores pesquisas científicas, quando associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, formam a chamada prática baseada em evidência, uma das regras básicas para prestar uma assistência de qualidade (Brasil, 2017b).

3.3 BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Como resultado de debates internacionais com base em evidências científicas, em 1996 a OMS publicou um guia prático de assistência ao parto normal, sendo um importante documento norteador para as boas práticas na assistência (World Health Organization, 1996). Nos últimos anos, além dos já sabidos benefícios das práticas baseadas em evidências, a experiência de parto passou a ser destacada por organismos nacionais e internacionais como um valor relevante na medição da qualidade dos cuidados de saúde materna (Soriano-Vidal, *et al.*, 2023). Diante disso, em 2018, a OMS lançou uma nova diretriz com recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, reunindo 56 recomendações atualizadas sobre cuidados essenciais a fim de garantir boa qualidade no atendimento independentemente do ambiente ou nível de cuidados de saúde, considerando a diversidade dos modelos de cuidados prevalentes na prática contemporânea. As novas recomendações integradas às já existentes, foram classificadas em quatro categorias: recomendada, não recomendada, recomendada apenas em contextos específicos, e recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa (World Health Organization, 2018).

A nova diretriz elevou o conceito de experiência como um aspecto fundamental para garantir não apenas uma assistência de rotinas básicas, e sim partos de alta qualidade e com melhores resultados. Conceituou uma “experiência positiva de parto” como aquela que preenche ou excede as expectativas pessoais e socioculturais da mulher e sua família, indo além de dar à luz um bebê saudável em um ambiente seguro, com a presença de acompanhante e de um corpo clínico gentil e tecnicamente competente. Considera, portanto, a importância dos cuidados centrados na mulher na experiência de parto e nascimento das mães e seus bebês, por meio de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Leva em conta que o parto é um processo fisiológico e que geralmente decorre sem complicações, sendo fundamental o envolvimento da mulher e sua família na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias (World Health Organization, 2018).

Um estudo recente demonstrou que no Brasil, a satisfação de puérperas com a experiência no parto está comprovadamente associada às características maternas, aos aspectos sociodemográficos e culturais, ao número de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. Além disso, a satisfação das mulheres com o atendimento recebido no hospital está relacionada com o pouco tempo de espera para cadastro na recepção, vivenciar boas práticas de trabalho de parto e parto, como poder caminhar, comer, ter acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, poder amamentar o recém-nascido na sala de parto, fazer contato pele a pele, receber informações e ter acompanhante durante o período de internação (Santos, 2023). Outro estudo, realizado na Espanha, reafirmou que os cuidados intraparto recomendados de acordo com as diretrizes de prática clínica, como a presença do acompanhante, ingestão de líquidos e contato pele a pele precoce, influenciam positivamente a experiência do parto para a mãe. Por outro lado, o estudo demonstrou outras variáveis a serem consideradas, que podem influenciar negativamente a experiência, como a realização de episiotomia ou parto operatório, sendo necessários esforços para realizá-lo de forma restritiva e somente quando indicado (Soriano-Vidal, 2023).

3.4 ESCUTA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA MULHER

A escuta qualificada por meio do acolhimento compõe aspecto essencial na política de humanização (Brasil, 2006). Porém, frequentemente, o atendimento das mulheres pelos serviços de saúde expressa discriminação e violações de seus direitos, gerando tensão e mal

estar. Sendo assim, a humanização e a qualidade da atenção obstétrica buscam o reconhecimento e respeito de seus direitos e o fortalecimento da capacidade das mulheres na identificação de suas demandas e na promoção do autocuidado, sendo condição essencial para a satisfação das usuárias (Brasil, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher cita Mantamala (1995), ao afirmar que a qualidade da atenção compõe um conjunto de fatores que envolvem as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica na adoção do conceito de saúde integral da mulher, a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde, valorizando sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. É necessário, portanto, a inclusão da mulher nas decisões sobre sua saúde, estabelecendo uma relação horizontal entre profissional e paciente, além do incentivo à presença e participação de acompanhante durante o processo parturitivo (Brasil, 2004; Diniz, 2005).

A Política Nacional de Humanização trás o acolhimento como um de seus conceitos norteadores (Brasil, 2003), sendo uma ação que tem início no momento da chegada dos usuários nos serviços de saúde. Em obstetrícia, o acolhimento possui características próprias, devido às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico puerperal. O desconhecimento e os mitos que envolvem a gravidez e o parto, além da falta de informações claras e objetivas durante o pré-natal, levam muitas vezes à inseguranças e a preocupações da mulher e seus familiares (Brasil, 2017a). Na prática, o profissional fornece acolhimento por meio de atitudes, como se apresentar ao entrar em contato com a mulher e sua família, os chamar pelos seus nomes, incentivar a presença e a participação de acompanhante e doula, informar sobre os procedimentos a serem realizados e escutar e valorizar suas opiniões (Brasil, 2006).

Em 2014, por meio da edição de humanização do parto e nascimento do Caderno HumanizaSUS, o Ministério da Saúde já preconizava importantes cuidados na assistência ao parto, afirmando a importância da identificação das necessidades de saúde específicas de cada mulher por meio de uma escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde, devendo considerar seu contexto histórico, social e cultural. A identificação e a valorização das demandas de saúde trazidas pelas mulheres por meio desta escuta, favorece a garantia de acesso oportuno a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde e dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção obstétrica (Brasil, 2013; Brasil, 2014). Assim, quando os profissionais de saúde permitem que a gestante expresse seus sentimentos por meio de uma escuta qualificada, livre de julgamentos

e preconceitos, reconhecendo suas demandas como legítimas e singulares necessidades de saúde, permite a construção de relações de confiança e formação de vínculo entre profissionais, usuárias e sua rede socioafetiva. Ainda, possibilita que a mulher participe da tomada de decisão, que quando associada à análise clínica fundamentada em protocolos científicos, permite que a equipe realize um cuidado centrado nas necessidades de cada mulher (Brasil, 2013; Brasil, 2017a).

Ainda hoje existe a falta de um consenso internacional baseado em evidências sobre o conceito de cuidado centrado na mulher, podendo contribuir para que haja variações na utilização do termo em políticas, serviços de maternidade, educação e pesquisa. O cuidado centrado na mulher sugere que a assistência na maternidade deve fornecer cuidados holísticos adaptados às necessidades individuais de cada mulher, em vez de submetê-la a práticas rotineiras, decorrentes das necessidades da instituição ou da profissão obstétrica (Brady, 2023). No Brasil, o Ministério da Saúde afirma a necessidade da individualização do cuidado, por meio do reconhecimento das diferentes necessidades, culturas e crenças, possibilitando uma assistência que vá ao encontro das expectativas de cada mulher e sua família em relação à gestação, ao parto e ao nascimento (Brasil, 2014).

Atualmente há pesquisas que demonstram o estabelecimento de conexões significativas com as mulheres por meio do reconhecimento e da compreensão de suas necessidades individuais. Um estudo recente afirmou que as características consideradas primordiais foram a boa habilidade interpessoal, conduta baseada na dignidade e no respeito, estabelecimento de confiança, demonstração de empatia, valorização da escolha materna, apoio emocional e suporte informativo contínuo (Krausé *et al.* 2020). Ainda, há evidência de que o cuidado centrado na mulher durante o parto foi associado a menores escores de sintomas depressivos e maior bem-estar mental, podendo melhorar a saúde mental após o parto (Tomita, 2023).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa está centrada na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, ela se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados e reconhece a importância de que a coleta de dados seja feita pelo pesquisador que está realizando o estudo (Gerhardt; Silveira, 2009). O caráter descritivo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987). Já a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, geralmente por meio de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (Gil, 2002).

4.2 CENÁRIO

Esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Pantanal, localizada no município de Florianópolis, Santa Catarina. A área da unidade possui como limites os bairros Carvoeira, Trindade e Saco dos Limões, abrangendo uma população de 12.466 pessoas. A população atendida por meio da Estratégia de Saúde da Família é dividida entre três equipes e composta por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, residentes, dentistas, psicóloga, assistente social e pela equipe de segurança e limpeza.

4.3 PARTICIPANTES

O estudo foi realizado com mulheres que vivenciaram a experiência de parto e nascimento, independente da via de nascimento, nos últimos dois anos. Como critérios de inclusão foram consideradas: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que realizavam consulta com foco na saúde da mulher ou de seus filhos na Unidade de Saúde do Pantanal e que tenham recebido assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde públicas do município de Florianópolis. Critérios de exclusão: mulheres com intercorrências maternas ou fetais graves no momento do nascimento, como por exemplo síndromes hipertensivas, nova

abordagem cirúrgica, malformação fetal, óbito fetal ou perinatal, internação em unidade de terapia intensiva adulta ou neonatal.

Durante a coleta de dados foi utilizado o critério de saturação teórica para estimativa do número de participantes. Segundo Fontanella e colaboradores (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta utilizada nos relatórios de investigações qualitativas, especialmente no campo da saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, que tem início na coleta de dados. A partir das questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece (Fontanella *et al.*, 2008). Segundo Patton, este fechamento frequentemente se dá por redundância de informações ou saturação (Patton, 1991). Na condução deste estudo, foram entrevistadas um total de 13 mulheres.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado (Apêndice A), entre os meses de junho e setembro de 2023. As perguntas eram relacionadas às características sociodemográficas, histórico obstétrico e questões sobre acesso a informações durante a gestação e sobre sua experiência de parto e nascimento, relacionadas a escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher. As mulheres foram abordadas pela pesquisadora na sala de espera na Unidade Básica de Saúde, ao procurarem por atendimento para si ou para seus filhos, quando foi realizado o convite à participação na pesquisa. As mulheres que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após revisão dos critérios de inclusão e exclusão, foram direcionadas para uma sala disponível na Unidade Básica de Saúde que proporcionasse silêncio e privacidade. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o objetivo e demais informações sobre sua participação, possibilitando a retirada de quaisquer dúvidas referentes à pesquisa e escolha se deseja ou não participar. Antes da realização da entrevista, foi solicitada autorização para gravação de áudio, para posterior transcrição e análise de dados, sendo realizadas somente mediante a aceitação das participantes e posteriormente à assinatura do TCLE. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal deste estudo e tiveram duração que variaram entre quatro e 29 minutos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada a partir da transcrição das gravações de áudio das entrevistas. Considerando que se trata de uma pesquisa qualitativa, a análise de dados seguiu o método de Bardin, por meio da análise de conteúdo. A análise de conteúdo objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A análise do material coletado, de acordo com Bardin, segue três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Sousa, 2020).

A primeira fase, chamada de pré-análise, caracteriza-se como uma fase de organização. Geralmente, segundo Bardin (2011), envolve a leitura “flutuante”, sendo um primeiro contato e a escolha dos documentos que serão submetidos à análise (corpus), seguidos da formulação das hipóteses e dos objetivos, a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final (Câmara, 2013).

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, o corpus estabelecido deverá ser estudado mais profundamente, sendo escolhidas as unidades de codificação, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto (Mendes; Miskulin, 2017).

Por fim, a terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Nessa etapa o pesquisador procurará tornar os resultados significativos e válidos, (Câmara, 2013) por meio de uma análise reflexiva e crítica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e após ciência e concordância, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12, entre eles a participação voluntária, a garantia do sigilo e anonimato, assumindo a inicial “E”, referente a “Entrevistada” seguida do número da entrevista para a organização das falas, bem como a assinatura do TCLE (Apêndice B) em duas vias, uma do pesquisador e outra do participante. O TCLE é o documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante, de forma escrita, contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de

fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar.

Esta pesquisa não envolveu benefício direto ou ressarcimento financeiro, e a adesão a ela foi por livre e espontânea vontade, podendo recusar-se a participar ou se retirar a qualquer instante, sem qualquer risco, revelação do fato ou prejuízo ao participante. O benefício da participação foi indireto pela produção de conhecimento e qualificação da assistência prestada em saúde. Esta pesquisa não acarretou riscos de natureza física aos participantes, no entanto, por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas, poderia haver momentos de reflexão sobre o atendimento recebido, como lembranças e mobilização emocional. Durante a coleta de dados, a pesquisadora realizou a condução da entrevista de modo a minimizar as consequências, preservando a integridade da participante, ao realizar pausas em momentos de sensibilização até o momento em que a participante se sentisse confortável e apta a continuar, da mesma forma, ao possibilitar o encerramento da entrevista, contudo, não foi necessário.

5. RESULTADOS

Conforme a Instrução Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de manuscrito.

5.1 MANUSCRITO: EXPERIÊNCIA DE PARTO: ESCUTA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA MULHER

Resumo

Objetivo: identificar de que forma a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente estão presentes na experiência de parto e nascimento das mulheres. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde do Pantanal, em Florianópolis/SC, com mulheres que vivenciaram a experiência de parto, independente da via de nascimento, nos últimos dois anos, em hospitais públicos do município de Florianópolis. Foram entrevistadas 13 mulheres a partir de um roteiro semi-estruturado, entre junho e setembro de 2023, até a saturação dos dados. A análise de dados seguiu o método de Bardin, por meio da análise de conteúdo, sendo dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. **Resultados:** os resultados da pesquisa geraram cinco categorias: Acesso à informação, conhecimento e expectativa em relação ao atendimento; Escuta qualificada; Atenção centrada nas necessidades do paciente; Atuação dos profissionais de saúde; Aspectos importantes da assistência: afinal o que fica da experiência? **Conclusão:** a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da mulher se efetivam no atendimento de suas demandas básicas e de saúde, como a oferta de alimentos, água e métodos não farmacológicos para alívio da dor, analgesia de parto, cuidados de conforto e higiene e auxílio nos cuidados com o bebê. Na percepção das mulheres, o respeito às suas vontades varia de acordo com cada profissional, sendo possível identificar uma falta de homogeneidade na assistência e a necessidade da efetivação das políticas públicas referentes ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto; Cesárea; Assistência centrada no paciente. Parto Humanizado. Humanização da Assistência.

Introdução

A gestação, o parto e o nascimento constituem uma experiência única na vida da mulher e de sua família. Antigamente, as vivências do parto ocorriam em ambiente domiciliar, sendo compartilhado entre mulheres. Com o passar dos anos e as importantes mudanças do período industrial, se dá início ao processo de hospitalização da assistência. Com isso, a cena e os atores do parto transformam-se rapidamente, e o corpo da mulher passa a ser objeto de intensa medicalização (Brasil, 2001).

Por um lado, a institucionalização da assistência ao parto contribuiu com a redução da morbimortalidade materna e neonatal, trazendo inúmeros benefícios aos partos de alto risco. Porém, a prática intervencionista, ao ser padronizada nos partos de baixo risco, (Velho *et al.*, 2019) com o objetivo de iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico natural, tende a minar a capacidade da própria mulher de dar à luz, repercutindo em um impacto negativo na sua experiência (World Health Organization, 2018).

Em 2014 o Ministério da Saúde trouxe importantes conceitos objetivando uma mudança no modelo de assistência. Alguns anos depois, em 2018, a Organização Mundial de Saúde oficializou tais orientações, tornando-se as principais e mais atuais recomendações internacionais de saúde. O documento busca incentivar práticas que vão além do que já se preconizava, como a prática baseada em evidências científicas e o uso adequado da tecnologia. Retoma a compreensão do parto como evento fisiológico, devendo intervir apenas quando necessário, a fim de favorecer além de uma assistência obstétrica de qualidade, uma experiência positiva, reconhecimento às diferentes expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, buscando oferecer uma escuta qualificada que possibilite uma atenção centrada nas necessidades de cada mulher (Brasil, 2014; World Health Organization, 2018).

Diante da divergência entre as atuais recomendações e o cenário obstétrico brasileiro, e de como a assistência obstétrica pode influenciar na experiência de parto das mulheres, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: De que forma as mulheres que vivenciam a experiência do parto percebem a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da mulher? O objetivo deste estudo foi identificar de que forma a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente estão presentes na experiência de parto e nascimento das mulheres.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Pantanal, no município de Florianópolis, Santa Catarina. A pesquisa foi realizada com mulheres que vivenciaram a experiência de parto e nascimento, independente da via de nascimento, nos últimos dois anos. Como critérios de inclusão foram consideradas: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e que tivessem recebido assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde públicas do município de Florianópolis. Critérios de exclusão: mulheres com intercorrências maternas ou fetais graves no momento do nascimento, como por exemplo síndromes hipertensivas, nova abordagem cirúrgica, malformação fetal, óbito fetal ou perinatal, internação em unidade de terapia intensiva adulta ou neonatal. Durante a coleta de dados foi utilizado o critério de saturação teórica, contando, ao final, com a participação de 13 mulheres.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado, entre os meses de junho e setembro de 2023. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal deste estudo e tiveram duração entre quatro e 29 minutos. As mulheres foram abordadas pela pesquisadora na sala de espera na UBS, ao procurarem por atendimento para si ou para seus filhos, quando foi realizado o convite à participação na pesquisa. As mulheres que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após revisão dos critérios de inclusão e exclusão, foram direcionadas para uma sala disponível na UBS que proporcionasse silêncio e privacidade. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada a entrevista e solicitado autorização para gravação de áudio, para posterior transcrição e análise de dados. A análise de dados se deu por meio da análise de conteúdo, a partir do método de Bardin, constituído de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Durante a leitura do material, foram observadas falas em comum, sendo possível a criação de códigos de identificação, que em seguida deram origem a um mapa mental, com a organização e agrupamento dos códigos em diferentes categorias. Se assumiu a inicial “E”, referente a “Entrevistada” seguida do número da entrevista para a organização das falas. A condução da análise de dados foi baseada no que preconiza as políticas públicas brasileiras sobre a atenção ao parto e nascimento.

O projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e após ciência e concordância, submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com número do parecer 6.071.880. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução

466/12, entre eles a participação voluntária, a garantia do sigilo e anonimato, e a assinatura do TCLE.

Resultados

Participaram da pesquisa um total de 13 mulheres, predominantemente brasileiras (92,3%), sendo nove (69,3%) nascidas na região sul, duas (15,4%) na região norte, uma (7,7%) na região nordeste e uma (7,7%) estrangeira. A faixa etária das mulheres variou entre 18 e 40 anos, com média de 26,2 anos de idade.

Em relação ao estado civil, oito (61,6%) declararam-se solteiras, três (23,1%) em união estável, duas (15,4%) casadas. Quanto ao grau de escolaridade, uma (7,7%) referiu ter ensino fundamental incompleto, três (23,1%) ensino médio incompleto, duas (15,4%) ensino médio completo, quatro (30,8%) ensino superior incompleto, três (23,1%) ensino superior completo. Quatro mulheres declararam que exerciam atividade remunerada atualmente, três eram estudantes, e seis mulheres não exerciam atividade remunerada. Quanto à religião, três (23,1%) afirmaram ser evangélicas, quatro (30,8%) católicas, uma (7,7%) cristã, uma (7,7%) espírita, uma (7,7%) budista e três (23,1%) declararam não possuir uma religião. Referente à cor da pele, oito (61,6%) declararam-se brancas, três (23,1%) pardas e duas (15,4%) pretas. Quanto à renda, uma (7,7%) declarou possuir renda familiar de R\$ 1 a 550, uma (7,7%) de R\$ 551 a 1.100, duas (15,4%) de R\$ 1.101 a 2.200, quatro (30,8%) de R\$ 2.201 a 3.300, duas (15,4%) de R\$ 3.301 a 5.500, duas (15,4%) de R\$ 5.501 a 11.000, uma (7,7%) de R\$ 11.001 a 22.000.

A partir das respostas obtidas, os dados analisados foram organizados em cinco categorias: Acesso à informação, conhecimento e expectativa em relação ao atendimento; Escuta qualificada; Atenção centrada nas necessidades do paciente; Atuação dos profissionais de saúde; Aspectos importantes da assistência: afinal o que fica da experiência?

Acesso à informação, conhecimento e expectativa em relação ao atendimento

Para melhor apresentação dos dados, as categorias foram subdivididas em subcategorias, como descritas abaixo.

Acesso à informação e conhecimento

A maioria das mulheres afirmou que recebeu informações durante o pré-natal sobre como deveria ser o atendimento na maternidade. As informações eram voltadas principalmente para a identificação da evolução do trabalho de parto e dos direitos da mulher, reconhecendo especialmente a enfermagem como responsável pelas orientações. Por outro lado, algumas mulheres afirmam não terem sido orientadas durante o pré-natal sobre o atendimento prestado na maternidade. Dentre todas as mulheres entrevistadas, algumas afirmam ter buscado informações por conta própria.

Eu sei que a enfermeira que me acompanhou [no pré-natal], ela foi bem atenciosa, tirou todas as dúvidas e me ajudou bastante. (E7)

Que eu tinha direito, né? Tipo, acompanhante durante toda a minha estadia lá dentro. Sobre as negligências que se passaram também. Sobre o que eu poderia exigir, que era o plano de parto que eu poderia fazer antes, sobre o que eles não podiam fazer de manobras. (E8)

Eu já conhecia um pouco por conta de ter a primeira, daí agora com a segunda... eu acho que eles acharam que eu já sabia...E daí eles não me falaram muito, mas eu corria atrás...fui lá conhecer a maternidade, vi qual os médicos que estariam no plantão, tudo certinho. (E9)

Foi possível identificar que os conhecimentos acerca do atendimento prestado na maternidade, para algumas mulheres, eram baseados nas experiências vividas, sendo em vivências pessoais, ou na troca de experiências com outras mulheres. Demonstrando, em alguns casos, o medo de sofrerem situações de violência obstétrica.

A gente pega mais informação com outras mães que já tiveram nessas maternidades...Tem umas que acham um bom atendimento, tem outras que já não tanto. Mas eu percebi muito que algumas que não consideraram o atendimento bom foi também questão de plantão ou...o que elas passaram tempo demais em trabalho de parto...sofrendo. (E10)

Lá na minha cidade, a questão de ter um bebê na maternidade é algo que deixa a mulher muito traumatizada... Eu tive a experiência da minha irmã ter perdido um bebê por conta do abandono... então, eu tinha muito medo disso...

Eu escutei a minha mãe falando uma vez, "lá no hospital as médicas vão olhar pra ti lá com dor e vão falar assim: "ah ano que vem tu vai voltar, para de frescura """. E isso me assustava, sabe? Me deixava retraída de mostrar a minha vulnerabilidade naquele momento (E6)

Eu tive uma experiência ruim na mesma maternidade, no meu aborto. Então, as pessoas no dia me maltrataram, me deixaram lá, não me escutaram...então, eu fui bem maltratada ali. (E11)

Expectativa em relação ao atendimento

Em relação ao que as mulheres esperavam sobre o atendimento na maternidade, algumas citavam o acolhimento e um bom atendimento com respeito e empatia, como aspecto fundamental na assistência. Outras, demonstraram que suas expectativas em relação ao atendimento eram baseadas no processo natural do parto e na saúde de seus filhos.

Eu acho que do bom atendimento, assim, eu esperava ser bem acolhida, ser atendida com empatia. (E4)

Eu esperava que fosse o mais natural possível, no sentido de ter menos interferência médica, com algum tipo de remédio, ou até mesmo da cesárea. Que fosse realmente parto normal. (E4)

Eu só queria mesmo ter a minha filha com saúde, saudável. Eu entreguei a minha vida e a vida da minha filha na mão deles. E eu só queria ser bem atendida. (E6)

Muitas mulheres afirmam que na prática, a assistência se deu de uma forma muito diferente do que imaginavam.

Ah, mais calmo, mais humano, sabe?...eu achei que ia sentir dor, claro, mas nada a ver com isso...achei que todo mundo ia ser atencioso, que iam me ajudar, iam conversar. “Ah, não, isso é normal...vai passar” me dessem informação. Mas nada...foi horrível. (E3)

E acabou que foi uma experiência de terror, né. Em algo que deveria ser mais leve, mais tranquilo, né?...Uma experiência que eu não quero de novo. (E12)

Eu acho que eu até me arrependo, assim, um pouco de ter buscado [informação]. Porque eu fui com o pensamento e foi totalmente diferente, sabe? (choro) (E3)

Escuta qualificada

Algumas mulheres demonstram que se sentiam escutadas e acolhidas durante o período de internação na maternidade, identificando a valorização e o respeito da equipe sobre o que elas consideravam importantes para si. Outras falas, demonstram a ausência de comunicação e de orientações claras sobre a evolução do trabalho de parto e sobre a assistência prestada.

Eu acredito que eu tive bastante acolhimento, escuta, porque minhas vontades eram respeitadas. (E4)

Quando a gente tá lá, a gente segue meio que as regras de lá, sabe? ...Você segue uma rotina de lá... Não que eles não te escutem, eles te escutam, mas é meio que... é como um sistema. Então, tu acaba seguindo a rotina deles e fazendo meio que eles te orientam. Mas como a gente...não tem muito essa experiência...Então, a gente não sabe até onde é a nossa vontade ou a deles. (E10)

Eu não tinha palavra própria... no começo, sim, eu fui bem escutada, depois, nem tanto...não digo maltratada, mas um pouco de falta de consideração, sim, na parte de ouvir. (E9)

A única coisa que eu fiquei meio assim, de tudo, né? De toda a experiência do parto, é um pouco, às vezes, eu tendo que ir atrás pra perguntar o que estava acontecendo, pra perguntar qual que era o próximo passo... um pouco da falta de chegar até mim e me contar, “ó vai ser isso, isso e isso”. (E8)

Qualquer coisa que tu vê, que não se sente à vontade pra perguntar, tu vai e pesquisa no Google, não é uma coisa certa, mas tu faz isso...Eu falei, “por mais que eu não sou médica, eu não sei nada disso, mas eu como mãe tô sentindo que não é normal”...Aí começou a encher de gente na minha sala...começaram a conversar entre eles e eu e meu marido sem entender nada, o que tá acontecendo, dá pra falar com a gente mesmo?...de repente saiu todo mundo, aí eu me desesperei. (E9)

Atenção Centrada nas Necessidades da Paciente

O atendimento de suas necessidades

Em seus depoimentos, as mulheres demonstraram o atendimento de suas necessidades básicas, como a necessidade de comer, beber água, durante as eliminações, na organização do ambiente, ser auxiliada no banho e nos cuidados com o bebê, além da oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. O respeito às escolhas da mulher e a flexibilização da rotina hospitalar foram citados em algumas falas, sendo considerados aspectos importantes no atendimento das necessidades da mulher e da família. Além disso, uma das mulheres reconheceu não ter sofrido discriminação no atendimento de suas necessidades devido a cor da sua pele.

Eu acho que os meus pedidos eram coisas muito necessárias, assim. Não era uma coisa que dava para negar. Por exemplo, eu precisei que uma enfermeira me orientasse como eu dava mamã para ele no peito. (E4)

Ah, o que eu não sabia na primeira gestação...foi uma informação que me passaram aqui, é que a gente podia comer. E aí eu pedi, que eu estava com fome, e elas me trouxeram. Então, isso é bom, isso foi legal. A água e tal, eles atendiam as coisas. (E8)

Quando a gente precisava, sempre tinha alguém super atencioso ali, sempre iam verificar minha pressão, me dar o remédio na hora...me ajudando, perguntando se eu estava com sede, sempre, nossa, super atenciosa. Eu amei, de verdade. (E6)

No momento do parto em si, eu não imaginava que fosse ser tão bem atendida. Ela [médica] foi muito delicada, em tudo que ela falava e da forma como ela falava. Ela não queria dizer o que eu deveria fazer, ela deixou por minha conta, mas ela queria fazer uma sugestão, ela falou assim, “eu posso te fazer uma sugestão de posição para ajudar o teu bebê a nascer?” Ela foi muito delicada nesse sentido, e em dar o suporte que precisava ali. (E4)

O pessoal me deu bola, fui pro chuveiro, fizeram compressa quente. Aí teve uma hora que eu estava incomodada com o cheiro... que tava saindo fezes. Daí eu falei pra ela que eu estava incomodada. Daí ela tirou, me limpou. Aí toda hora eles me limpavam. Fui muito bem atendida. (E2)

Ela queria ainda que eu fosse tomar um banho de água quente...ou ficar naquela bola de pilates...queria também que eu deitasse. E eu falei que não, que eu queria ficar em pé. Em pé eu ia conseguir lidar com a dor...E ela atendeu...escutou... tanto ela, quanto quem trabalhava com ela também. (E1)

No primeiro dia o meu lençol sujou. Daí eu fiquei um dia inteiro com aquele lençol sujo. Aí no outro dia eu pedi pras meninas se podia trocar. Daí eles vieram e trocaram toda a cama. (E2)

Eles entenderam e foram super solícitos com a gente, porque aqui a gente não tem família, né? E a minha mãe viria de um outro estado pra cá...então não teve a oportunidade de ter essa troca no horário do hospital, né? E aí eles entenderam, foram compreensíveis, e ajudaram a gente nessa questão. (E6)

Eu não senti nenhuma indiferença por nenhum outro motivo assim...que eu já senti por ser preta aqui em Santa Catarina e em outras coisas. Lá eu não senti. (E1)

Outro ponto levantado foi a importância da presença de acompanhante e da doula no respeito à mulher e no atendimento de suas necessidades. O apoio de uma pessoa de confiança da mulher foi citado como parte essencial para o seu bem-estar, no alívio da dor e favorecendo o desfecho do parto normal. Algumas mulheres citaram decisões compartilhadas

entre os profissionais da assistência e a paciente, sendo possível identificar a aplicação da Prática Baseada em Evidência.

E no dia que eu dei entrada ali no [hospital], eu não tava nem raciocinando mais, daí eu nem falei do plano de parto...E aí, o meu esposo estava comigo, né? Ele estava ciente do plano, daí ele que tentou fazer acontecer a maior parte das coisas que estavam ali também. (E4)

Eu só olhava assim e ela já entendia o que eu tava falando [mãe]...porque se fosse só eu, eles não teriam feito. (E13)

Eu queria o parto não medicado. Aí...a médica voltou e ela falou que estava preocupada... Ela falou “eu posso fazer a dosagem mínima” [ocitocina]...Aí eu perguntei pra doula o que ela achava...Aí eu aceitei, daí eu chamei a médica e falei “eu quero, no mínimo, né?” (E2)

Eu estava preparada pra ter um parto normal. Estava tudo seguindo certo...aí depois veio a médica, falou comigo “ó...aconteceu isso, isso, isso...tu quer seguir com o soro...ou tu quer ir pra cesárea pra agilizar?” Eu falei, “eu quero ir pra cesárea” Aí, foi, tipo, uma escolha na reta final mesmo. (E9)

Em outras falas foi possível identificar a necessidade da imposição das mulheres para o atendimento de suas vontades e para que seus direitos fossem garantidos.

Eu pedi o SAMU, daí no SAMU eles queriam fazer acesso, daí eu falei que não. Aí a médica se irritou, ela falou “você pediu atendimento médico, agora você não quer?”, eu falei “não, mas eu tô fazendo um curso de gestante e eu quero o parto normal, não tem por que eu fazer acesso agora, que medicação que eu vou usar?”, daí ela arrancou a luva, jogou no chão e começou a gritar. Falou que era formada em medicina, que ela não queria saber o que eu tinha aprendido no curso...eu tava com muita dor...aí ela falou pra enfermeira que tava junto, “não faz nenhum procedimento nela, não pega nem os sinais, só toca pra maternidade”. Aí quando eu cheguei na maternidade, ela falou pra equipe de enfermagem que eu não tinha aceitado atendimento. Daí eu falei, “não, eu aceitei atendimento, eu não quis acesso.” Daí a equipe me acolheu muito bem. Aí a enfermeira ouviu o que eu disse e falou, “aqui você não é obrigada a aceitar nada”. (E2)

Quando eu pedi a médica de verdade pra saber o que tava acontecendo, se aquilo era normal do coração dela chegar a 250. Eu acho que não fui só eu que fiquei desesperada, né? Ainda bem, porque acho que senão eu não teria sido atendida, mas naquele momento eu senti que eu fui atendida. (E9)

O não atendimento de suas necessidades

As mulheres relataram perceber uma padronização no atendimento devido a alta demanda de pacientes e ao estabelecimento de rotina hospitalar, inviabilizando um cuidado individualizado, centrado nas necessidades de cada paciente. Para algumas mulheres, mesmo mediante a demonstração e imposição de suas vontades, suas necessidades não foram atendidas. Ainda, para uma entrevistada, o não atendimento de direitos ocorreu devido ao desconhecimento e a não aplicação da Legislação vigente, ao solicitar a realização de laqueadura.

Não tinha como né? Pela demanda, né? É muita gente ao mesmo tempo. Os profissionais ficam ali querendo dar o melhor de si, mas nem tem como. Porque na maternidade pública, é muita criança nascendo todo dia, né? Ai acho que já segue o protocolo. (E1)

A moça falou pra mim que não podiam me dar [analgesia], porque era a norma do hospital...eu até reclamei,

falei que não tinha a norma, que era meu direito...Eu cheguei a prometer pra ela, eu "te juro que eu não vou ganhar neném no meio do corredor". Aí ela, não, não posso correr o risco. E, tipo, a gente não fez. (E3)

A {bebê} não pegou o mamá...Daí eles foram no segundo dia fazer fisioterapia nela...aí depois eles estimularam, aí eu falei pra eles: "ó, ela já tá há mais de uma hora, vamos parar", só que eles não pararam. Aí depois ela ficou com uma feridinha no queixo. Aí eu chorei na hora que eles saíram, foi uma coisa que me chateou, sabe?...Talvez eu não fui enfática o bastante, né? Eu acho que o cansaço do pós-parto assim faz a gente não ter muita clareza no que a gente tá precisando, sabe? Ou de conseguir intervir mais rápido. (E2)

Mesmo a médica explicando..."não a gente sabe que entrou essa lei agora, mas ainda não entrou em vigor na parte dos hospitais ainda". Mas eu achei que era um direito meu [laqueadura] que eu queria que fosse cumprido. (E1)

Atuação dos profissionais de saúde

Ausência de homogeneidade na assistência

Houve relatos demonstrando que na percepção das mulheres, o atendimento de suas necessidades dependia da conduta de cada profissional, percebendo diferenças no atendimento entre os profissionais de uma mesma equipe e entre diferentes plantões. O atendimento prestado por diversos profissionais e por estudantes também foi citado no relato de várias mulheres.

Eu acredito que mudou também, assim, de médica. Porque essa que fez meu parto, ela me disse que poderia ter possibilidade de eu fazer a laqueadura. Só que quando muda de plantão, né? (E1)

Eu era a única mulher lá no dia, pra ter bebê. Então, eu sei que é pra aprendizagem...só que eles me usaram um pouco... umas não sabiam fazer direito [estudantes] e acabavam machucando. Então, foi meio que uma falta de respeito (E9)

Enquanto eu estava na sala de parto ali, entrava muito estudante. Eu sei que é um hospital-escola, né? Mas é complicado estar sentindo uma das piores dores que dá pra sentir e ficar ali respondendo coisas e tal... a dor é tão fora do normal que qualquer coisa é muita coisa. (E4)

Vinha um medir a pressão, aí vinha outro pra fazer o toque, aí vinha outro pra fazer a medição, aí vinha outro pra colocar o outro comprimido. (E9)

Violência obstétrica

As mulheres identificaram atitudes profissionais que caracterizavam práticas intervencionistas e violência obstétrica. Algumas mulheres relataram que tiveram seu pedido de analgesia negado, além da privação de ingestão de comidas e líquidos durante o trabalho de parto.

Tentaram...de um jeito carinhoso, mas tentaram empurrar, assim, sabe [Manobra de Kristeller]. Aí eu pedi pra parar, né? ...se fizeram de sonso e pararam, ou não continuaram, né? ...ela meio que botou a mão aqui pra cima e eu já me liguei na hora... mas foi bem complicado, foi bem horrível. (E3)

Pedi para receber aquele medicamento mais forte, para amenizar um pouco a dor que eu não estava mais aguentando. Eu já estava há 24 horas sem comer e já estava fraca. Eu falava que eu precisava de ajuda deles e

eles não faziam nada, só botavam medicação para acelerar o parto e aquele remédio bem fraco, sabe? Eu falava que eu precisava de uma medicação mais forte para eles atenderem o meu pedido. (E12)

Eles quiseram fazer o que foi cômodo pra eles, sem ligar pros direitos que eu teria, sabe? ...eu tenho direito a uma anestesia, né? E eles enrolaram, não me deram anestesia...Foi bem errado, sabe? Um monte de coisa. (E3)

Algumas falas demonstraram sentimento de negligência e violência verbal por parte dos profissionais, bem como a negação da oferta de apoio mediante à solicitação das mulheres.

Eles não me davam atenção porque eu tava berrando...nunca vou me esquecer disso, ela falou "na hora de abrir as suas pernas foi fácil, né? agora aguenta a dor, que ela vai ter que sair do mesmo jeito que entrou". Em um momento que ela deveria acolher, né? (E12)

Teve uma noite que ele não dormiu [recém-nascido], só mamou...Então, ele não dormiu, eu não dormi, meu esposo também não. E daí, no outro dia, a gente estava exausto, e aí a enfermeira, ela foi bem sem empatia, e ela falou, "é sério, isso aí é só o começo" ...acho que ela poderia ter olhado com mais carinho pra isso, sabe? (E4)

Na hora da anestesia...essa nojenta que foi comigo e eu falei, "eu quero que a minha prima vá...olha o jeito que tu tá me tratando", e ela falou, "não, tu não tem que querer" E aí eu lembro que eu tava na contração quando ele foi aplicar e eu falei, "por favor, me dá a mão então, pelo menos isso, porque eu não aguento mais dor"...daí ela toda grossa, sabe? pra eu ficar parada e não dar a mão pra ela. (E12)

A parte que me deixou a desejar foi a parte do apoio da amamentação...eu percebi que ela chamou pessoas e não me chamou. E aí, quando eu entrei eu não senti que ela me deu muita assistência assim...talvez ela achou, "ah...se já é o quarto filho então não tem porque eu estar dando minha assistência para ela", sabe? E aí ela...ficou conversando com as mães em outra sala e eu fiquei nessa parte lá sozinha. (E1)

Essas pessoas que são profissionais, que estudam pra isso, né? ...elas já fazem um juramento pra estar ali, né? para acolher e salvar vidas. E eu penso assim, imagina se eu tivesse morrido, pra ela não ia dar nada... pelo que ela tava transparecendo (E12)

Aspectos importantes da assistência: afinal o que fica da experiência?

A maioria das mulheres afirmou que a maneira como foi atendida influenciou na sua experiência de parto. Algumas trouxeram relatos de superação de suas expectativas, outras, demonstram que problemas na assistência interferiram negativamente na experiência vivida.

Eu tive total segurança. Eles me deixaram à vontade, sabe? Não ficavam em cima...Eles confiaram em mim assim como eu confiei neles. Então, isso me deixou bastante tranquila depois, no cuidado do meu filho. (E11)

Se eu tivesse sofrido algum tipo de violência obstétrica, eu já não estaria tão bem pra cuidar dele depois...apesar disso não ser um mérito, ser o no mínimo, né? Não sofrer uma violência ali. (E4)

Eu até tentei não perguntar nada do que eles estavam fazendo...nem sei quantos pontos eu tomei, nem sei o que aconteceu...porque eu tive hemorragia...eu nem quis saber, para eu não ficar pensando nisso e interferir em alguma coisa com ela, sabe? (E3)

A minha lembrança hoje é de carinho, sabe?...foi bem positiva a experiência. (E2)

Nos outros partos que eu tive eu não pude ter acompanhante... E quando o bebê nascia..tu não via teu bebê, só ia ver teu bebê depois. E isso que eu gostei...da hora que minha filha nasceu, ela ter ficado comigo e no meu peito... então uma coisa que eu amei! (E1)

Quando eu fui pra casa, os primeiros dias, eu sofri muito com ela, ela chorando muito, eu tava muito cansada. Aí um dia, eu abri a gaveta para organizar as coisas e achei essa carta [da maternidade]...era para mãe e para o recém-nascido. Aí quando eu li, nossa eu chorei muito, aí eu vi ela completamente diferente. Eu vi que aquele choro, que ela precisava de mim, sabe? Aí isso me deu mais energia para acordar de madrugada e cuidar dela, e sabe? atender as necessidades dela. Mudou bastante a minha relação, essa carta que veio, sabe?. Foi muito legal. Eu li depois com uma amiga minha, nossa, nós choramos muito muito, sabe? (E2)

Discussão

A partir dos dados obtidos, as falas das participantes foram divididas em cinco categorias, buscando identificar aspectos importantes na percepção das mulheres sobre a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente durante a assistência ao parto.

Foi possível identificar que o acesso à informação, conhecimento e expectativa em relação ao atendimento na maternidade se deu por meio das orientações que as mulheres receberam durante o pré-natal, nas buscas individuais na internet e redes sociais e a partir das vivências pessoais e nas trocas de experiências com outras mulheres. A expectativa em relação ao atendimento na maternidade era baseada em um bom atendimento com acolhimento, respeito e empatia, bem como na evolução de um parto natural e na saúde de seus filhos. A gestação, o parto e o nascimento compõem uma experiência permeada por significados culturais. Cada mulher traz consigo histórias e concepções criadas a partir de suas vivências e das trocas de experiências especialmente com outras mulheres, que influenciam no seu modo de gestar e parir. Durante o pré-natal, os profissionais de saúde têm a possibilidade de discutir questões quanto à gestação, ao parto e ao puerpério, esclarecendo dúvidas que são únicas para cada mulher e sua parceria, mesmo quando já se tem outros filhos (Brasil, 2006).

Os relatos demonstraram que algumas mulheres sentiam que os profissionais escutavam e atendiam às suas solicitações, fazendo com que elas se sentissem acolhidas e respeitadas na maternidade. Outras falas demonstram a ausência de comunicação e de orientações claras sobre a evolução do trabalho de parto e sobre a assistência prestada, demonstrando uma relação desigual entre profissionais e pacientes, bem como a falta de inclusão da mulher no processo parturitivo. O acolhimento, essencial na política de humanização, tem início na recepção da mulher e sua família no momento em que chegam no serviço de saúde, e se estende durante todo o atendimento. Ao acolher, por meio de uma escuta qualificada, o profissional de saúde permite que a gestante expresse sua intimidade, suas preocupações e suas necessidades com segurança. Na prática, o acolhimento se expressa

em atitudes como se apresentar à mulher e ao acompanhante, se direcionar a eles pelos seus nomes, incentivar a presença e a participação de acompanhante e doula, escutar e valorizar o que a mulher traz como importante para ela, fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto, sobre a assistência prestada e garantir a privacidade da mulher. Estas ações favorecem o estabelecimento de confiança e a mudança da relação profissional/usuária. O acolhimento, portanto, se caracteriza por uma postura ética e solidária, se constituindo apenas como uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer durante todo o cuidado. Assim, incentiva que a mulher identifique e expresse as suas necessidades no seu caminho até o parto, favorecendo um nascimento tranquilo e saudável (Brasil, 2006).

Quanto a atenção centrada nas necessidades da paciente, os relatos demonstraram que a maioria das mulheres apresentaram solicitações quanto à assistência ao parto baseadas no atendimento de atividades básicas diárias e comuns, como a oferta de alimento e apoio, auxílio nos cuidados de higiene, a não violência, o alívio da dor, a presença de acompanhante e os cuidados com o recém-nascido, evidenciando que na perspectiva das mulheres, uma assistência de qualidade ainda se limita ao respeito e à garantia de seus direitos básicos. As atuais recomendações internacionais incentivam práticas profissionais que visam para além da sobrevivência ao parto ou de mães e bebês saudáveis, e sim uma atenção que leve em conta as demandas singulares de cada mulher, a fim de favorecer uma experiência de parto positiva (World Health Organization, 2018).

Algumas mulheres citaram ações por parte da equipe considerando a opinião e as vontades da mulher, possibilitando decisões compartilhadas entre o profissional, paciente e sua rede de apoio, por meio da aplicação da Prática Baseada em Evidência. Além disso, as mulheres relataram como parte fundamental da experiência, a possibilidade da presença de acompanhante em tempo integral. Por meio dos relatos, foi possível reafirmar uma série de benefícios já comprovados de que a presença de alguém de confiança da mulher durante o parto proporciona conforto e confiança para a mulher, favorecendo o desfecho do parto normal (Organização Mundial de Saúde, 1996). Além disso, evidenciou a importância da presença e da participação de acompanhante e da doula para que as vontades e necessidades da mulher fossem atendidas.

Apesar dos avanços na melhoria da atenção ao parto nos últimos anos (Brasil, 2001), o atendimento ao parto das mulheres brasileiras ainda é guiado pelas normas e protocolos da instituição. Muitos relatos trouxeram a necessidade da mulher se impor para que suas vontades fossem atendidas. Para algumas mulheres, mesmo mediante a demonstração e imposição de suas vontades, suas necessidades não foram respeitadas. Em alguns casos, se

evidenciou o desconhecimento e a não aplicação da Legislação vigente, como uma mulher que teve seu pedido de laqueadura negado, mesmo mediante a apresentação de documento de acordo com a legislação.

Em relação à atuação profissional, foi possível identificar a ausência de homogeneidade na assistência, demonstrado pelos frequentes relatos de que o respeito às suas escolhas dependia da conduta de cada profissional, havendo diferença entre profissionais de uma mesma equipe, e em diferentes plantões. Estes achados evidenciam a necessidade e a importância da efetiva implementação das políticas públicas na prática profissional. Além disso, o atendimento prestado por diversos profissionais e por estudantes também foi citado no relato de várias mulheres. Além da dificuldade na formação de vínculo, essencial para o estabelecimento de confiança no momento do parto, algumas mulheres referiram se sentir invadidas e desrespeitadas à medida que os estudantes treinavam as técnicas em seus corpos. A falta de experiência ainda foi citada como causadora de intercorrências e danos físicos e emocionais. Outro aspecto fundamental da assistência nas maternidades foi o relato de violência obstétrica, abandono e negligência vivenciada pelas mulheres. As falas relatam a privação de direitos, como analgesia e ingestão de alimentos e água.

Os profissionais de saúde que escolhem seguir a profissão obstétrica, fazem parte, diariamente, dos dias mais marcantes da vida de uma mulher e que serão lembrados pelo resto de suas vidas. Tem a oportunidade de proporcionar uma assistência que favoreça uma das experiências humanas mais significativas, com forte potencial transformador na vida de quem os vivencia. São os primeiros a tocarem cada ser que nasce e acompanham de perto a transformação de mães e pais e a consolidação de uma nova família. Ter consciência dessa responsabilidade é o primeiro passo para transformar a assistência. Além disso, é necessário reconhecer seu papel de coadjuvante neste processo, incentivando a autonomia e o protagonismo da mulher, bem como o compromisso com a ética e a constante atualização das novas evidências científicas (Brasil, 2001).

Quando um profissional de saúde se permite olhar para as individualidades de cada mulher por meio de uma escuta qualificada, o possibilita conhecer uma realidade talvez distante da sua. Diante disso, é necessário grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda. A sensibilidade e a capacidade de percepção de quem presta cuidados são condições fundamentais para que o saber em saúde seja colocado à disposição daquele que está sendo cuidado. Portanto, cabe à equipe de saúde buscar compreender e respeitar os múltiplos significados da gestação e do parto para aquela mulher e sua família (Brasil 2006).

A humanização da assistência ao parto é um processo contínuo e demanda constante reflexão sobre as ações de cada pessoa envolvida neste processo (Brasil 2004).

Por fim, em relação aos aspectos importantes da assistência, foi identificado que a maioria das mulheres afirmou que a maneira como foi atendida influenciou na sua experiência de parto. Algumas trouxeram relatos de superação de suas expectativas, demonstrando que o atendimento prestado pelos profissionais contribuiu para uma experiência de parto positiva. Outras, demonstram que problemas na assistência interferiram negativamente na experiência vivida. O contexto de vida de cada mulher e os acontecimentos durante a gestação e o parto influenciam a construção de vínculo familiar desde o momento do nascimento, e podem repercutir em seu estabelecimento e nos cuidados com a criança, sendo condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (Brasil, 2006).

Este estudo visa contribuir para as atuais discussões sobre a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades do paciente, apresentando resultados que podem incitar e favorecer o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre o assunto.

Conclusão

Por meio do discurso das mulheres se conclui que a escuta qualificada e a atenção centrado em suas necessidades acontece por meio do atendimento de demandas básicas, como a não privação de ingestão de alimentos e água, oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor e analgesia de parto, cuidados de conforto e higiene, garantia da presença de acompanhante e auxílio nos cuidados com o bebê. Algumas mulheres demonstraram se sentir escutadas e acolhidas em atitudes como o respeito à sua opinião e a decisão compartilhada entre profissional e paciente, demonstrando também a importância da participação de acompanhante e doula no atendimento de suas escolhas.

As mulheres identificaram que o respeito e o atendimento das suas solicitações dependia da conduta de cada profissional, apresentando diferenças na atuação dentro de uma mesma equipe e em diferentes plantões. Além disso, foi citado o grande número de pacientes e a alta demanda de atendimentos como um dos motivos pelo qual a assistência torna-se por vezes protocolar e padrão, dificultando um olhar atento e individualizado para cada mulher.

O discurso das mulheres acerca da experiência vivida demonstra que apesar da expectativa das mulheres em relação ao atendimento prestado na maternidade se limitar, em sua maioria, à cuidados essenciais de saúde, algumas expressaram satisfação com a assistência recebida, enquanto outras manifestam experiências violentas e traumáticas,

mostrando que o atendimento ou o não atendimento de suas necessidades tem influência na sua experiência de parto e nascimento de seu filho. Além disso, demonstra a falta de homogeneidade na prática profissional, evidenciando a necessidade da efetiva implementação de políticas públicas na assistência obstétrica.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24).

WORLD HEALTH ORGANIZATION recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **World Health Organization**; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou compreender de que forma as mulheres percebem a escuta qualificada e a atenção centrada nas suas necessidades a partir da vivência de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis. Por meio de suas falas foi possível identificar que na visão das mulheres, o reconhecimento e o respeito por parte dos profissionais de saúde frente às necessidades de cada mulher variam a depender da conduta individual do profissional, não identificando associação quanto ao seu ao perfil e suas características. Sendo assim, é evidente a necessidade de atualizações por parte dos profissionais de saúde quanto às práticas baseadas em evidência e a efetivação das políticas públicas.

Em conclusão, esta pesquisa sobre a presença da escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente na experiência de parto e nascimento das mulheres é fundamental não apenas para a compreensão aprofundada desse momento importante na vida das mães, mas também para a promoção das metas abrangentes dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Ao destacar a importância desses elementos no contexto do parto, a pesquisa contribui para a melhoria da saúde materna, a promoção da igualdade de gênero, o fortalecimento de práticas profissionais éticas no setor de saúde e consequentemente, para o avanço em direção à sociedades mais justas, saudáveis e sustentáveis. A implementação das descobertas desta pesquisa pode inspirar mudanças nas práticas assistenciais, em consonância com as políticas de saúde, incentivando parcerias colaborativas e estimulando práticas centradas nas necessidades das mulheres, alinhando-se assim os objetivos globais de desenvolvimento sustentável.

Por fim, desenvolver este trabalho foi uma tarefa de grande satisfação para mim. Seu extenso e por vezes cansativo processo de desenvolvimento demandaram intensa dedicação e o apoio das pessoas que me cercam diariamente. Isto proporcionou um imenso avanço e a superação de limites que antes eram barreiras para mim. E por fim, me possibilitou compreender e desenvolver as várias etapas de uma pesquisa com metodologia científica, sendo esta, uma condição essencial para a formação e para o alcance do título de bacharel em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

Backes MTS, Carvalho KM, Ribeiro LN, Amorim TS, Santos EKA, Backes DS. The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. **Rev Bras Enferm.** 2021;74 (Suppl 4):e20200689. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>

BRADY, Susannah; BOGOSSIAN, Fiona; GIBBONS, Kristen S.. Achieving international consensus on the concept of woman-centred care: a delphi study. *Women And Birth*, [S.L.], jun. 2023. **Elsevier BV**. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2023.06.001>.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 07 abr. de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução. **Resolução RDC Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: Brasília; 2012a.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. 64 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. 51 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 20**. Volume 51. Maio/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Área Técnica de Saúde da Mulher. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto; humanização no pré-natal e nascimento**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2018.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.

Côrtes, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018; Access 10 out. 2023; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6wqzGK8b3B6MPTX4ZpfhZfq/?lang=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)**. 2019. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 28 out. 2023.

EXPERT MATERNITY GROUP. **Changing Childbirth**. London: HMSO, 1993.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <<doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo [Org.]. **Métodos de pesquisa**. / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS, e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** - 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Samica Calixto, TEODORO, Livia Parente Pinheiro; PINTO, Antonio Germane Alves; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; QUIRINO, Glauberto Silva; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2018;71(5):2594-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564> Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2594.pdf

KRAUSÉ, Samantha Salome; MINNIE, Catharina Susanna; COETZEE, Siedine Knobloch. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 20, n. 1, maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03001-y>.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leão; BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Fernando; VICTORA, Cesar. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado

Nogueira da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>.

LOPES C.V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009.

MATAMALA, Maria Isabel et al. Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres. Santiago: Ed. do autor; **COMUSAMS; ACHNU**, 1995.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, [S.L.], v. 47, n. 165, p. 1044-1066, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <doi.org/10.1590/198053143988>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24).

PATTON MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd Ed. Newbury Park: Sage Publications; 1991. Disponível em <doi.org/10.1002/nur.4770140111>.

Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (**Rehuna**) 1993. Carta de Campinas. (Mimeo).

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; ALVES, Kelly Cristina Gomes; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <doi.org/10.1590/s0104-12902008000200011>.

SANTOS, Rafaella Ayanne Alves; MELO, Mônica Cecília Pimentel; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Ciência e Cultura**. V.13 n.2. Crato/CE. 2015. Acesso em 09/10/2023. Disponível em: http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf_1

SANTOS, Yammê Ramos Portella; CARVALHO, Thaiza Dutra Gomes de; LEAL, Neide Pires; LEAL, Maria do Carmo. Satisfaction with childbirth care in Brazilian maternity hospitals participating in the Stork Network program: womens opinions. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 5, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xen154522>.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. SINASC, 2021.

SORIANO-VIDAL, F.J.; OLIVER-ROIG, A.; RICHART-MARTÍNEZ, M.; CABRERO-GARCÍA, J.. Predictors of childbirth experience: prospective observational study in eastern Spain. *Midwifery*, [S.L.], v. 124, p. 103748, set. 2023. **Elsevier BV**. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2023.103748>.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.-dez.2020.ISSN 2237-9444. Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. Disponível em: <doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>

TOMITA, Yuri; KIRIYA, Junko; SILWAL, Ram Chandra; ONG, Ken Ing Cherng; SHIBANUMA, Akira; JIMBA, Masamine. Association between the person-centered maternity care experience and mental health after delivery in urban and rural Dhading, Nepal: a cross-sectional study. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 0-0, 30 maio 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05709-z>.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação - São Paulo: Atlas, 1987.

VELHO, Manuela Beatriz; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; MCCOURT, Christine; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; KNOBEL, Roxana; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; D'ORSI, Eleonora. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <doi.org/10.1590/0102-311x00093118>

WORLD HEALTH ORGANIZATION recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **World Health Organization**; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Identificação

Número da entrevista: _____

Data de nascimento: _____

Estado civil: _____

Cidade onde nasceu: _____

Nacionalidade: _____

Local de residência: _____

Escolaridade: _____

Profissão/Ocupação: _____

Religião: _____

Cor da pele:

Branca Preta Asiática Parda Indígena Não sabe informar

Renda (de todos que moram na casa no último mês):

Sem rendimentos

R\$1,00 a 550,00

R\$ 551,00 a 1.100,00

R\$ 1.101,00 a 2.200,00

R\$ 2.201,00 a 3.300,00

R\$ 3.301,00 a 5.500,00

R\$ 5.501,00 a 11.000,00

R\$ 11.001,00 a 22.000,00

22.001,00 ou mais

Não sabe informar/não quis responder

2. Histórico obstétrico

Número de gestações anteriores ()

Número de partos normais ()

Número de cesáreas ()

Número de abortos ()

Data e local de nascimento do último filho: _____

3. Vou iniciar com perguntas sobre sua última gestação

Você recebeu informações no pré-natal sobre como deve ser o atendimento na maternidade?
Quais informações?

E você buscou informações de como deveria ser o atendimento na maternidade? Pode me contar o que você encontrou?

E o que você esperava em relação ao nascimento do seu filho? Você tinha preferência por algum tipo de parto? E sua preferência foi atendida?

4. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o nascimento do seu último filho.

Quando você deu entrada na maternidade, o que você esperava? E a sua vontade foi atendida?

Você elaborou um plano de parto? A equipe respeitou as suas solicitações?

Você teve acompanhante durante o trabalho de parto e parto? Quem era? Como foi? Você acha que o acompanhante ajudou para que suas vontades fossem atendidas?

E você teve o acompanhamento de uma doula durante a gestação ou nascimento? Como foi? E você acha que ela ajudou para que suas vontades fossem atendidas?

Enquanto você estava na maternidade, você acha que as pessoas escutavam e atendiam às suas solicitações?

Vou fazer a mesma pergunta de outra forma: Enquanto você estava na maternidade, você sentia que suas vontades eram valorizadas, levadas em consideração?

Você consegue me dar um exemplo de um pedido que foi atendido? E de um pedido que não foi atendido? Você acha que alguma coisa interferiu no atendimento das suas vontades?

Quando você lembra da experiência de parto e nascimento do seu filho, em relação aos profissionais de saúde, como você imaginava que seria? Sente que aconteceu como você gostaria?

Você sentia que o seu atendimento era individualizado/único, ou seja, diferenciado para o que você precisava? Por que?

Você acha que a maneira como você foi atendida pela equipe influenciou na sua experiência de parto e nascimento?

E você acha que a forma como você foi atendida influenciou na sua maneira de cuidar do bebê após o nascimento?

Existe mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre escuta, acolhimento e respeito de suas vontades no atendimento prestado na maternidade?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “**Escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher durante a experiência de parto e nascimento**”, que faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, correspondente à acadêmica Jasmim Losso Arranz. Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória de caráter qualitativo e possui como objetivo “Identificar de que forma a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da paciente estão presentes na experiência de parto e nascimento das mulheres”. Este estudo será realizado com mulheres que tenham vivenciado o parto e nascimento de seus filhos até os dois anos de idade e que estejam realizando consulta na Unidade Básica de Saúde do Pantanal, localizada no município de Florianópolis, Santa Catarina.

Esta pesquisa não envolve ressarcimento financeiro e a adesão a ela é por livre e espontânea vontade, podendo recusar-se a participar ou se retirar a qualquer instante, sem qualquer risco, revelação do fato ou prejuízo ao participante no atendimento atual ou futuro da instituição. Terão garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases, visto que os questionários serão identificados numericamente, sem qualquer relação ou associação ao participante.

Esta pesquisa não acarretará riscos de natureza física aos participantes, no entanto por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas poderá haver desconfortos na reflexão sobre o atendimento recebido como lembranças e mobilização emocional, no entanto, nesse ponto, o pesquisador realizará a condução da entrevista de modo a minimizar as consequências e preservando a integridade do participante, realizando pausas ou cessando na entrevista caso necessário, ou até o momento em que o participante sintase confortável e apto a continuar, ou cessando a entrevista, se assim o participante desejar.

Informamos que ao participar desta pesquisa a Sra. não terá nenhum benefício direto. Entretanto, como benefício indireto, a produção de conhecimento e qualificação da assistência prestada em saúde. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas pelo participante e pesquisador responsável. Este é um documento que traz importantes informações de contato e garante os direitos como participante da pesquisa, portanto é orientado guardar cuidadosamente a via.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, contudo, caso aconteçam despesas não previstas e comprovadamente vinculadas a sua participação, estaremos dispostos a realizar o ressarcimento das mesmas. Igualmente informamos do seu direito à indenização caso haja danos à sua pessoa e que sejam comprovadamente vinculados a sua participação neste estudo, conforme determina a lei.

Qualquer dúvida sobre a pesquisa entre em contato com a pesquisadora principal Jasmim Losso Arranz, pelo do telefone (48) 99103-5085 ou pelo e-mail jasmimlosso@gmail.com, ou com a pesquisadora responsável, Prof^a Dr. Manuela Beatriz Velho, pelo do telefone (48) 3721-3442, pelo email: manuela.velho@ufsc.br, ou ainda presencialmente na sala 307 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado na rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis-SC. Poderá também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, localizado no Prédio da 22 Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, n°222, sala 701, Trindade, Florianópolis – SC ou pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou ainda pelo número (48) 3721-6094.

Jasmim Losso Arranz - Pesquisadora Principal

Manuela Beatriz Velho - Pesquisadora Responsável e Orientadora

Eu, _____, fui esclarecida sobre a pesquisa “Escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da mulher durante a experiência de parto e nascimento” e concordo em participar. Declaro que recebi a via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Necessário rubrica do participante e pesquisador em todas as páginas.

Assinatura da participante: _____

Florianópolis, _____ de _____ de 2023.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 7/SMS/GAB/ASSESP/2023

Florianópolis, 23 de Maio de 2023.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada *“ESCUTA QUALIFICADA E ATENÇÃO CENTRADA NAS NECESSIDADES DA PACIENTE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO DE MULHERES”* do pesquisador responsável JASMIM LOSSO ARRANZ foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com o Departamento de Atenção Primária e está autorizada para ser realizada no CS Pantanal.

A pesquisadora deverá fazer contato com a coordenação local do referido centro de saúde para combinar a melhor forma de iniciar a coleta de dados que consiste em entrevistar usuárias do centro de saúde que se enquadrem nos critérios de inclusão. As usuárias em questão serão abordadas na sala de espera do centro de saúde e convidadas a participar da pesquisa.

Todo processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para a coleta de dados é de **24/05/2023 a 24/12/2023.**

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço **espfloripapesquisa@gmail.com.**

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br EVELISE RIBEIRO GONCALVES
Data: 23/05/2023 07:11:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
JASMIM LOSSO ARRANZ
Nesta

Visite nosso site: <https://www.pmf.sc.gov.br/sites/ses/>
E-mail: espfloripapesquisa@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

ANEXO B - CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Escuta qualificada e atenção centrada nas necessidades da paciente a partir da experiência de parto e nascimento de mulheres

Pesquisador: Manuela Beatriz Velho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69448923.9.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.071.880

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121454, de 08/05/2023, preenchido pelos pesquisadores

Objetivo: Identificar de que forma as mulheres vivenciam a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades a partir da sua experiência de parto e nascimento. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, a ser realizado na Unidade Básica de Saúde do Pantanal, localizada no município de Florianópolis/SC. As participantes serão mulheres que tenham vivenciado a experiência de parto e nascimento, independente da via de nascimento, nos últimos doze anos. Durante a coleta de dados será utilizado o critério de saturação teórica, entretanto, assume-se uma estimativa de entre 15 e 20 mulheres participantes.

Recrutamento: As mulheres serão abordadas pela pesquisadora na sala de espera na Unidade Básica de Saúde, ao procurar por atendimento para si ou para seus filhos, quando será realizado o convite à participação na pesquisa.

Critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que realizem consulta com foco na saúde da mulher ou de seus filhos na Unidade de Saúde do Pantanal e que tenham recebido assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde públicas dos municípios da grande Florianópolis.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.071.880

Crterios de exclusão: mulheres com intercorrências maternas ou fetais graves no momento do nascimento, como por exemplo síndromes hipertensivas, nova abordagem cirúrgica, malformação fetal, óbito fetal ou perinatal, internação em unidade de terapia intensiva adulta ou neonatal.

A coleta de dados se dará no período de junho a setembro de 2023 por meio de entrevista com roteiro pré-estruturado, e a análise de dados seguirá a análise de conteúdo do método de Bardin, estruturada nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisadores:

Objetivo primário: Identificar de que forma as mulheres vivenciam a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades a partir da sua experiência de parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadores:

Riscos: Esta pesquisa não acarretará riscos de natureza física aos participantes, no entanto, por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas, poderá haver desconfortos na reflexão sobre o atendimento recebido, como lembranças e mobilização emocional. Nesse ponto, o pesquisador realizará a condução da entrevista de modo a minimizar as consequências, preservando a integridade do participante, realizando pausas na entrevista caso necessário, até o momento em que o participante sinta-se confortável e apto a continuar, ou cessando a entrevista, se assim o participante desejar.

Benefícios: Esta pesquisa não envolve benefício direto ou ressarcimento financeiro, e a adesão a ela é por livre e espontânea vontade, podendo recusar-se a participar ou se retirar a qualquer instante, sem qualquer risco, revelação do fato ou prejuízo ao participante. O benefício da participação será indireto pela produção de conhecimento e qualificação da assistência prestada em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.071.880

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 08/05/2023 e TCLE 08/05/2023) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP SH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Lembramos aos senhores pesquisadores que o CEP SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121454.pdf	08/05/2023 20:37:29		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/05/2023 18:40:59	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao.pdf	08/05/2023 18:40:03	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
Outros	Questionario.pdf	08/05/2023 18:39:09	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2023 18:36:09	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/05/2023 18:33:55	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/05/2023 18:30:00	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCCJasmim.pdf	08/05/2023 18:28:52	JASMIM LOSSO ARRANZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.071.880

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Maio de 2023

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O presente estudo aborda a escuta qualificada e a atenção centrada nas necessidades da mulher durante o parto e nascimento. Os resultados reiteram a importância deste momento na vida das mulheres e suas famílias, com vivências que asseguram uma experiência positiva, mas ao mesmo tempo, outras que desvalorizam e desconsideram os sujeitos envolvidos enquanto indivíduos com necessidades e valores. Trouxe ainda reflexões do quanto precisamos evoluir na implementação das políticas públicas, para proporcionar uma assistência qualificada e oferecer a todas as mulheres e suas famílias, uma experiência positiva.

No transcorrer da elaboração deste trabalho de conclusão de curso, a acadêmica Jasmim Losso Arranz demonstrou sua paixão e envolvimento com o tema, sempre buscando uma descrição minuciosa da experiência de parto e nascimento das mulheres, com o intuito de descrever de que forma a assistência recebida por estas mulheres impacta na vida destas mulheres e no cuidado de seus filhos. Recomendo a leitura deste trabalho por todos os profissionais que possuem ou possuirão o privilégio de acompanhar momentos incríveis da chegada de um ser ao mundo, para aqueles que ainda irão iniciar suas jornadas profissionais, a sensibilidade para perceberem o que está por trás de um momento tão intenso e para aqueles que já atuam, o resgate do que era almejado na sua formação.

Jasmim, que você siga seu caminho com força e bravura, mas com encanto e doçura, na constante luta do movimento pela humanização da atenção ao parto, de que para mudar o mundo, é preciso, mudar a forma de nascer.

Florianópolis, 04 de dezembro de 2023.

Profa. Dra. Manuela Beatriz Velho