



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

RAMAIANA DE JESUS GONZAGA CAVALCANTE

SENTIDOS DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA PERSPECTIVA
FENOMENOLÓGICA HEIDEGGERIANA

FEIRA DE SANTANA

2017

RAMAIANA DE JESUS GONZAGA CAVALCANTE

SENTIDOS DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA PERSPECTIVA
FENOMENOLÓGICA HEIDEGGERIANA

Dissertação apresentada para apreciação da banca examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem (MESPEnf), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final de avaliação.

Linha de pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Rocha Moreira

FEIRA DE SANTANA

2017

RAMAIANA DE JESUS GONZAGA CAVALCANTE

SENTIDOS DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA PERSPECTIVA
FENOMENOLÓGICA HEIDEGGERIANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem (MESPEnf), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do grau Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em 20 de novembro de 2017

Rita de Cássia Rocha Moreira_____

Doutora em Enfermagem- Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro titular – orientadora

Rosana Freitas Azevedo_____

Doutora em Enfermagem- Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Membro titular

Maria Lúcia Silva Servo_____

Doutora em Enfermagem- Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro titular

Elaine Guedes Fontoura _____

Doutora em Enfermagem- Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro suplente

FEIRA DE SANTANA

2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

C365

Cavalcante, Ramaiana de Jesus Gonzaga

Sentidos de práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica
heideggeriana / Ramaiana de Jesus Gonzaga Cavalcante. – 2017.
143 f. : il.

Orientadora : Rita de Cássia Rocha Moreira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, 2017.

1. Parturiente. 2. Práticas obstétricas. 3. Fenomenologia heideggeriana.
4. Mulher grávida – Saúde. I. Moreira, Rita de Cássia Rocha, orient.
II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 618.2-082

DEDICATÓRIA

À minha mãe Gildete de Jesus Gonzaga, que em seus modos de ser me ensinou, cobrou e me inspirou a seguir em frente! Ao meu pai Raimundo Gonzaga, que, com sua simplicidade, amor, exemplo de vida, admiração e compreensão, sempre acreditou em mim.

A Gustavo, meu “amor primeiro”, que com suas doces palavras, beijos, carinhos e descoberta me incentivou a concluir esta etapa.

A João Lucas, meu filho amado, presente de DEUS, durante o mestrado, que mesmo intraútero me fortaleceu para, juntos, trilharmos esse caminho com paz.

A Erivaldo de Moraes Cavalcante Filho, meu amado, que decidiu me amar, propondo-me esse amor incondicional que nos mantém unidos e nos impulsiona a permanecer juntos superando desafios e obstáculos, que, lançados no mundo, nos vem ao encontro cotidianamente.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos que nesse período enfrentaram e compreenderam o distanciamento necessário para que eu pudesse, com harmonia, trilhar a caminhada do mestrado.

À minha irmã Maria da Glória, um exemplo de amor e dedicação pela família.

À minha avó querida Albertina Menezes, que, neste período do mestrado, mesmo com suas lágrimas de saudades e medo da morte, compreendeu a distância e me fez estar presente mesmo que não em matéria.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Rocha Moreira, exemplo de amor e paixão por Heidegger, pela compreensão, sapiência, tolerância e perseverança com meus limites, pelo acolhimento, norteamo e pelo compartilhar de tamanha experiência contagiante nos momentos mais difíceis da construção desta dissertação, que me fizeram vir a ser mestre.

Às amigas e companheiras, Joseane da Paz Cerqueira Maia e Thais Michelle dos Santos Ribeiro, pelas centelhas de apoio e motivação em meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador do Universo, meu amigo e companheiro inseparável, que me permitiu ter a força e o equilíbrio necessários para vencer e vivenciar os vários modos de ser mãe, mulher, filha, gestante, enfermeira, professora... e assim ter a oportunidade de chegar ao grau de Mestre em Enfermagem.

À minha família pelo apoio nesta caminhada de aprimoramento acadêmico, tão desejado por todos.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Rosana Freitas Azevedo, Maria Lúcia Silva Servo, Elaine Guedes Fontoura por compartilharem o saber e o carinho nessa minha trajetória acadêmica.

Ao Diretor geral do Clériston José Carlos de Pitangueira por sua contribuição e compreensão nesse momento de crescimento pessoal e acadêmico.

À Diretoria de enfermagem, em especial na pessoa de Gislane Marins, pela colaboração, apoio e confiança que possibilitaram crescimento pessoal e acadêmico.

À Prof.^a Msc. Hayana Leal Barbosa por sua contribuição e compreensão nesse momento de crescimento pessoal e acadêmico.

Às companheiras das disciplinas Bases Teóricas e Metodológicas do Cuidar I e II e Enfermagem na atenção à saúde do idoso, em especial à Enf.^a Caroline Soledade e Enf.^a Manuela Nadja por terem contribuído para cursar o mestrado.

Ao Prof. Dr. Carlos Magno por compartilhar o saber, amizade e o carinho nessa minha trajetória acadêmica, ensinando-me o emprego de vírgulas, termos catafóricos e anafóricos.

Às minhas amigas e companheiras da turma do mestrado Ayana Matos, Leilane, Mara Luiza e Margarete Martins pelo encorajamento, por se disponibilizarem aos meus desabafos, por compreenderem meus sonhos e compartilharem lições de vida, que permearam todo o cotidiano desta jornada acadêmica e que vão além das relações acadêmicas.

À minha colega de orientação, agora minha amiga, Elaine de Carvalho Santana Peñarrieta, sou grata pelo carinho com que me ouviu e contribuiu para que a filosofia heideggeriana permeasse o meu trilhar na construção deste trabalho.

Ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher NEPEM-UEFS por todo acolhimento e partilhar de momentos singulares.

Aos funcionários do Centro Cirúrgico do Hospital Geral Clériston, que com companheirismo, compreensão e incentivos me motivaram para a realização desta pesquisa.

Às puérperas, depoentes neste estudo, pela delicadeza e confiança em partilhar parte da sua vivência no transcurso parturitivo.

Aos profissionais de saúde, depoentes neste estudo, pela delicadeza e confiança em partilhar parte da sua experiência no transcurso parturitivo.

À UEFS por permitir e viabilizar parte do meu mestrado.

RESUMO

CAVALCANTE, Ramaiana de Jesus Gonzaga. **Sentidos de Práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica heideggeriana**. 2017. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana, 2017.

Introdução: Práticas são os modos de fazer determinada ação, em saúde remete-se ao cuidado com indivíduo. Diariamente, milhares de partos ocorrem no Brasil, no entanto, conforme de alto risco, no qual atuo até a cultura e o meio em que a mulher-mãe esteja inserida, seu trabalho de parto e parto poderão ser vivenciados presente data, com intensidade, refletindo em sua existencialidade. De igual modo, como as alterações hormonais propiciam maior sensibilidade aflorando as emoções, o acolhimento é uma prática singular à mulher em transcurso parturitivo. **Objeto de estudo:** sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico (CO) de um hospital público da Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde. **Questionamento de pesquisa:** Quais os sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à mulher no CO de um hospital público da Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde? **Objetivo:** compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no CO de um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde. **Método:** estudo qualitativo fenomenológico heideggeriano, realizado no CO de um hospital público. Participaram 06 mulheres, maiores de 18 anos, em pós-parto imediato e 09 profissionais de saúde com mais de 06 meses de atuação no serviço. Foi aplicada a entrevista fenomenológica no período de janeiro a maio de 2017. A análise compreensiva se deu seguindo as etapas de redução, construção e destruição fenomenológica conforme o referencial teórico de Martin Heidegger e estudiosos da fenomenologia. Teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, nº 49615815.0.0000.0053. **Resultados:** foi desvelado que as parturientes vivenciam o fenômeno do transcurso parturitivo no modo do temor e solicitude e na abertura da disposição para si mesma. Os profissionais experienciam o fenômeno do transcurso parturitivo no modo da ocupação, da ambiguidade; o cuidado à mulher nesse transcurso permeia o mundo compartilhado do ser-aí no acolhimento. A partir dos resultados foi elaborada uma cartilha intitulada “Boas práticas à mulher em transcurso parturitivo”, a fim de compartilhar com os profissionais de saúde práticas recomendadas pela Rede Cegonha. **Conclusão:** há um descompasso entre as práticas baseadas em evidências, o cuidado compreensivo e o cotidiano do atendimento à parturiente. Esse descompasso vincula-se ao modo inautêntico no cuidado, constantemente, ocupado e no a gente. Defendemos que as práticas implementadas durante o transcurso parturitivo sejam pautadas no modo compreensivo de solicitude, centradas na dimensão existencial da mulher, vinculadas ao horizonte da existencialidade e ao modo aberto de ser-no-mundo.

Palavras-chave: Parturiente. Práticas em Saúde. Mulher.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Ramaiana de Jesus Gonzaga. Senses of **Obstetric practices in the heideggerian phenomenological perspective**. 2017. 143f. Dissertation (Masters in Nursing), Feira de Santana State University - Feira de Santana, 2017.

Introduction: Practices are ways of doing certain actions and within the health field it has to do with taking care of someone. Every day, millions of deliveries take place in Brazil; nonetheless, depending on the culture and on the environment in which the woman-mother is inserted, going into labor can be experienced with such an intensity, that it reflects upon her existentiality. Likewise, since hormonal changes lead to greater sensitivity, thereby making her emotions far more perceptible, cherishing is an outstanding measure for the woman who is in the labor process. **Aim of the study:** the meanings of certain practices carried out with regards to women in labor in the Obstetrician Center (OC) of a public hospital in Bahia, under the point of view of postpartum women and health professionals. **Research Question:** What are the meanings of obstetrician practices carried out towards women in the OC of a public hospital in Bahia under the scope of postpartum women and health professionals? **Goal:** to understand the meanings of obstetrician practices carried out under the scope carried out towards women in the OC of a public hospital in Bahia under the scope of postpartum women and health professionals. In this study, the word “meaning” has a Heideggerian connotation which is translated into “horizon”, “ways of being”, “perspective”. **Method:** Heideggerian phenomenological qualitative study carried out in the Obstetrician Center of a public hospital. Six women joined this observation, all over 18 years old, in an immediate post-labor moment and nine health professionals with over a 6-month period working experience in such service. Criteria of non-inclusion: postpartum women under 18 years of age, out of the period of immediate postpartum period and health professionals who had been on vacation maternity leave, sick leave, and those that had less than a six-month working experience in the institution. A phenomenological interview has been used as a collecting technique in the period between January and May of 2017. The comprehensive analysis happened after the reduction, construction, and phenomenological destruction stages according to the philosophical theoretical reference of Martin Heidegger and phenomenology scholars. Such experiment obtained the approval of the Committee of Ethics in Research of the State University of Feira de Santana (UEFS) – BA, nº 49615815.0.0000.0053. **Results:** It has been discovered that the women during delivery go through a phenomenon of the labor process, concerning fear and solicitude and in the openness of the willingness to themselves. The professionals experience the phenomenon of the childbirth process by means of their occupation and of the ambiguity; looking after women within this process underlies the shared world by cherishing. Based on the results, a booklet whose title is "Good practices for women in parturition" has been designed in order to share practices advised by Rede Cegonha (“Stork Network”) with health professionals. **Conclusion:** There is a mismatch between the practices based on evidence, the comprehensive care and the everyday services to women at labor. Such mismatch is linked with the unauthentic way of caring, constantly busy, and in the professional per se. We advocate that the implemented practices during the labor process be based upon the comprehensive way of solicitude, centered around the woman’s existential dimension, connected with the horizon of their existentiality and with the open-minded way of belonging-to-the-world.

Keywords: Parturition, Health Practices, Woman.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CME	Central de Material e Esterilização
CO	Centro Obstétrico
CONSEP	Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
CNP	Casa de Parto Normal
DATASUS	Dados Tabulados do Sistema Único de Saúde
FCF	Frequência Cardíofetal
FEBRASGO	Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia
FNUP	Fundo das Nações Unidas sobre a População
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
HIPS	Hospital Inácia Pinto dos Santos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MNFs	Métodos Não Farmacológicos
MESPENF	Mestrado Profissional em Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
NEPEM	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher
NUPED	Núcleo de Pesquisa e Extensão
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHPN	Política Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento
PNPN	Programa Nacional de Pré-natal
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
RN	Recém-nascido
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Caracterização das puérperas HGCA segundo codinome/idade, cor referida, grau de instrução, profissão/zona de habitação, estado civil, renda, dados gineco-obstétricos e condições de parto, HGCA - Feira de Santana (2017)

QUADRO 02- Caracterização dos profissionais de saúde segundo codinome/idade, cor referida, grau de instrução, profissão/turno de trabalho, tempo de formação/atuação no setor e curso de capacitação, HGCA - Feira de Santana (2017)

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO O OBJETO DE ESTUDO	13
2	O ENCONTRO COM O CORPUS DA PESQUISA	21
2.1	O ESTADO DA ARTE	21
2.2	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO À PARTURIENTE	23
2.3	POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	28
2.3.1	Humanização das práticas na atenção ao parto e nascimento e a vivência da mulher no transcurso parturitivo	28
2.3.2	O (re)pensar as práticas obstétricas: um olhar em defesa da saúde de gestantes e parturientes	31
2.3.3	Categorias de práticas obstétricas - Rede Cegonha	37
3	MARCO TEÓRICO, FILOSÓFICO E METÓDICO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA	49
3.1	FENOMENOLOGIA E SAÚDE	52
3.2	CAMINHAR METODOLÓGICO	55
3.2.1	Tipo de estudo	55
3.2.2	Campo e lócus do estudo	56
3.2.3	Aproximação ao campo de estudo	57
3.2.4	Técnica e instrumento de coleta de dados	59
3.2.5	Depoentes do estudo	61
3.2.6	Aspectos éticos da pesquisa	68
4	ANÁLISE COMPREENSIVA - O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE	110
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PUÉRPERAS	111
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE	113
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	114
	APÊNDICE D - QUADRO ANALÍTICO COMPREENSIVO: PUÉRPERAS	115
	APÊNDICE E - QUADRO ANALÍTICO COMPREENSIVO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE	118

ANEXO	135
ANEXO A - CATEGORIZAÇÃO DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS RECOMENDADAS PELA OMS	136
ANEXO B – PARTOGRAMA	138
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UEFS	140

1 INTRODUZINDO O OBJETO DE ESTUDO

Ao ingressar na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no segundo semestre do ano 2000, no curso de graduação em Enfermagem, iniciava uma nova etapa em minha vida. O curso iria me proporcionar um trilhar inovador na construção do conhecimento científico. Um leque de possibilidades surgia. Essa nova etapa estava sendo encorajada por um impulso materno, o qual favoreceu um sentimento doce, exuberante e instigante para estudar a singularidade que permeia o cuidar à saúde da mulher.

Quando cursando o componente curricular, no quinto semestre, Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, este desejo se fortalecera. Assim, interessada pela área me submeti a uma seleção para provaser bolsista do Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), em Feira de Santana, maternidade referência na região para parto de risco habitual e médio risco. Desde então, mergulhei no universo singular do cuidar da saúde da mulher e da criança.

Durante o período de graduação, participei do Núcleo de Epidemiologia desenvolvendo estudos na área de saúde coletiva e de populações específicas, mulher e criança, dentre os quais o intitulado: “Incidência de sífilis congênita entre nascidos vivos de 2000 a 2004 em um hospital publico no interior da Bahia”, o qual possuía entre os objetivos avaliar a assistência pré-natal prestada às mulheres nesse período, que culminou no trabalho de conclusão de curso (GONZAGA, 2004).

Logo após a formatura em 2005, continuei na instituição como enfermeira do Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto (AC) permeando entre as funções assistencial e gerencial. Nessa unidade, atuei por mais sete anos, vivenciando o cuidado em maternidade.

Em 2012, fui convocada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), após concurso público, e convidada pelos gestores para atuar no CO do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), em Feira de Santana, Bahia, Sesonde atuo até a presente data, dando continuidade ao experienciar do cuidado à mulher no ciclo de do Clériston, hospital de referência regional para gestação, parto e puerpério.

Neste contexto, durante o cuidar no pré-parto e parto, vivenciei práticas obstétricas que despertaram reflexões pessoais, profissionais e de execução de políticas institucionais. Ao ingressar no curso de Pós-graduação em 2015, Mestrado Profissional em Enfermagem (MESPEnf), na UEFS, o desejo de compreender as práticas realizadas em maternidades me motivou a construir um projeto que pudesse desvelar como estas ocorrem.

Ao referir-me às práticas realizadas, rememoro o conceito delas como modos de fazer. Em saúde, estas remetem ao cuidado ao indivíduo. Segundo Ayres (2004), um conjunto de princípios e estratégias que deve nortear a relação entre o profissional e a pessoa da qual se cuida para alcance mútuo de satisfação.

A partir dessa vivência e motivada a realizar um estudo que pudesse desvelar sentidos de práticas realizadas com parturientes em CO, busquei a fenomenológica heideggeriana considerando ser um método que valoriza a compreensão de cuidar, visto que é uma corrente filosófica que envolve as possibilidades da existencialidade do humano no mundo, pois a partir da compreensão existencial de ser-no-mundo tenho a possibilidade de alcançar a reestruturação das práticas, aliada à (co)responsabilização e acolhimento no cuidado à mulher no transcurso parturitivo.

Ser-no-mundo é a forma como Martin Heidegger, através da ontologia, posiciona-se para definir o humano como ser-aí, experienciando situações distintas a partir da singularidade dos modos de ser (MOREIRA, 2013a). Refere-se ao homem lançado no mundo, habitando a realidade que ele próprio questiona, ou seja, a possibilidade de seu próprio ser – no sentido de existir no mundo, cada humano tem características próprias.

O humano para Heidegger (2015) é um projeto inacabado em execução, assim se apresentam a ele infinitas possibilidades e sua trajetória histórica, social, cotidiana e todas as esferas do viver se desenrolam ao longo de uma temporalidade – temporalidade esta que é finita e circular, ao contrário da temporalidade dos outros entes, que pode ser considerada infinita.

O ente pode mostrar-se de diversas maneiras, segundo seu modo de existir. Sua existência, que, para Heidegger (2012), não significa aquilo que se encontra no mundo, mas o que emerge, do verbo ek-sistere, consolida-se em três aspectos: a facticidade, como o estar-aí, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas; a decadência, como modo de ser do cotidiano, sujeito no domínio do impessoal e caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambiguidade; e a transcendência, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido.

Dessa forma, compreender sentidos por esse olhar filosófico implica encontrar possibilidades do ente em seus modos de ser. Sentido na linguagem heideggeriana nos remete a uma circularidade compreensiva que pode representar horizonte, modos de ser, perspectiva, possibilidade. E esta compreensão desvela sentido de ser, que implica modos de ser (MOREIRA, 2013a).

Portanto, é com esse aporte metodológico e filosófico que lancei um olhar para um estudo sobre práticas obstétricas na ótica da fenomenologia heideggeriana e busquei como base o manual Maternidade Segura, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que descreve um elenco de quatro categorias de práticas obstétricas, as quais se classificam: A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Por reconhecer a importância em desvelar sentidos das práticas obstétricas no transcurso parturitivo, apropriando-me da reflexão crítica acerca das mesmas, empregadas em maternidades, utilizei no estudo aquelas recomendadas pela OMS contidas na categoria A (Anexo A).

Optei também em utilizar o termo transcurso parturitivo de Moreira (2016) por reconhecer a possibilidade de ampliar o olhar à mulher, já que a autora compreende que o gestar e o parir podem significar transcorrer ou percorrer, ou seja, vão além de um processo sistematizado, com etapas predefinidas, controladas e repetitivas. Diz respeito à vivência de um fenômeno.

Ao experienciar o cotidiano no CO, por 11 anos, pude compreender que o parto pode ser um momento significativo para a parturiente, recém-nascido (RN) e familiares, transcurso que depende de horas e pode provocar profundas mudanças fisiológicas e psicológicas. Pode ser sublime, terno e único tanto para a mulher como para o profissional de saúde. Nascer é algo intrínseco ao viver da humanidade, é um acontecimento cotidiano. Desta forma, traço um caminhar em defesa da fisiologia do corpo feminino de modo que o sentimento imbricado seja singular.

Diariamente, milhares de partos ocorrem no Brasil, no entanto, conforme de alto risco, no qual atuo até a cultura e o meio em que a mulher-mãe esteja inserida, seu trabalho de parto e parto poderão ser vivenciados presente data, com intensidade, refletindo em sua existencialidade. De igual modo, como as alterações hormonais propiciam maior sensibilidade aflorando as emoções, o acolhimento é uma prática imprescindível para a mulher em transcurso parturitivo (MALHEIROS, 2012).

Historicamente, os partos eram realizados em domicílio, com a presença feminina exclusiva de parteiras que vivenciavam essa prática. Apesar de não dispor de conhecimento científico, as mesmas eram famosas por suas experiências adquiridas ao longo da vida e

muitas vezes possuíam afinidade e familiarização com a parturiente e família, o que permitia uma relação de confiança (CARVALHO et al., 2012).

A partir do século XX, a mulher deixa de ser protagonista do seu parto; a hospitalização se torna mais frequente, entrando em cena novos atores, principalmente a figura masculina do médico, o que distancia a condução do parto como um momento fisiológico, íntimo e singular para uma vivência marcada pela medicalização do corpo feminino (MALHEIROS, 2012).

Em nosso país, há influência de duas vertentes presentes no cuidado às gestantes, parturientes e puérperas, baseadas em práticas europeias e americanas. A primeira norteadas pela fisiologia do parto, considerando o momento como não patológico, não sendo necessária a medicalização e com o mínimo de intervenções, o que possibilita à mulher o protagonismo, segurança e conforto no parto. A segunda valoriza ações tecnocratas, intervenções cirúrgicas em larga escala, medicalização e manejo ativo do parto, com produtividade baseada no capitalismo. A mulher se torna objeto e não participa do processo (AGUIAR, 2011).

Assim, a preocupação com a humanização do parto não é antiga. No Brasil, em meados dos anos 20 do século XX, esse termo começa a ser utilizado em contextos que agregam técnicas, compreensão de cuidado, necessidades institucionais, que, em determinadas épocas, é tido como cuidado humanizado e outras não. Segundo Diniz (2005), a realização de episiotomia e o emprego do fórceps eram práticas consideradas humanizadoras. Nos meados da década de 70, o acesso à cesariana também fora considerado como uma prática benévola.

Na transição de adequação de técnicas, ganha força a medicalização do parto e exacerbação de procedimentos intervencionistas. Foi nesse cenário que a OMS publicou, em 1985, o documento intitulado: Tecnologia apropriada para partos e nascimentos, que retratava os deveres dos serviços de saúde em atenção ao parto e nascimento, discordando do uso indiscriminado das práticas invasivas, bem como destacando os direitos à assistência pré-natal de qualidade. Desde então, o Ministério da Saúde (MS) vem propondo estratégias e mudanças de atenção ao parto no Brasil que se adequem às propostas da OMS (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Nessa perspectiva, a partir de 1990, a OMS foi agregando conhecimentos à linha de cuidados de partos e nascimentos no intuito de aprimorar as técnicas que pudessem ser consideradas como humanizadas (RATNER, 2009). Em concordância com essa perspectiva, em 1993, grupos não governamentais e diversas categorias profissionais se reuniram em Campinas e desse encontro resultou a criação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e

Nascimento (REHUNA), uma rede de luta pela humanização do nascimento no âmbito obstétrico nacional.

Dois anos depois, em 1995, o MS e outras instituições como Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações pela Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS e o Fundo das Nações Unidas sobre a População (FNUAP) lançaram o projeto Maternidade Segura que culminou com a elaboração e publicação do manual Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático (PORFIRIO; PROGIANTI; SOUZA 2010).

Esse projeto financiado pela OMS consiste em um esforço interinstitucional cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal) nos cinco continentes, preconizando a melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal, parto e pós-parto às mulheres e recém-nascidos pelas instituições que prestam este tipo de atendimento.

Com esse projeto e a partir dos coeficientes de incidência e prevalência de agravos à saúde, bem como das condições de vida da humanidade, foram estipulados Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio (ODM). Metas para redução dos indicadores de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida para o século XXI. Na área da saúde da mulher, fora proposto reduzir a mortalidade materna. Indicadores como a cobertura pré-natal e o acesso ao parto hospitalar melhoraram, porém as taxas de mortalidade materna permanecem em ascensão. As taxas de cesariana e mortalidade materna são incompatíveis com a tecnologia disponível, pois gestantes de risco habitual são submetidas a intervenções desnecessárias e as de alto risco recebem cuidados insuficientes (DINIZ, 2004).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), em defesa aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde e usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013b).

O modelo de humanização ao parto e nascimento busca a formação de uma nova prática obstétrica, orientada pela segurança e eficácia dos procedimentos, pela maior promoção dos direitos das mulheres. Em 2011 surge a portaria da Rede Cegonha (RC) que visa fomentar, financiar e fiscalizar a linha de cuidar à saúde reprodutiva e da assistência pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2011a).

Humanizar representa um modo de assistir a mulher, a criança e a família, é estar sempre ao lado, prestando-lhes o suporte individualizado, de forma a garantir a integralidade

da assistência. É saber identificar os riscos antes que eles ocorram para que se possa garantir ao ser humano o direito à vida, indo ao encontro do que defende Ayres (2001, p.63), a humanização da atenção à saúde representa um compromisso das tecnociências da saúde com valores democraticamente validados como bem comum e relaciona-se ao “projeto de felicidade”.

Para Ayres (2004), a compreensão do significado de integralidade faz-se necessário para implementação de boas práticas. Nessa perspectiva, o MS vem propagando conceitos de práticas assistenciais humanizadas, entre os profissionais de saúde, visando à promoção do parto e nascimento saudáveis, a fim de resgatar a sublimidade do nascimento, incentivando uma assistência com segurança e dignidade às mulheres no momento do parto e nascimento (BRASIL, 2001a).

Dentre as práticas consideradas de humanização ao parto e que se inserem na categoria A estão: garantia dos direitos da gestante como manutenção da sua privacidade e seu acompanhante; possibilidade de movimentar-se durante o trabalho de parto e parto; ingerir líquidos e alimentos leves; acesso a métodos de alívio da dor; escolha da posição de parto; acesso a procedimentos que se façam necessários, como ausculta fetal, teste rápido para a detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), contato com o recém-nato logo após o nascimento, realizando-se os procedimentos de rotina apenas após a primeira hora de vida (pesagem, mensuração, entre outros), ressaltando que o clampeamento do cordão será realizado apenas após cessarem as pulsações (BRASIL, 2015).

Para Casate e Correa (2012), uma formação acadêmica com o modelo centrado no cuidado, que transversalize a tecnologização com as tecnologias leves, que estimule o desenvolvimento/fomentação da sensibilidade, criatividade, integração de saberes é como um feixe de luz, que ao ser lançado poderá iluminar a compreensão, confrontando e emancipando a complexidade do cuidado.

Nessa perspectiva, Ayres (2005) rememora conceitos de humanização no cuidar em saúde, o qual perpassa pelas relações de gestores, profissionais e usuários, bem como pelas concepções que emergem destes sujeitos e do que vem a ser produção do cuidado e como se dá a efetivação dessa práxis cuidar/cuidado. Nesse sentido, ao se lançar sob a ótica reflexiva das relações, acerca da realidade versus teorizações, sente-se a necessidade de recuperar o humano no cuidado humano.

Desta forma, pensando nos vários tipos de relação, a de afetividade entre a equipe de saúde e a parturiente pode contribuir com o contentamento da mesma, cabendo à equipe oferecer-lhe apoio emocional e psicológico. A afinidade estabelecida pode propiciar a

construção de um vínculo para o cuidado humanizado. Considerar o desejo e decisão da parturiente sobre a condução do seu parto é uma atitude humanizada. Compete à equipe de saúde respeitar e aceitar a singularidade da mulher em transcurso parturitivo em suas dores, crenças, desejos, tempo e decisões (MALHEIROS et al., 2012).

Faz-se necessário, portanto, repensar as práticas (re)significando o cuidado, autoconhecimento, autorreflexão, autopercepção, autonomia profissional com a possibilidade de criar um espaço de compartilhamento, no qual ocorre o estreitamento de vínculo e, sobretudo, a valorização de ser-no-mundo.

Portanto, foi no caminhar existencial para a delimitação do objeto de estudo que vivenciei um processo pré-reflexivo ao trilhar por essas indagações: Como se vêm dando as práticas obstétricas no transcurso parturitivo? As práticas realizadas em centros obstétricos no atendimento às parturientes são humanizadas? Quais os desafios que se tem para singularizar essas práticas? Como as parturientes se sentem ao serem submetidas às práticas obstétricas invasivas?

Sendo assim, a realização deste estudo está alicerçada na justificativa de que, embora as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam um tema de destaque nas discussões da OMS e MS, pode-se dizer que o enfoque dado às práticas realizadas em centros obstétricos é relativamente recente, especialmente na perspectiva fenomenológica heideggeriana.

Justifica-se também porque, socialmente, as transformações profissionais, acadêmicas e na pesquisa poderão provocar mudanças na prática cotidiana nos serviços de saúde, pois apontam para uma perspectiva de cuidar compreensivo, com o fortalecimento de vínculos entre profissionais e parturientes, possibilitando a reformulação/adequação do modelo tecnocrata, que proporciona, ainda, uma visão fragmentada baseada em um raciocínio cartesiano, o qual apesar de sua grande contribuição para as ciências da saúde, se for a única base do cuidar, poderá fragmentar a atenção integral.

Para compreender sentidos de práticas obstétricas na atenção à parturiente no centro obstétrico de um hospital público no interior da Bahia, o presente estudo traz como questão de pesquisa: **Quais os sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde?**

E como **objetivo**: compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde.

O objeto de estudo desta dissertação está vinculado ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM) da UEFS, que desenvolve o Projeto de Pesquisa: Atenção à saúde da mulher nos serviços públicos do município de Feira de Santana-BA, em seu subprojeto - Atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal em Feira de Santana-BA” (MOREIRA; MELO, 2015).

A realização deste estudo poderá contribuir para academia, sociedade e mulher no ciclo gravídico puerperal, de forma a fortalecer e divulgar um modo de compreensão do cuidado à luz da fenomenologia, haja vista que a concepção compreensiva da atenção à saúde vem ganhando novos espaços na pesquisa. Para a enfermagem, poderá promover mudanças no cenário do cuidar à mulher durante o trabalho de parto e parto, a partir de um processo compreensivo sobre modos de cuidar.

No que diz respeito às contribuições acadêmicas e sociais, a realização de novas pesquisas favorece o embasamento científico e fortalecimento de olhares e nuances diferenciados e inovadores nos eixos teóricos, filosóficos e metódicos de fazer saúde.

Como contribuição direta ao serviço a produção e distribuição de cartilha, com base na Política de Humanização ao Parto e estratégia RC, de boas práticas no transcurso parturitivo no CO do Hospital.

Assim, para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, há de se ter um corpo de conhecimento com embasamento teórico-filosófico a fim de compreender o cuidado, a autonomia e singularidade do outro, fazendo-se necessário um movimento existencial do profissional por meio de atitudes compreensivas que valorizem as boas práticas no cotidiano de atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal.

2 O ENCONTRO COM O CORPUS DA PESQUISA

A palavra corpus com etimologia latina significa corpo e, nas ciências históricas, ela se refere a uma coletânea de textos. Pode ser definida como um corpo de uma coleção completa de escritos ou coisas parecidas; o conjunto completo de literatura sobre algum assunto, vários trabalhos da mesma natureza, coletados e organizados. Ainda pode ser definido como “uma coleção finita de materiais, determinada de antemão pelo analista com arbitrariedade e com a qual ele irá trabalhar” (BAUER; ARRTS, 2002, p. 44).

Para ampliar o conhecimento e a produção científica que transversaliza o objeto de estudo “sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à mulher em transcurso parturitivo na abordagem fenomenológica heideggeriana”, fizemos um caminho para encontrar publicações de modo a construir o estado da arte.

2.1 O ESTADO DA ARTE

O transcurso parturitivo é um evento que vem passando por inúmeras transformações/readequações no que diz respeito às práticas de cuidado empregadas no cuidado à mulher que vivencia a fisiologia da gestação, parto e nascimento. Sabe-se que não havia técnicas utilizadas para minimizar a dor. Nesse contexto, as mulheres se recolhiam para parir, guiadas por seus instintos: quando começavam a sentir as dores deduziam que o momento do parto havia chegado.

O cuidado ao parto teve início quando as próprias mulheres começaram a se ajudar nesse processo, com a participação de seus familiares e parteiras, que foram acumulando experiências passando de geração a geração, utilizando-as para ajudar nesse momento tão esperado e importante na vida das mulheres.

No entanto, com a institucionalização do parto, já no cenário hospitalocêntrico, houve a medicalização deste, passando a ser visto apenas como um ato cirúrgico e a parturiente determinadamente a ser apenas a paciente (RATTNER, 2009). Os profissionais de saúde passaram, então, a realizar cada vez mais procedimentos invasivos e intervencionistas, justificando requerer um menor tempo e maior praticidade para realização do parto, sendo comum o emprego de práticas que vêm sendo analisadas quanto à eficácia, eficiência e promoção de contentamento, em especial da mulher-no-transcurso-parturitivo.

Práticas não recomendadas têm sido utilizadas com frequência, as quais ao serem usadas contribuem para a minimização ou até mesmo tornar inexistente a humanização no trabalho de parto e parto. Nessas práticas se incluem a realização da tricotomia pubiana, enema, posição de litotomia, uso de indução hormonal na soroterapia, episiotomia, manobra de Kristeller, toques vaginais repetitivos, revisão uterina, amniotomia, proibição de ingestão de líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2011b).

A coleta dos Dados Tabulados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostrou que no Brasil, em 2011, contabilizaram-se 1.311.199 partos vaginais e 1.565.564 cesarianas (BRASIL, 2016).

Sousa et al. (2016) acreditam ser necessário o reconhecimento do parto como um processo de envolvimento com o cuidado do outro e desse modo seja compreendida e respeitada a autonomia da parturiente, suas escolhas, princípios, desejos e afetividades. Boas práticas, assim, se mostram de forma efetiva, complexa e mais presente, pela possibilidade de mudança comportamental dos profissionais envolvidos.

Neste sentido, para ampliar o conhecimento do universo da produção científica publicada acerca da temática “práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica”, objeto desta pesquisa, foi realizada uma busca de caráter qualitativo e quantitativo.

Desse modo, foram adotadas as seguintes fases para busca, realizadas em duas etapas: definição dos critérios de inclusão, definição das informações a serem extraídas e avaliação dos estudos selecionados.

A primeira etapa da busca foi permeada pela procura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores, para busca dos dados na BVS, para título, resumo e assunto: fenomenologia, práticas obstétricas, parto com o recurso booleano “AND”, resultando em 463 trabalhos. Ao aplicar os filtros: texto completo disponível e formato de artigo, 100 publicações. Já para o período de publicação dos artigos, optou-se pelos últimos dez anos, compreendendo o período de 2006-2016, e assim surgiram 45 artigos; refinando a busca e eliminando-se os artigos repetidos, foram selecionados apenas 17 artigos, que se enquadraram nos critérios de inclusão da busca. Artigos que não atendiam aos critérios do tema proposto apresentavam fuga ao tema e publicados anteriores ao ano de 2012 foram excluídos.

Após a leitura dos resumos, observou-se materiais repetidos e outros com abordagem distante da proposta aqui defendida. Por fim, restaram 06 artigos após leitura aprofundada com a associação parto e fenomenologia.

Assim, foi possível visualizar que não existem publicações que se remeta a sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente em uma abordagem fenomenológica heideggeriana. Mas, os 06 estudos encontrados com abordagem fenomenológica foram agregados à construção deste projeto. Dessa forma, foi viável a construção de eixos que serão transversais à temática a ser estudada.

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO À PARTURIENTE

Segundo Vogt, Silva e Dias (2014), por muito tempo a arte de partejar foi considerada uma atividade eminentemente feminina, realizada, tradicionalmente, por parteiras, que, por meio de uma cultura feminina sobre o parto, resgatavam sua individualidade e exercitavam alianças de gênero.

Para Fernandes et al. (2016), a incorporação da prática obstétrica pelos médicos, que teve início nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foi afastando, aos poucos, as parteiras do cenário do nascimento. Cook, Avery e Frisvold (2014) discorrem que com a chegada do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu um grande avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, que contribuíram significativamente para a diminuição da mortalidade materno-infantil.

Essa série de avanços colaborou com a passagem do parto do âmbito familiar para a rotina hospitalar. Os médicos e seus instrumentos entraram em cena e a comunidade de mulheres que, tradicionalmente, desenvolviam a arte de partejar foram marginalizadas, tornando o parto um ato privativo de médicos.

Nesse sentido, Gregório e Padilha (2012) em estudo, ao analisar as práticas de cuidado prestado à mulher na maternidade, relatam que este foi exercido por religiosas e parteiras, por enfermeiras leigas e por enfermeiras obstétricas, em uma trajetória que vai do cuidado laico ao profissional, entrelaçado por relações de saber-poder demarcadas por lutas e resistências ao poder médico hegemônico da época.

O parto como um acontecimento social integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres, representando um processo singular, uma experiência especial no universo do casal, que envolve também suas famílias e a comunidade. Portanto, o cuidado recebido nesse momento pode repercutir positivamente ou de maneira negativa na experiência reprodutiva da

mulher, do recém-nascido, do homem e na forma como a parturição é percebida por eles, pela família e pela comunidade.

O Brasil tem fomentado políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, especialmente as políticas de saúde, que podem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Sendo assim, as legislações relacionadas ao parto, posteriormente ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), buscaram garantir a humanização e qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, ressaltando-se a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Em sequência, foi publicada a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento da vinculação à maternidade, na qual receberá assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2007a).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008, dispõe ainda sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, incluindo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços nessa área (BRASIL, 2008).

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede em construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada pessoa em sua singularidade e história de muitas vidas, o que equivale dizer os modos de ser-no-mundo.

Nesse contexto, mediante vastas reflexões sobre o cuidado na atenção à saúde reprodutiva, incluindo falta de acesso e baixa qualidade da assistência prestada, após o reconhecimento de movimentos feministas, de organizações não governamentais em defesa à atenção à mulher ao parto, foi instituída no âmbito do SUS a estratégia Rede Cegonha (RC), constituindo uma linha de cuidados que visa garantir o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a RC, reforça a proposta do PHPN para adoção de estratégias destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à mulher na saúde reprodutiva, desde o planejamento reprodutivo, atenção ao ciclo gravídico-puerperal, bem como assistência à criança até dois anos de vida (BRASIL, 2011a).

Como em toda rede, a característica da conectividade é a que mais se destaca. Inter-relacionar-se em rede implica exatamente processos de troca, de interferência, de contato. Uma rede que se mantém comprometida em defesa da vida possibilita a participação ativa das pessoas envolvidas: gestores, trabalhadores em saúde, usuários, famílias e comunidades.

Como estratégia, a RC pretende reorganizar a atenção ao planejamento reprodutivo, incluindo o incentivo à maior participação de homens no programa, bem como um olhar atento para o público adolescente e jovem, visto que cada vez mais a iniciação sexual é precoce. Essa preocupação de inclusão está baseada na perspectiva de que quando a gravidez é indesejada ou ocorre sem preparo físico, emocional e social, há tendência a complicações maternas, fetais e sociais (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao pré-natal, percebeu-se uma diferença regional na adesão e qualidade da assistência, percebida por complicações evitáveis, como aumento da incidência da sífilis congênita e morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

A estratégia da captação precoce de gestantes para o programa, com instituição do teste rápido para gravidez nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e socialização do conhecimento para reconhecimento dos sinais de gestação, bem como subsídios de enfrentamento para diminuir a baixa adesão ao programa, como busca ativa das faltosas, oferta de auxílio transporte, atendimento integral como consultas especializadas, exames, visa fortalecer a atenção em pré-natal (BRASIL, 2011a).

Outra proposta inovadora da estratégia é a vinculação da gestante ao serviço de assistência ao parto que será atendida, diminuindo a peregrinação no momento parturitivo e suas complicações por demora nesse atendimento (BRASIL, 2011b). Há uma tendência atual à transformação do modelo de atenção ao parto e ao nascimento, com enfoque no resgate da autonomia feminina, do nascimento como algo fisiológico e reinserção da família na cena do parto, elementos que têm gerado novos modos de cuidar. O MS tem apoiado a implementação de estratégias que assegurem às mulheres uma vivência mais positiva na parturição, de modo seguro, qualificado e humanizado.

A RC preconiza o uso de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do manual Maternidade Segura da OMS, de 1996. Nesse cenário, as maternidades brasileiras integrantes do SUS têm como desafio adequar o modelo de cuidado ao parto e ao nascimento, seguindo as recomendações do MS e da OMS (BRASIL, 2011a).

A implementação de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pela OMS e pelo MS, como a socialização para a sensibilização com equipe técnica, além de demonstrar como a qualificação é fundamental na mudança do modelo de atenção ao processo

de parto e de nascimento, poderá contribuir significativamente na humanização e na promoção da segurança da mulher e do RN.

No âmbito micropolítico, o primeiro passo permeia pela sensibilização da equipe para a integração de enfermeiras obstetras na equipe de saúde da maternidade ou capacitação das enfermeiras já atuantes. A inserção dessas profissionais na dinâmica do cuidado tem sido um desafio, pois os trabalhadores da área médica muitas vezes demonstram não conhecer ou não aceitar as atribuições das profissionais na assistência ao parto e ao nascimento, o que gera estranhamento por parte dessa categoria e dificuldades na atuação em equipe (BRASIL, 2011a).

Nesta sequência foi instituída a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, que estabelece diretrizes para implantação e habilitação do Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em consonância com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento e custeio de implantação e manutenção (BRASIL, 2013c).

Apesar desse empenho na elaboração de políticas públicas que visem à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal, constatou-se em lócus a persistência do modelo tecnocrata, no qual as mulheres são submetidas às rotinas hospitalares, expropriadas de sua autonomia no processo de parturição e expostas a práticas sem evidências científicas que apoiem seu uso, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil.

A humanização do parto e do nascimento busca romper com esse modelo tecnocrata, biomédico, centrado em doenças, que supervaloriza procedimentos e intervenções, na busca do resgate da autonomia da mulher, tendo como apoio a adoção de práticas comprovadamente benéficas na parturição.

Para o MS, a humanização compreende dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando intervenções desnecessárias que, embora estejam tradicionalmente na prática dos profissionais, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e acarretam com frequência elevados riscos para ambos (BRASIL, 2006).

O trabalho em obstetrícia, como em saúde, de um modo geral, é realizado por uma equipe de saúde composta por categorias profissionais distintas, podendo ser desenhado a partir de dois modelos: equipe agrupamento, em que há justaposição das ações e o

agrupamento dos agentes, ou equipe integração, que desenvolve a articulação das ações e interação dos agentes (SANTOS et al., 2013).

A primeira é caracterizada pela fragmentação das ações, e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações em saúde e à necessidade atual de recomposição dos saberes e trabalhos especializados. Em ambas, fazem-se presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a diferença de valor atribuído a esses distintos trabalhos (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

A divisão técnica do trabalho, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário, do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados referentes a uma mesma área de produção (CARDOSO; SILVA, 2010).

Nesse contexto, vale ressaltar a interação das diversas categorias da enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, parteira e ainda demais figuras da equipe multidisciplinar de saúde. No entanto, vivenciam-se importantes articulações do cuidado, como a interação com a figura médica, que representa em muitos cenários centralidade na discussão de casos e na conduta terapêutica no transcurso parturitivo (CARDOSO; SILVA, 2010).

No que diz respeito ao puerpério e atenção à saúde da criança segundo as orientações da RC, a equipe multidisciplinar tem como objetivo reduzir a mortalidade materna pós-parto, principalmente pelas hemorragias, permitindo atendimento na rede de atenção integrada com olhar atento para o puerpério imediato até 28 dias pós-parto. Quanto às crianças, possibilitar a oferta de uma assistência de qualidade inclusive com articulações intersetoriais, quando se faça necessário, mediante a singularidade apresentada pela criança, seja física, social ou emocional, pois apesar de estarmos enquanto país com uma redução significativa na mortalidade infantil, dados ainda apontam que em algumas comunidades as crianças são mais vulneráveis, principalmente indígenas e quilombolas (BRASIL, 2011a).

No sistema logístico transporte e regulação, há defesa da promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos de alto risco por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Cegonha cujas ambulâncias de suporte avançado necessitam de equipamentos específicos, como incubadoras e ventiladores neonatais, bem como equipes treinadas para o manejo dessa clientela (BRASIL, 2011a).

A estratégia da RC fomenta, ainda, a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto e implantação e/ou implementação da

regulação de leitos obstétricos e neonatais, no sistema vaga, sempre melhorando o acesso aos serviços de referência, também com a regulação de urgências e ambulatorial, transporte sanitário, quando não há risco e para consultas e exames.

Assim sendo, a RC é a mais recente política de atenção à mulher, que consiste em uma estratégia do MS fomentada para implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia que tem a finalidade de (re)estruturar e (re)organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil tem sido implantada gradativamente no território nacional, respeitando o critérios epidemiológicos, e depende da atuação de diversos atores em diferentes cenários da atenção para que alcance o êxito desejado de permitir uma gestação saudável e um nascimento sem intercorrências.

2.3 POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Este texto foi elaborado com a proposta de nos debruçarmos criticamente e existencialmente sobre o tema que tem sido norte de muitas iniciativas municipais, estaduais e federais: a humanização, que determinou a elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003. Cabe ressaltar que as tentativas de mudanças em cenários micropolíticos contribuem para o afunilamento de programas como o Programa da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH/2000-2002), Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN), dentre outros que culminaram, em âmbito nacional, na PNH (BRASIL, 2013b).

2.3.1 Humanização das práticas na atenção ao parto e nascimento e a vivência da mulher no transcurso parturitivo

O termo humanização deriva da expressão *humanismo*, o qual demarca uma postura de vida que perpassa o domínio profissional e penetra no campo da complexa compreensão do outro. Sendo assim, pode significar um modo de ser profissional que considera a intersubjetividade. Um modo que exercita a compreensão com intuito de compreender a realidade individual e social, dinâmicas e sujeitas ao humano, com intencionalidade e capacidade de planejar a sua vida (MINAYO, 2008).

Já Deslandes (2006) resgata a história de contextualização da prática humanizada em saúde no ocidente revelando que a descrição do conjunto de fatores que permite a humanização ou a desumanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950. Narra sobre o empenho de uma socióloga norte-americana em conceituar esses termos, desde a década de 70.

A primeira aproximação a esses termos baseou-se na premissa de que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas. No entanto, ações que visassem satisfazê-las seriam consideradas apesar de humanizadas, insuficientes para atingir o ser humano completamente. Foi, então, proposta a inclusão das necessidades psicológicas, que contemplam a expressão e o respeito consigo mesmo, o afeto, a simpatia e o relacionamento social. Assim, humanizar a assistência seria atender às necessidades de um ser humano (ALMEIDA, 2014). Esse modelo de cuidar torna-se exequível, a partir da possibilidade da compreensão de que o ser-ai em sua existencialidade encontra-se em movimento, em transformação.

Contudo, torna-se difícil avaliar superficialmente a presença ou a ausência da humanização dos cuidados, uma vez que os valores são individuais, bem como o momento do cuidar se dá em um espaço relacional, existencial e temporal, visto que temos humanos envolvidos.

Minayo (2008), em uma visão panorâmica, sobre o assunto pontua que a pós-modernidade está caracterizada pelo reordenamento social decorrente do capitalismo multinacional e a globalização econômica. Assim, essa visão pode estar relacionada diretamente à execução das políticas públicas, entre elas a PNH.

A (des)humanização surge a partir da coisificação das pessoas, visando à intervenção inquestionável, para que estas mantenham-se objetos e não partícipes do processo; a sobreposição de tecnologias duras e procedimentos relacionais, distanciando os sujeitos do espaço terapêutico; valorização dos problemas/patologias, e não das pessoas que com elas convivem; e a impregnação do espaço da saúde pelas relações de poder, no qual se sucumbe a autonomia da pessoa pelo saber do cuidador (DESLANDES, 2006).

Na área da Saúde, surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. É bem provável que esse termo tenha sido forjado, quando da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, começando a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar um marco histórico (ALMEIDA, 2014).

Nessa perspectiva, Ayres (2005) rememora conceitos de humanização no cuidar em saúde, o qual perpassa pelas relações que ocorrem entre fomentadores, gestores, profissionais e usuários, bem como pelas concepções que emergem destes sujeitos acerca do que vem a ser produção do cuidado e como se dá a efetivação dessa práxis cuidar/cuidado. Sob a ótica reflexiva, acerca da realidade versus teorizações, sente-se a necessidade de recuperar o humano no cuidado humano.

Ainda sobre a temática, Ayres (2004) vem retratar o conceito de saúde utilizado pela OMS, em que há um estado de completude, havendo ausências de qualquer não conformidade. Esse conceito nos leva a refletir acerca de que, quando pensamos em saúde como estado completo, dirimimos do ser a capacidade de movimentação em sua existencialidade, a qual jamais será estática em um contexto sociocultural, com plenas e constantes transformações, no qual se encontra inserido. Para o autor, prestar um cuidado humanizado implica em reconhecimento do projeto de felicidade, elaborado pelos sujeitos em seus papéis individuais e sociais.

Sendo assim, o cuidar humanizado pode gerar, a partir da (co)responsabilização, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida (FRANCO, 2009).

Pereira, Franco e Baldin (2011), em investigação, com o referencial teórico da fenomenologia e da teoria da representação social, sugerem a dor como um dos elementos construtores das representações sociais femininas sobre a parturição. A dor influencia o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e preocupações que envolvem o evento da parturição. Nesse contexto, a dor revela-se como um dos principais construtores das atuais representações sociais femininas sobre a parturição e contribui para a curva ascendente nos índices de cesárea no Brasil.

Desse modo, o modelo proposto pela RC, que inclui as Casas de Parto Normal (CPN), configura-se como um cenário para atenuar esses índices e permitir a utilização de cuidados, boas práticas, que possam levar à redução desses índices (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, um estudo com base na fenomenologia social, realizado por Gonçalves et al. (2011), estruturou-se na compreensão da vivência da mulher parturiente no contexto de uma Casa de Parto situada em São Paulo. Os resultados desvelaram que a mulher que escolhe a Casa de Parto para dar à luz busca pelo cuidado humanizado e que nesse contexto ela passa por experiências positivas e negativas. Faz-se, portanto, necessário discutir as políticas públicas de assistência ao parto, sua implementação e o seu impacto sobre os indicadores de saúde perinatal.

A assistência humanizada no trabalho de parto serve justamente para que seja descartado o uso indevido de procedimentos e medicações desnecessárias, que atrapalham, muitas vezes, o transcorrer natural do parto. O modelo de assistência ao parto e nascimento no Brasil tem sido tema de muitas discussões e estudos sobre a incorporação de práticas obstétricas que considerem a autonomia da mulher no processo de parturição.

Sodré et al. (2010) buscaram compreender a necessidade de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto de gestantes utilizando a fenomenologia social. Os resultados possibilitaram o entendimento de que, apesar de desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, as mulheres não encontram condições favoráveis para que suas necessidades de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto sejam viabilizados; fato que interfere nas relações face a face e impede o direito à escolha informada em relação ao parto.

Estudo realizado por Mesquita et al. (2015), utilizando como base metodológica a fenomenologia heideggeriana, em um movimento existencial com gestantes, desvela que a mulher deseja o parto normal, porém existe o medo das contrações, da dor e do tempo de trabalho de parto, mas considera que está preparada para passar por esse momento. Sendo assim, ser-no-mundo-gestante-de-risco-habitual-no-último-trimestre-gestacional teme pelo parto, pelo bebê e se preocupa com a sua vida pós-parto e busca sempre por um cuidado humanizado.

O parto, diferente da gravidez em que um longo período favorece a adaptação gradativa das mudanças, caracteriza-se como uma experiência que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais possivelmente demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, podendo causar sofrimento, ansiedade e insegurança da mulher na parturição. Portanto, a participação da mulher na tomada de decisão, nas ações de promoção à saúde, é um direito a ser respeitado. Nessa perspectiva, defendemos práticas que possam valorizar a vivência da mulher no parto e nascimento, pautadas em um modo compreensivo de cuidar.

2.3.2 O (re)pensar das práticas obstétricas: um olhar em defesa da saúde de gestantes e parturientes

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos (LEAL et al., 2014).

Ao discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam médicos e enfermeiras obstétricas em um estudo transversal, Sousa et al. (2016) relatam que a transformação do modelo de assistência tecnocrata para o compreensivo permanece um desafio que requer esforços conjuntos de gestores e profissionais de saúde e, mesmo em instituições que se empenham na mudança do modelo de atenção obstétrica, identificaram-se práticas que reproduzem o modelo tecnocrata.

Assim, ao analisar as práticas obstétricas realizadas com adolescentes parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco, Silva et al. (2015) destacaram que algumas práticas obstétricas preconizadas pelo MS estão sendo realizadas, mas não são suficientes para uma assistência de qualidade.

Quanto ao uso de boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual, Leal et al. (2014) ressaltaram que durante o trabalho de parto, o emprego de boas práticas ocorre em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e multíparas.

Para melhorar a saúde de mães e crianças e promover a qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, o setor privado necessitam adequar o modelo de atenção obstétrica promovendo um cuidado baseado em evidências científicas que prezem pela implantação de práticas que valorizem o humano em suas possibilidades de saúde e adoecimento.

Ao comparar a prevalência de cesariana e desfechos neonatais de dois modelos de atenção ao parto em hospitais privados brasileiros, Torres et al. (2014), utilizando dados do estudo Nacer no Brasil, de 13 hospitais localizados na região Sudeste, divididos em “típico” – modelo de atenção padrão, e “atípico” – Hospital Amigo da Criança com equipes de plantão e trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto, observam que a prevalência de cesariana foi menor no hospital atípico. Desfechos positivos relativos ao aleitamento materno também foram mais frequentes no hospital atípico.

Andrade et al. (2016), ao analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife, constataram que o grande número de práticas obstétricas utilizadas consiste em um ato de violência obstétrica. A prevalência da

violência obstétrica foi de 86,57%. As práticas prejudiciais mais frequentes foram os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%). Apenas as variáveis não possuir ensino médio completo ($p=0,022$) e ter sido assistido por um profissional médico ($p<0,001$) apresentaram associação significativa com a violência obstétrica. Assim, demonstraram que apesar do incentivo do MS para uma assistência humanizada os resultados ainda estão distantes do recomendado.

Assim sendo, a saúde materna e o período gestacional influenciam nos resultados da gravidez, e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico, realizado com o uso de práticas recomendadas. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de práticas desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para tentar dar uma resposta aos grandes problemas mundiais que foram objeto de discussão nas conferências internacionais ocorridas na década de 1990 (BRASIL, 2013a).

No Brasil, esses objetivos estão relacionados como oito maneiras de mudar o mundo, que deveriam ser atingidos até 2015. Entre as metas estabelecidas, ressalta-se a quarta: reduzir a mortalidade infantil; e a quinta: melhorar a saúde das gestantes, diminuindo em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna. Considerando os compromissos assumidos pelo país com a ONU, foram formuladas políticas públicas a fim de atendê-los (BRASIL, 2013a).

No entanto, na área da saúde existe um grande contraponto entre os avanços tecnológicos, descobertas nas áreas médicas, descentralização e regionalização da gestão, ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, além dos problemas sociais e trabalhistas contundentes no campo da saúde pública brasileira, que afetam as relações entre os trabalhadores de saúde, gestores e usuários.

Sendo assim, há uma fragilidade no trabalho em equipe, bem como no preparo para lidar com as dimensões sociais, subjetivas e singulares presentes nas práticas de cuidado. A falta ou má qualificação dos trabalhadores do SUS, apresentada na fragmentação da gestão participativa e no trabalho em equipe, pode diminuir o comprometimento com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (AYRES, 2001).

Somado a essa fragilidade, tem-se como modelo perpetuado na atenção o biomédico, baseado na queixa conduta, automatizando contato entre trabalhadores e usuários,

intensificando assim o olhar sobre a doença, ocorrendo, com isso, o não estreitamento das relações, implicando não responsabilização por um cuidado humanizado/compreensivo.

Esse modelo se dá pela composição das matrizes e componentes curriculares impregnadas com conteúdos biomédicos, nos cursos de formação de profissionais de saúde, e ausência de discussões acerca das políticas públicas de saúde e de suas formulações.

No contexto, que discute políticas públicas e suas reformulações, o MS instituiu o Programa Nacional de Pré-natal e Nascimento (PNPN) por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000, que tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Esse programa destaca a humanização da atenção obstétrica e neonatal como elemento primordial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

Nessa mesma perspectiva, o MS lançou em 2003-2004 a PNH que, além de definir as prioridades de atendimento, baseia-se no acolhimento ao usuário. Entende-se por acolher a maneira de atender com valorização e escuta do usuário para, assim, fornecer respostas mais adequadas às suas necessidades e anseios (BRASIL, 2013b).

A forma proposta de realização da PNH se dá pela interlocução de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado. Sendo assim, ao ser construída de forma coletiva e compartilhada, poderá obter-se (co)responsabilização, reinvenção das práticas e modelos adotados, bem como o controle social. Desse modo, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido, buscamos reconstruir o sentido de nossas experiências.

No que tange a sua aplicabilidade, existe um risco de tornar a Humanização uma normativa a ser cumprida de forma não contextualizada e dispersiva, tornando-a mais um programa, se esta for implementada por meio de ações pautadas em metas a serem alcançadas, sem avaliar resolubilidade, qualidade da ação e compreensão do humano como um modo de estar no mundo.

Sobre essa questão o MS tem sido enfático quando aborda que a Humanização é uma dimensão fundamental, uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS, não apenas um artifício a ser aplicado aos diversos serviços, fazendo-se necessário, portanto, observar os princípios e diretrizes da política no cuidado à saúde (BRASIL, 2004).

Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas em saúde podem dialogar com a experiência daquele que é assistido. “Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (BRASIL, 2013b, p. 4).

A PNH foi elaborada para transversalizar todas as políticas e programas do SUS, bem como a participação por meio das pessoas que fazem parte do contexto aumentando a comunicação entre os partícipes, minimizando as relações de poder hierarquizadas.

No que diz respeito à indissociabilidade entre atenção e gestão, as ações assistenciais e gerenciais estão interligadas, não podendo ser dissolvidas uma da outra, visto que para realizar uma ação de saúde é necessário planejamento prévio e após sua execução é preciso avaliar seus efeitos e qualidades, propiciando repensar (gerir).

Trabalhadores e usuários participam, portanto, do processo de gestão, da organização das ações de saúde, pois cuidado e a assistência em saúde não se restringem apenas às responsabilidades da equipe de saúde (BRASIL, 2001b).

Por conseguinte, compreendendo que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, o usuário e sua rede sociofamiliar (co)responsabilizam-se pelo cuidado de si e dos seus, assumindo posição protagonista de “ser-com-o-outro” na construção da saúde. Nesse contexto, para que ocorra o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia das pessoas, será importante o reconhecimento de cada uma, como legítima cidadã de direitos, com a valorização da singularidade (BRASIL, 2013b).

A transversalidade na construção do acolhimento como prática humanizada nos permite reconhecer que acolher o outro se refere a uma legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento, ao permear e sustentar a relação de um modelo de práticas, possibilitará a articulação entre o biomédico e as ciências da compreensão como uma estratégia para atender às necessidades de equipes/serviços e usuários/ populações (BRASIL, 2013b).

Uma escuta qualificada poderá garantir o acesso oportuno das pessoas às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a resolubilidade das práticas de saúde. Poderá assegurar o atendimento por prioridades e o modo da gestante estar no mundo, dando um salto para além do pragmático e tecnológico.

No que tange à gestão participativa e cogestão, há uma democratização das decisões e planejamentos, estando imbricados no processo o gestor, trabalhador da ponta, usuário, sociedade civil organizada e comunidade a quem o serviço será prestado.

Quanto à ambiência na saúde, esta compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais em sintonia com um projeto de saúde, voltado para a prática em saúde acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2004).

Implementar a ambiência é fomentar espaços acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de

encontro entre pessoas. Essa orquestração vai desde as modificações na estrutura física, decoração e harmonização do espaço de trabalho que propicie conforto para as pessoas envolvidas no processo de cuidar até reflexões entre os aspectos da patologia e o cuidado às mulheres no transcurso parturitivo, na perspectiva de que possamos modificar o nosso agir em saúde.

Nesse contexto, a proposta da clínica ampliada como uma ferramenta teórica e prática visa construir articulação e abrangência dos diferentes enfoques e ciências. Não existe apenas um modelo de atenção a ser seguido, seja ele biomédico, psicológico ou social, mas a partir de uma avaliação singular será reconhecido que em determinados momentos e situações haverá necessidade de enfoque em determinada necessidade apresentada, sem, contudo, sobrepujar os demais (BRASIL, 2001a).

Assim, o enfoque na clínica ampliada fortalece a possibilidade de vários diagnósticos, que não biomédicos, a partir do diálogo e acolhimento entre a equipe multiprofissional e usuário, permitindo decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia, singularidade em defesa da saúde (BRASIL, 2013b).

No acolhimento, ocorre o estreitamento de vínculos. Além do que estar ao lado, estar junto-a e ser-com permite o envolvimento que possibilita ao outro manifestar-se em busca da dimensão da saúde almejada pela pessoa cuidada.

Nessa perspectiva, Progianti e Porfirio (2012), ao analisar o processo de inserção das enfermeiras na assistência ao parto e às lutas dessas profissionais para implantar as práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming, apontaram que a inserção das enfermeiras na assistência ao parto ocorreu mediante a lotação de recursos humanos para este projeto e de uma capacitação intensiva. Ao serem inseridas no centro obstétrico, as enfermeiras criaram um espaço próprio de atuação e elaboraram um protocolo assistencial. Portanto, as estratégias de luta simbólica utilizadas pelas enfermeiras contribuíram para a conquista de espaços que as distinguiram no campo pelo desenvolvimento de práticas humanizadas que estavam de acordo com seu *habitus*.

Corroborando Gomes, Moura e Souza (2013), ao analisar os sentidos atribuídos pelas enfermeiras às mudanças de sua prática obstétrica, perceberam uma transformação em processo no âmbito do conhecimento obstétrico e das práticas na perspectiva da desmedicalização. Experimentar novas práticas envolve superação dos limites conhecidos para encontrar autonomia, configurando-se um conhecimento e prática com possibilidades emancipatórias. Nessa direção, há a ousadia de buscar e experimentar o novo, transgredir o limite e aproveitar os espaços abertos na constelação de poderes.

Zveiter e Souza (2015), ao analisar a constituição do cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher que dá à luz cujo referencial teórico-filosófico-metodológico foi a fenomenologia heideggeriana, desvelam como sendo uma construção fundada no compartilhar. Envolvidas por este cuidado, a enfermeira e a mulher estão em um movimento existencial que favorece um cuidado autêntico.

Portanto, a enfermeira exerce papel importante ao implementar as boas práticas, de forma a possibilitar um transcurso satisfatório, implicando um momento menos apreensivo, o que possibilita a construção de um modelo de cuidado pautado na compreensão.

2.3.3 Categorias de práticas obstétricas - Rede Cegonha

As práticas em saúde, em oposição ao incremento científico e tecnológico, vêm encontrando restrições que favoreçam a resolubilidade das necessidades singulares de saúde do humano. As atuais propostas de humanização e integralidade visam ao enfrentamento das problemáticas de saúde postas com o intuito de reorganizar de forma inovadora as práticas de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2004).

Nesse sentido, desafios filosóficos e experimentais com o propósito de humanizar as práticas de saúde vêm sendo consolidados gradativamente. Deslandes (2004) define humanização das práticas como um conjunto de fazeres que se propõe a ser o eixo do cuidado cuja proposta se dá a partir do compromisso ético/político das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, em busca da realização do projeto de felicidade.

Entre as práticas descritas no manual Maternidade Segura (Anexo A), destacamos que neste estudo serão analisados fazeres que estejam contemplados na Categoria A, denominada: práticas obstétricas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.

Dentre as quais, ressaltamos que, devido à busca da compreensão do fenômeno a partir da ótica de puérperas e profissionais, serão elencadas: o plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição; o esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem; a utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, uso do partograma, a liberdade de posição e movimento (autonomia da mulher), estímulo a posições não supinas; contato pele a

pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

O plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro

O Plano de Parto é uma carta ou uma simples lista na qual a mulher relaciona tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto. Mais que um documento, é uma forma de entrar em contato com os procedimentos normalmente relacionados com o parto e nascimento, atentando para o diálogo prévio com a equipe que irá assistir a mulher. Nesse instrumento, serão elencados: local onde quer que ocorra o parto, procedimentos escolhidos durante as diversas fases do parto e durante os cuidados com os RN.

A gestante/parturiente tem o direito de participar das decisões que envolvem seu bem-estar e o do RN que ela está gestando, a menos que haja uma inequívoca emergência médica que impeça sua participação consciente. Ela tem o direito de saber os benefícios e prejuízos que cada procedimento, exame ou manobra médica pode provocar a ela e/ou ao seu concepto (FLORES, 2013).

Desta forma, o objetivo do plano de parto é propiciar uma reflexão e compreensão sobre o tipo de parto que a mulher prefere. É um exercício de (co)responsabilização entre mulher e profissional que realiza o pré-natal na perspectiva de ajudá-la a definir aquilo que é importante, e com esse planejamento em mãos, ela poderá dialogar com os profissionais do CO. Não se trata, portanto, de uma lista de ordens, mas um ponto de partida para a conversa/negociação das condutas a serem implementadas no atendimento ao protagonismo feminino no trabalho de parto e parto.

Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição

O parto é considerado um estágio muito significativo e importante para a maioria das mulheres, porém muitas vezes as mesmas sentem-se inseguras e com medo desse momento. A presença de um acompanhante em que a parturiente confie acaba lhe trazendo mais segurança e tranquilidade, pois naquele momento, no qual a mulher encontra-se sensível e rodeada de pessoas que ela nunca teve contato, a existência de alguém que lhe traga confiança muda todo o cenário, acalma e conforta.

De acordo com Mabuchi e Fustinoni (2008), a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento se faz totalmente necessária; enquadra-se como um ponto

positivo quando se fala em humanização no parto, uma vez que a permanência do acompanhante tem o poder de otimizar o processo de parturição. Desse modo, a mulher vivencia o parto de forma mais segura e por consequência há diminuição na dor que é sentida durante o pré-parto e parto.

Souza, Gaíva e Modes (2011) defendem a importância dos profissionais de saúde em garantir à mulher o direito de escolha do acompanhante para compartilhar o momento do parto visando uma assistência de qualidade, em cumprimento aos princípios da humanização.

Pensando na importância que o acompanhante representa à mulher, foi instituída a Lei Federal 11.108, de abril de 2005, para garantir à parturiente o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante a internação. Assim, há a possibilidade de resgatar a relação emocional e familiar e a afetividade que se tornam tão delicadas no meio hospitalar.

Mesmo com a existência da lei que garante à mulher o direito do acompanhante, Castro e Clapis (2005) discorrem que muitas vezes a equipe de saúde sente-se moldada por normas institucionais que ocasionalmente não permitem o acompanhante junto à parturiente, o que acaba entrando em contradição com a Lei Federal já estabelecida.

Assim sendo, cabe a nós profissionais de saúde que acreditamos e defendemos um modo compreensivo de cuidar, iniciar mobilizações e sensibilizações junto aos pares e à gestão para que se faça valer o direito da mulher em ter o acompanhante em um momento tão especial, que é o da maternidade.

Permitir a presença do acompanhante é um dos pilares das boas práticas no parto, mesmo a equipe assistindo essa mulher de forma adequada, a existência de uma pessoa que seja íntima a ela lhe traz muito mais estabilidade. Mediante a discussão, é levantada a interrogativa: qual o motivo desses acompanhantes ainda não serem aceitos durante o pré-parto e parto, já que a presença do mesmo é defendida por lei federal e ajuda muito a mulher durante o seu trabalho de parto? Seria o deficit de estrutura física das instituições para receber o acompanhante ou a falta de interesse na equipe de saúde em integrá-lo nas fases do parto da mulher?

Nesse contexto, torna-se necessária a sensibilização da equipe de saúde sobre o que o acompanhante representa para a mulher naquele momento que a presença do mesmo influencia positivamente na assistência ofertada à mãe e consequentemente ao seu RN. Como afirmam Marque, Dias e Azevedo (2006), não permitir a presença de acompanhante na hora do parto é transgredir as normas e condutas de uma assistência humanizada, vai na contramão das boas práticas.

Nessa perspectiva, Moura et al. (2007), Camacho e Proganti (2013) compartilham da mesma ideia ao assegurar que é importante que os profissionais de saúde estejam atentos quanto à significância do acompanhante tanto no pré-parto quanto durante o trabalho de parto. Além de o aceitarem, a equipe de saúde necessita ser preparada para orientar o acompanhante acerca das práticas implementadas durante a evolução do processo de parturição.

O acompanhante durante o pré-parto e parto traz benefícios para a mulher em todos os sentidos, deixando-a mais segura e confiante. A escolha desse acompanhante será realizada pela parturiente. Hoga e Pinto (2007) destacam que a participação do acompanhante ao ser estimulada visa ofertar à gestante momentos enriquecedores durante o seu parto.

Esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem

Segundo Carvalho et al. (2014), orientações recebidas pelas parturientes, durante o trabalho de parto e o parto, restringem-se a informar o papel da mulher a fazer força, ficar na posição correta, mantendo sempre a calma, a fim de facilitar a atuação profissional no momento do parto, reduzindo o papel da mulher à passividade e até mesmo à submissão.

Informações sobre a gestação, cuidados com o corpo e com o bebê são importantes, porém o estudo de Cabral, Hirt e Van Der Sand (2013) revelou que orientações, sobretudo, acerca do parto, fazem a parturiente se sentir mais acolhida, possibilitando tornar esta vivência mais humanizada. A relevância não está na informação em si, mas na atenção que se estabelece pelo vínculo emocional criado entre parturiente e o profissional durante o processo de comunicação.

O papel do profissional que assiste esta mulher, além de fornecer as orientações e informações em geral, tais como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios, é, segundo Pinheiro e Bittar (2012), estimulá-la a fazer uso do banho de chuveiro, a deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e exercícios com a bola, aplicar-lhe massagem, enfim, fazer uso de recursos para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais relaxada e exerça o protagonismo da maternidade.

A disponibilidade das informações poderá favorecer a compreensão das parturientes em relação aos seus direitos, fazendo com que se sintam respeitadas. Para tanto, necessita-se de profissionais de saúde envolvidos, comprometidos com o processo de cuidar, capazes de reconhecer o direito das parturientes em expressar suas opiniões e a sua possibilidade de fazer escolhas baseadas em seus valores e crenças pessoais (CARVALHO et al., 2014).

Sobre o princípio do direito à informação acerca da saúde dos usuários, extensiva aos seus familiares e acompanhantes, é essencial a disponibilização de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, bem como a preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 2007b).

No que diz respeito ao atendimento à mulher em transcurso parturitivo, poderá ser possível visualizar a partir de uma comunicação estabelecida com êxito dois princípios da humanização: o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento é construído baseado no respeito mútuo à diversidade e na ética, necessita de escuta solidária, comprometida com a construção da cidadania (BRASIL, 2013b). O acolhimento se dá no encontro entre profissional e usuário em que o primeiro tenta identificar as necessidades do segundo e através de uma relação negociada se constrói o vínculo e a possibilidade de ser-com. O vínculo entre profissional e usuário estimula a autonomia. A sua construção depende do reconhecimento do usuário enquanto ser-no-mundo.

Nesse sentido, a contribuição dos profissionais vai além de permitir o acesso à informação e aos serviços. Ela representa a possibilidade de inclusão social, ética e o respeito à singularidade de tornar-se mulher-mãe.

Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto

A dor sempre acompanhou o homem em sua trajetória. Em verso ou prosa, ela aparece retratada de inúmeras formas, segundo a época e as crenças de cada povo ou indivíduo (SILVA; SILVA, 2006).

A dor do parto faz parte da natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas, sim, com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam. Como a dor é muito subjetiva, cada uma experiência este momento de forma singular.

Sabe-se que a dor no processo parturitivo é resultado de várias interações, de caráter inibitório e excitatório específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, no entanto há influências também de fatores existenciais, culturais, étnicos, sociais e ambientais que interferem no limiar de dor (SANTANA et al., 2013).

Estudo de Pereira et al. (2012) refere que na presença de dor e ansiedade ocorrem alterações em níveis séricos de cortisol e catecolaminas, o que influencia diretamente no

sistema cardiovascular e estas alterações durante o trabalho de parto variam conforme o estágio do processo. Esses eventos levam à redução do fluxo sanguíneo uterino e ao comprometimento da perfusão fetal, além de comprometerem a contratilidade uterina, gerando, desse modo, um trabalho de parto demorado e possivelmente distócico.

Torna-se, assim, primordial o alcance de um possível equilíbrio emocional durante o trabalho de parto, tendo em vista esses aspectos fisiológicos. Faz-se necessária, também, a utilização de técnicas alternativas que minimizem a dor vivenciada no transcurso parturitivo, no intuito de diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois, mesmo com a utilização de analgésicos, não poderão gerir esse fenômeno multidimensional que é a dor, além de poder interferir na evolução do parto (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Métodos Não Farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática em CO. Esses métodos não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados até mesmo pelo acompanhante de escolha da mulher. Considerando a classificação de Merhy, eles podem ser classificados como tecnologia leve-dura, organizando sua atuação no processo de trabalho (AYRES, 2000).

Entre os MNFs, destacam-se o banho morno de imersão ou não e as massagens relaxantes. Os métodos alternativos geralmente são recebidos positivamente pelas parturientes; muitas mulheres destacam que, embora estes métodos não tirem a dor a aliviam, amenizam e confortam-nas durante a singular experiência do parto (PEREIRA et al., 2012).

Tanto o banho de aspersão quanto o banho de imersão atuam no alívio da dor da parturiente por influência da água morna, aquecida entre 37°C e 38°C. O banho promove redistribuição do fluxo sanguíneo, permitindo relaxamento da musculatura tensa e diminuição da liberação de catecolaminas e, com a elevação das endorfinas, reduz a ansiedade e promove a satisfação da parturiente, inclusive no que tange aos aspectos higiênicos. O banho morno em tempo suficiente de no mínimo 5 minutos tem sido experimentado em maternidades e alcançado satisfação por parte das parturientes (SANTANA et al., 2013).

O uso de massagens no alívio da dor durante o trabalho de parto tem sido analisado, em vários estudos de ensaios clínicos, e nestes demonstrou-se que há uma estreita relação entre o emprego da técnica e a redução da dor, melhora das reações comportamentais (expressão facial, vocalização, movimentação corporal e respiração), redução do nível de

estresse, ansiedade, uso de analgesia farmacológica e tempo de trabalho de parto, bem como uma ampla satisfação (BARROS; SILVA, 2004).

Outras técnicas de relaxamento têm sido empregadas no contexto de humanização do parto, como a deambulação, musicalização dos espaços terapêuticos, aromaterapia, possibilitando a redução do número de intervenções obstétricas como episiotomia e cesarianas (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

No entanto, é válido ressaltar que orientações sobre esse manejo necessitam ocorrer desde o momento do pré-natal e, geralmente, na maternidade, a técnica será empregada pelo acompanhante, a própria usuária, mas sempre sob orientação de um profissional qualificado, ressaltando a utilização correta do método (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Segundo Barros e Silva (2004), estratégias não farmacológicas poderão ser utilizadas no alívio da dor durante o trabalho de parto mantendo a percepção do parto como um fenômeno fisiológico. As técnicas empregadas devem respeitar a natureza de sua evolução, preservando a integridade corporal e psíquica das mulheres.

Outros benefícios das técnicas não farmacológicas são o conforto e a autonomia proporcionados às mulheres, além de incentivarem estas a reconhecerem suas sensações corporais, contribuindo para maior controle e liberdade no uso de seus movimentos.

Porém, cabe lembrar que a decisão da utilização ou não de qualquer técnica a ser empregada para o alívio da dor no parto é da parturiente, pois o corpo é seu e ela quem opta ou não pelo uso, conforme sinta-se melhor na perspectiva de vivenciar um modo de ser-si-mesmo.

Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente

A avaliação da vitalidade e bem-estar fetal durante o trabalho de parto é uma ação primordial, tanto para o trabalhador quanto para mãe, trazendo segurança na evolução do processo parturitivo, visto que as contrações uterinas diminuem o fluxo sanguíneo placentário e, conseqüentemente, a irrigação sanguínea no cérebro fetal.

Existem várias formas de monitorização da Frequência Cardíofetais (FCF), utilizando o cardiotocógrafo para monitorização contínua; estetoscópio de *Pinard* (20 semanas); sonar-*doppler* (10 semanas). Esse último é muito utilizado em centro de partos (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Ausculta intermitente é a avaliação da FCF com intervalos de 15 a 30 minutos na primeira fase do trabalho de parto e a cada 5 minutos na segunda fase dele, recomendados

pela FEBRASGO. Esse método está indicado nas gestações de risco habitual, sendo questionável em gestações de alto risco, em que está indicada a monitorização pela cardiotocografia (CORDOBA et al., 2011).

A ausculta intermitente intraparto recomenda-se que seja realizada entre as contrações uterinas, tendo maior precisão quando determinada por 60 segundos. A FCF poderá variar entre 120 e 160bpm, com média de 140bpm. Esse tipo de monitorização requer a presença de um profissional próximo à parturiente (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Vale ressaltar que os valores são informados à mãe e acompanhante e seus respectivos achados de normalidade ou não, o que possibilita estreitamento de vínculo e confiabilidade entre parturiente e profissional. Desse modo, visa-se à implementação de um modo de fazer que possa chegar à totalidade das reflexões e intervenções na atenção à mulher no campo da saúde, de forma a reconhecer o modo de viver com os outros no cotidiano, reconhecendo a importância de resgatar o existir com os outros mantendo as características existenciais da solicitude, em especial no transcurso parturitivo.

Uso do Partograma

O partograma é um instrumento de registro da avaliação do trabalho de parto, sendo uma representação gráfica da evolução do trabalho de parto. Seu uso facilita o próprio registro, pois o normatiza, no qual se descreve apagamento e dilatação do colo, progresso, altura e variedade da apresentação, estado de saúde fetal (FCF), atividade uterina na evolução habitual, frequência das contrações uterinas (ROCHA et al., 2009).

Nesse contexto, destaca-se a importância do uso do partograma, visto que ele alerta para alterações tendenciosas que possam ocorrer no trabalho de parto, possuindo linhas que delimitam as ocorrências esperadas (Anexo B).

A referência histórica mais recorrente do partograma é a experiência de Philpott e Castle em maternidades de baixos recursos na Rodésia, em 1972, onde a maioria dos partos eram realizados por parteiras e havia necessidade de orientá-las no encaminhamento dos partos disfuncionais para o hospital (GIGLIO; FRANCA; LAMOUNIER, 2011).

Desde 1996, a OMS classifica o monitoramento cuidadoso do trabalho de parto por meio do uso do partograma, um verdadeiro retrato do parto cujos desvios podem ser reconhecidos até por profissionais menos experientes, pela leitura de definições gráficas de padrões de normalidade. Contudo, apesar da obrigatoriedade de seu uso, o mesmo é subutilizado em muitas maternidades (ROCHA et al., 2009).

Os variados modelos de partogramas apresentados na literatura buscam o mesmo objetivo: a melhoria da qualidade de assistência ao parto. O uso deste instrumento poderá interferir, sobretudo, na redução da incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua utilidade também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distorcias e suas respectivas intervenções (GIGLIO; FRANCA; LAMOUNIER, 2011).

Cabe salientar que por mais correto que seja o emprego da técnica, a mulher poderá cobrar elementos que vão exigir muito mais que a produção e a manipulação de objetos. Há de se pensar em um caminhar que nos oriente a recuperar o simples, que por muitas vezes é velado pelo cobrimento do tecnológico. Valorizar o simples e o fisiológico é o grande desafio da pós-modernidade.

Autonomia da mulher perante o processo de parturição: liberdade de posição, respeito à privacidade, respeito à escolha do local do parto

Historicamente, os partos eram de total responsabilidade feminina, pois eram de exclusividade das parteiras. As mulheres eram as protagonistas do seu parto e por terem afinidade com as parteiras e sentirem-se seguras por estar no seu ambiente domiciliar possuíam autonomia suficiente para opinar sobre a condução do seu transcurso parturitivo da forma que mais lhe agradasse.

A mulher deve ter liberdade de expressar para a equipe de saúde os seus desejos, demonstrando que o processo do parto pertence a ela e sua família. Para tanto, Simões e Souza (2002) relatam que é imprescindível que os profissionais acolham a mulher com respeito e ética, e que trabalhem constantemente como incentivadores do resgate à autonomia da mulher para que ela possa compartilhar e resgatar o seu papel ativo no transcurso parturitivo e voltar a ser protagonista de sua vida, reconhecendo-se como ser-no-mundo.

Desse modo, Silva et al. (2006) discorrem sobre o quanto é necessário que haja ações educativas para refletir sobre o papel da mulher como personagem principal do seu parto e despertar nas parturientes a consciência dos seus direitos como mulher, mãe e cidadã a fim de adquirir autonomia.

De acordo com Malheiros et al. (2012), a busca pela autonomia durante o parto vem sendo alcançada, uma vez que as mulheres estão cada vez mais reivindicando aperfeiçoamento nos serviços prestados durante o parto e nascimento. Compreende-se que a autonomia perpassa por um sistema em que as mulheres vêm adquirindo poder decisório gradualmente.

A autonomia da mulher no transcurso parturitivo é um processo para ser trabalhado desde o acompanhamento do pré-natal, pois a partir desse momento a mulher opta pelo melhor meio de parir escolhendo a via de parto, a presença ou não de acompanhante e o uso de medicamentos. Cabe ao profissional de saúde saber o que o outro, nesse caso a mulher em transcurso parturitivo, deseja como modo de vida (parto) e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível.

Apesar da autonomia durante o parto ser um tema bastante conhecido por muitos, Wolff e Waldow (2008) afirmam que ao assistir a parturiente, por diversas vezes, os profissionais de saúde permanecem utilizando rotinas institucionais severas e há uma carência no contato humano e no diálogo. Muitas vezes, a gestante não possui autonomia e raramente opina sobre as práticas realizadas no atendimento ao seu parto.

Quanto ao cuidado prestado à mulher no parto, ofertado de forma segura, garantindo os benefícios dos avanços científicos, é de suma importância que a equipe permita e estimule o exercício da singularidade feminina e que resgate a autonomia da mulher no parto. Esse fenômeno pode acontecer deixando-se ser-com-os-outros, vislumbrando a possibilidade de questionar-se: como vivo com os meus semelhantes?

Dessa forma, a assistência humanizada depende do zelo com a mãe e seu filho. A assistência ao assegurar que a parturiente permaneça sendo a personagem principal do seu parto poderá permitir, assim, que a mesma possua liberdade de expressão, de modo a possibilitar um ambiente em que se tenha consideração e paciência com o outro, não como princípios morais, mas como se vive com o outro. E neste estudo o outro é representado pela mulher em transcurso parturitivo.

O guia de assistência ao parto normal recomenda que as mulheres tenham liberdade para escolher a posição que mais lhes seja agradável, tanto no primeiro como no segundo estágio do parto, evitando, preferencialmente, longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais, por sua vez, ao estimulá-las a experimentar a posição que lhes seja mais confortável, apoiam suas escolhas. Essa atitude exige treinamento na realização de partos em outras posições, além da supina, de forma a não inibir a escolha de posições (OMS, 1996).

Sendo assim, o modelo das práticas obstétricas deve considerar as possibilidades e refletir sobre o processo de trabalho com foco na circumundaneidade, que segundo Heidegger (1981) é o envolvimento com o mundo de quem cuidamos. Essa perspectiva possibilita cuidado integral com resolubilidade e acolhimento à assistência ao nascimento. Essa conduta subsidiada pelo debate sobre as evidências científicas sustenta os melhores indicadores

maternos e perinatais, nos quais as mulheres poderão ter a oportunidade de exercer o seu pensar e o seu fazer no transcurso parturitivo.

Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto

Após o nascimento, colocar o RN, se estiver ativo e reativo, diretamente sobre o abdome ou tórax da mãe, de bruços, desnudo ainda com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe, bem como prestar o cuidado imediato junto, é uma experiência satisfatória para o profissional e para a mãe. Essa conduta minimiza o medo trazido pelas mulheres para a maternidade sobre troca de bebês, veiculada na mídia televisiva como algo rotineiro em maternidades e ainda ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

O contato ininterrupto entre mãe e filho logo após o nascimento promove ainda a organização do padrão alimentar, melhor tempo de sucção, maior sucesso na primeira pega e considerando que a produção de leite é determinada pela frequência com a qual o bebê suga e esvazia o peito. A sucção iniciada o mais cedo possível irá estabelecer uma melhor produção de leite e prevenir perda excessiva de peso neonatal, além de evitar a suplementação desnecessária e precoce, bem como facilitar a evolução da amamentação evitando ingurgitamentos e fissuras mamilares (BRASIL, 2011b).

Outras vantagens se dão no processo de estabilidade cardiorrespiratória do RN, pois os batimentos maternos e temperatura auxiliam no processo de transição da circulação fetal. (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014). Nesse contexto, há possibilidade de estimular a amamentação na primeira meia hora de vida, por pelo menos 1 hora, postergando cuidados tidos anteriormente como imediatos, tais como aspiração de vias aéreas superiores, clampeamento do cordão e curativo de coto umbilical e crederização, haja vista que os mesmos na verdade são de rotina e poderão ser realizados a *posteriori* e ainda se forem necessários.

Devido à importância do aleitamento materno exclusivo logo após o parto para a sobrevivência neonatal e para a manutenção da amamentação, práticas e condições que permitam a amamentação imediata e exclusiva são essenciais. Enquanto o calor emanado da pele da mãe facilita a termorregulação do neonato, o contato pele a pele logo após o parto traz benefícios adicionais em curto e longo prazo, incluindo o fortalecimento do vínculo mãe-filho (GAÍVA; MEDEIROS, 2008).

Assim, o desafio do contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida oferece ao profissional de saúde a possibilidade do modo existencial de ser-com-os-outros no cotidiano da consideração e paciência, possibilitando ao outro tornar-se transparente a si mesmo em seu cuidar.

3 MARCO TEÓRICO, FILOSÓFICO E METÓDICO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA

A fenomenologia como ciência surgiu no início do século XX, na Alemanha, com o pensamento de Edmundo Husserl, filósofo alemão, considerado o pai da fenomenologia contemporânea influenciado por pensadores como Platão, Descartes e Brentano. Sua formação básica, a matemática, questiona o absolutismo do número por si mesmo e demonstra a diferença entre o conceito de número e o processo de enumeração, considerando na sua análise não só o aspecto da lógica, como também o da psicologia (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Etimologicamente, a fenomenologia pode ser descrita como o estudo ou a ciência do fenômeno, palavra de origem grega, *phainomenon*, que significa aquilo que se mostra a partir de si mesmo, ou seja, que se manifesta ou se desvela por si mesmo. Desponta como um método para fundamentar tanto a filosofia como as ciências da compreensão (MOREIRA, 2002).

Porém, o contexto à época era de grande influência do racionalismo, empirismo e positivismo, marcado por uma dicotomia, de um lado, pelo racionalismo e, de outro, pelo empirismo. O racionalismo considerava o sujeito, mas anulava a experiência; o empirismo negava o sujeito e afirmava a experiência; e o positivismo afirmava a objetividade e repudiava a subjetividade nas pesquisas. Essas vertentes expressam uma racionalidade que anula o mundo vivido, pois o homem não é só subjetividade, nem só objetividade. A fenomenologia, então, desabrocha como uma alternativa de abordagem das ciências humanas na pesquisa, em contraposição ao positivismo (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Neste sentido, Husserl vislumbrou na fenomenologia a possibilidade de considerar o homem em sua totalidade, que reúne tanto dimensões subjetivas quanto objetivas. Para Husserl, as ciências se interessavam em estudar apenas fatos de maneira que os valores e ideais eram parte da realidade mundana. Assim, “propõe fundamentar as ciências e filosofia no mundo subjetivo-relativo da experiência sensível”, o que não se trata de negar a razão, mas incorporar a dimensão crítica e humana. No ideal husserliano, o método fenomenológico consiste em uma estratégia para alcançar a compreensão e a “recuperação das coisas em sua pura significação, tal como se revelam” (TOURINHO, 2011, p. 57 e 103).

Nesse movimento científico, a fenomenologia possibilita desvelar que os seres humanos não são objetos e que suas atitudes não podem ser compreendidas como simples reações. Assim, nesse encadeamento, a fenomenologia reflete possibilidades construídas por

meio de métodos analíticos, leva à compreensão, alicerça e sugere um horizonte para novos conhecimentos científicos. Independente de ser real ou abstrato existe a necessidade de observar os fenômenos na forma que se apresentam para que possam ser compreendidos (HEIDEGGER, 2015).

A fenomenologia husserliana inspira o pensamento de muitos filósofos e cientistas contemporâneos como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schutz, Paul Ricoeur, Jean Paul Sartre, dentre outros. Heidegger (2015, p.68), discípulo de Husserl, conceitua a fenomenologia como “fazer ver a partir dele mesmo o que se mostra tal como ele por si mesmo se mostra”. É a busca por aquilo que só é possível acessar pelo ser que vivenciou o fenômeno.

E nessa vivência o investigador está preocupado com a situação a ser investigada, de modo a não existir uma posição prévia do fenômeno, em que não há princípios explicativos ou teorias que o definem (MARTINS; BICUDO, 2005). Dirige-se assim para os significados atribuídos pelo sujeito, de maneira a apreender as singularidades em cada vivido: caminha-se para uma compreensão existencial.

Martin Heidegger iniciou seu percurso acadêmico na Faculdade de Teologia da Universidade de Friburgo, em 1909, e os caminhos da vida o levaram a se aproximar da Filosofia. As obras de Husserl, como “Investigações Lógicas”, despertaram em Heidegger grande encantamento e interesse pela fenomenologia (HEIDEGGER, 2015). Ao contrário de Husserl, que buscou no fenômeno a consciência, o filósofo interrogou o sentido da existência, o sentido do Ser, em uma de suas obras mais célebres, “Ser e Tempo”, publicada em 1927, que se tornou referência para aqueles que buscam a compreensão da dimensão existencial.

Para Heidegger, a fenomenologia oportuniza um caminhar para o ser, pois “o ser é aquilo que se oculta naquilo que se manifesta e constitui o fundamento de tudo o que se revela” (MONTEIRO et al., 2006, p. 299). Afirmar que o ser é a “presença”, o manifesto, o percebido, o compreendido e o conhecido para o humano, para “o ser-aí” ou “Dasein”, portanto, o homem é “Dasein” e está lançado no mundo. E, sendo pre-sença, é estar aí e se torna sendo no mundo, onde se compreende como ser de possibilidades. A palavra “ente”, que remete à pessoa física, muito recorrente em seus textos, significa “tudo aquilo sobre o que discorreremos, que visamos, como comportamos, dessa ou daquela maneira; ente é o que somos” (HEIDEGGER, 2015, p.45-46), é o mostrar-se do ser.

O ser-aí, também denominado em alemão como Dasein, tem uma precedência ôntica e ontológica. Na primeira, o ente é determinado em seu ser pela existência, é a instância dos fatos, de maneira que envolve todos os seres humanos. Já na segunda, o ente é determinado

sobre o fundamento de sua determinidade de existência, ou seja, é o ser do humano. A partir disso, ao procurar elucidar o sentido de uma situação vivenciada, deve-se interrogar o ente, apreender o ser e então desvelar sentido de ser (HEIDEGGER, 2015).

Para que o ser se desvele é imprescindível que o ente seja capaz de percebê-lo e isso é possível apenas ao homem, apesar de outros entes existirem; eles apenas são, ao passo que o homem é o único ente que existe e está aberto às manifestações do ser (DANTAS, 2011).

Na perspectiva de compreender o ser e desvelar as facetas do fenômeno, o pesquisador deve colocar em suspensão o seu ser-no-mundo e na disposição de ser-com-o-outro estabelecer uma busca na redução de pressupostos (HEIDEGGER, 2012).

Segundo esse filósofo, o fenômeno não se mostra prontamente: ele permanece oculto no que se mostra pronto e, ao permanecer encoberto ou voltar a se encobrir ou só mostrar uma parte, não é ao ente que estamos nos referindo, mas ao ser do ente. Estar no modo encoberto pode significar que o ser ficou esquecido e não se faz a pergunta por ele e por seu sentido. Um fenômeno pode estar encoberto porque ainda não foi conhecido, pode ter sido de novo encoberto, quando antes foi descoberto, mas voltou a cair no encobrimento (HEIDEGGER, 2015).

A existência do ser pode ser autêntica ou inautêntica. A inautenticidade refere-se ao modo de ser da ocupação, em que o ser se encontra no mundo público, onde tudo é normal e nivelado; onde o homem se entende a partir do que ele não é e permite que outra existência estabeleça o modo como deve existir no mundo. Assim, ele é dominado pelo falatório, ambiguidade e curiosidade, determinando o próprio modo de ser da decadência. No entanto, é por meio da inautenticidade que se poderá alcançar a ressignificação do sentido e chegar à autenticidade (FRANÇA; RIBEIRO, 2006).

Na existência autêntica, o homem não apenas se ocupa das atividades cotidianas, mas também se pre-ocupa, comporta como ser-com e assume seu ser, de maneira que transita pela angústia e a morte. A autenticidade é um modo de disposição fundado na cotidianidade (HEIDEGGER, 2015). O movimento da inautenticidade para a autenticidade, e vice-versa, pode acontecer sempre. No entanto, ambas traduzem a ação do homem, não constituindo uma relação de superioridade de uma forma de existência sobre a outra.

Acredita-se na possibilidade do ente mostrar aquilo que ele não é, apresentando-se na aparência. Em outros momentos, parece ser o que os outros querem que ele pareça ou mostre-se a si mesmo, aparecer, de maneira a anunciar-se de algo que não se mostra por algo que se mostra (HEIDEGGER, 2012).

Considera-se o aparecer a forma mais autêntica, mostrar-se. O ser-aí (Dasein) significa para Heidegger que o homem está aí, lançado-no-mundo para poder realizar sua existência e, ao ser-no-mundo e estar-no-mundo, envolve encontro com esse cotidiano. Não é possível desvinculá-lo das possibilidades de existência, por isso constitui-se sempre como um ser-de possibilidades. Ser-no-mundo não é uma escolha, mas, sim, uma facticidade. Para Heidegger (2012), o ser é um ser-aí porque está lançado-no-mundo, em uma condição que já é pré-dada e é próprio dele ser-com, mesmo que no modo deficiente.

Assim, ser-no-mundo está atrelado à possibilidade de partilha com os outros e o ser-com deve permear a convivência através de um preocupar-se com o outro e um ocupar-se das coisas. O se ocupar não é uma característica ontológica, e sim um modo de ser da “presença” para os entes que se encontram na ocupação. Quando o ente é “presença” e se comporta como ser-com, considera-se que desse “não se ocupa, com ele se preocupa” (HEIDEGGER, 2015, p.181). No modo da ocupação, o ser-no-mundo volta-se para as entidades, e não para a presença em seu aí mais próprio. Entidade para Heidegger (2012) diz respeito ao ser dos entes que constantemente se abre, mostra-se. Logo, a entidade do ente é ser.

Para Martins, Boemer e Ferraz (1990, p. 65), a fenomenologia representa uma alternativa entre o discurso especulativo da metafísica e o raciocínio das ciências positivas. Ela irá preocupar-se com a essência do fenômeno, dando ênfase ao vivido, ou seja, é a volta “às coisas mesmas”.

Nesse contexto, a fenomenologia, para Capalbo (1998), mostra, explicita, aclara e desvela as estruturas cotidianas do mundo da vida onde a experiência se dá, deixando transparecer na descrição desta experiência vivida as suas estruturas universais. O fenômeno, que lhe parece de início estranho, é ao mesmo tempo familiar, pois faz parte do seu mundo vida.

3.1 FENOMENOLOGIA E SAÚDE

Os princípios fenomenológicos antagonizam diretamente à forma do positivismo de conceber a ciência como um conhecimento que é comprovado pela lógica, previamente elaborado e capaz de explicar, assim como predizer os fatos. Em contrapartida, a fenomenologia compreende a ciência como sendo a descrição das essências da consciência e de seus atos, segundo Husserl (BICUDO; EPÓSITO, 1994).

Para Bicudo e Espósito (1994), três unidades são significativas para compreender e interpretar o que a fenomenologia diz do mundo e do pesquisador: a investigação direta, a

descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, a explicação causal e livre de preconceitos.

Pesquisas na área de saúde vêm utilizando a abordagem fenomenológica na perspectiva do olhar para a dimensão existencial do cuidado. Nesse contexto, filósofos como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty e Alfred Schutz são referenciados pela necessidade de uma compreensão mais ampla do cuidado, não se restringindo a técnicas e procedimentos, mas em busca do sentido, tem motivado pesquisadores a somar esforços na tentativa de compreender significados e sentidos a partir do indivíduo que vivencia as situações de estar-lançado no mundo.

Na saúde, a utilização da fenomenologia se deu como uma busca de alternativa metodológica de pesquisa que levasse à compreensão da natureza subjetiva de alguns objetos de investigação e que fosse capaz de descrever e compreender a experiência humana como ela é vivida. Corrêa (1997) acredita que assumir esse referencial implica não somente compreendê-lo enquanto um pensar que fundamenta um entendimento intelectual, mas um pensar que faz e tem sentido para o pesquisador.

Os questionamentos dos fenomenólogos no campo da saúde incidem em alguns aspectos, como o modelo biomédico, a ética, a descaracterização cultural por parte da instituição médica dos fenômenos da vida, da morte, a medicalização, a valorização excessiva de tecnologia, a desqualificação do senso comum da população, ao mesmo tempo em que propõe restabelecer uma concepção social mais abrangente de saúde doença (AYRES, 2000). Apesar dessa visão inclusiva, defendida pela abordagem fenomenológica, reconhece-se a falta de compreensão da maioria dos profissionais e das pessoas em geral dos avanços nos estudos, assim como das causas dos fenômenos estruturais e como se confere valor às discussões sobre poder, dominação e estratificação social.

Por isso, há a necessidade de uma proposta de recuperação da análise dialética e estruturalista político-econômico-social, que torne mais evidente as articulações das estruturas do poder. Assim, a necessidade de realizar uma interface da Filosofia com a Saúde, com uma abrangência teórica, metodologia-prática, é destacada por outros autores (MINAYO, 2000; MARTINS, 2004).

A interação do método fenomenológico, processo de humanização na saúde e promoção de saúde, não pode ser estabelecida verticalizada como uma política, processual e, por decreto, é uma decisão pessoal, uma deliberação coletiva e uma atividade constante. Para Ayres (2004), uma atuação (de qualquer pessoa em qualquer atitude) realmente humana será

necessário um reencontro, uma autorreflexão, uma releitura de si mesmo e também uma visão avaliativa e crítica do que o rodeia.

Dessa forma, com o propósito de compreender a dimensão existencial, os pensamentos de Martin Heidegger permitem elucidar o sentido de ser a partir da descrição de quem vivencia o fenômeno. É possível desvelar o ser da mulher que enfrenta situações existenciais ao tornar-se parturiente, bem como do profissional de saúde que a cuida.

Ao cuidar, na perspectiva heideggeriana, buscamos a possibilidade do desprendimento de pressupostos e nos revestimos da propriedade de compreender a vivência do outro por meio de expressões de linguagens verbais ou escritas, gestos, atitudes e silêncios.

Heidegger (2013) define a fenomenologia como o estudo do vivido e de seus significados. Sua compreensão é que o vivido é um caminho importante para a verdade e para as decisões que poderemos tomar. A fenomenologia intenta compreender a existência humana.

A filosofia heideggeriana possibilita a construção de um novo pensar sobre o humano, de quem, profissionais de saúde, propõe-se a cuidar. Esse ser que está lançado na facticidade e no cotidiano, com suas singularidades, valores e crenças, requer um cuidado libertador e autêntico, de maneira a possibilitar a abertura para uma vida autêntica. Não basta apenas realizar os procedimentos técnicos para se conceber o cuidado, pois cuidar é aproximar-se do outro e compreendê-lo enquanto ser de possibilidades (HEIDEGGER, 2012).

A posição fenomenológica para Heidegger (2015) é potencializada pela inovação e criatividade; portanto, significa compreender as representações do outro sobre saúde e sobre qualidade de vida, caracterizando o homem como finito, que pode constituir sentidos, inserido em uma sociedade, histórica e socialmente situada, como um sujeito (co)responsável pela própria existência, com o conhecimento e a dimensão valorativa.

Assim, a Fenomenologia torna-se um importante referencial na ideia de promover e fazer saúde, visto que os próprios sujeitos e populações que vivenciam o fenômeno atuam na participação e na melhoria da saúde e na gestão do trabalho. Portanto, o enfoque fenomenológico pode contribuir nessa descoberta, por contemplar a subjetividade, bem como ousar na tentativa de formular uma intersubjetividade, permitindo significados e sentidos nas relações. E nesse movimento significados têm conotação ôntica e sentidos ontológicos.

3.2 CAMINHAR METODOLÓGICO

Ao imergir nos referenciais filosóficos que ancorassem o objeto de pesquisa, encontramos na fenomenologia heideggeriana a possibilidade de compreender o singular, representado nos sentidos de práticas realizadas na atenção à parturiente, tanto na perspectiva das puérperas que vivenciam essa prática como dos profissionais de saúde que cuidam da mulher no transcurso parturitivo. Para Heidegger (2012), os estudos que envolvem a compreensão do ser-aí são científicos na medida em que realizam rigorosamente a formação da visão de mundo segundo as regras do pensamento científico.

3.2.1 Tipo de estudo

Esta investigação caracteriza-se como um estudo fenomenológico que se utiliza do método qualitativo. A fenomenologia não é pensar a realidade, mas, sim, a ação para alcançar seu objetivo: o pensar a realidade de modo rigoroso. Quer dizer, a busca pelo rigor e a forma como se compreende e interpreta o mundo. Segundo Fini (1994), a pesquisa na abordagem fenomenológica inicia-se com uma interrogação. Ela corresponde a uma insatisfação do pesquisador em relação àquilo que ele pensa sobre algo. Sente-se pouco à vontade em relação a isto. Algo que o incomoda, criando um estado de tensão, ou seja, de apreensão ou incerteza, que estimula o pesquisador na busca da essência do fenômeno interrogado.

A escolha por uma abordagem de pesquisa fenomenológica heideggeriana para compreender sentidos de práticas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público no interior da Bahia remete à concepção de que este tipo de pesquisa busca compreensão singular daquilo que estuda, entendendo compreensão como uma capacidade própria do humano. Nesta modalidade de pesquisa, não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco de sua atenção é centralizado no singular, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão, e não a explicação dos fenômenos (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Para trabalhar a expressão da experiência vivida com relação à linguagem, Amatuzzi (1996) refere-se ao comportamento e aos produtos culturais. Descreve que o método fenomenológico permite a interpretação em três níveis de análise: análise do exposto, do intencional e do inconsciente. Sendo o exposto (o que é efetivamente dito, o que se faz, a própria obra); o intencional (o que se quer dizer, o que se pretende, o mundo que se cria); e o inconsciente (o que se esconde no ato do dizer, o que se oculta com o ato).

Por entender que os fatores biológicos e seus determinantes não são suficientes para compreender o sentido atribuído por puérperas e profissionais, sobre o parto e a simultaneidade de eventos vitais que acompanham o processo parturitivo, acreditamos que a escolha por um percurso metodológico adequado aos aspectos qualitativos do contexto existencial seja o caminho que leve à compreensão do fenômeno a ser estudado.

3.2.2 Campo e Lócus do estudo

O HGCA é uma instituição pública estadual, iniciou suas atividades de atendimento no dia 07 de março de 1984 e possui convênio com o Ministério da Educação (MEC), autorizado para funcionamento de residência médica, cirúrgica e clínica ginecológica. É também campo de aprendizagem, práticas e estágios para estudantes de curso das mais diversas universidades, faculdades e para os cursos técnicos na área de enfermagem e radiologia, não só deste município, como também dos circunvizinhos conveniados com a SESAB e a instituição. Atualmente, está em processo de credenciamento para Hospital Ensino e inclusão em subprojeto na urgência e emergência no Programa de Educação Tutorial (PET) - Saúde. O HGCA foi o primeiro hospital a receber o título de Hospital Amigo da Criança, sendo indicado a participar do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Possui, em sua estrutura clínica médica, obstetrícia, cirurgia, traumatismo-ortopedia e neurocirurgia para alta complexidade, em regime ambulatorial. Os setores estão organizados e divididos em áreas: Administração, Almoxarifado, Ambulatório, Banco de Leite, Método Canguru, Bio-Imagem, Banco de Sangue, Central de Material e Esterilização (CME), Vigilância Epidemiológica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCHI), Serviço Social, Coordenação de Enfermagem, Centro de Educação Permanente, Coordenação de Humanização, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Recursos Humanos, Ouvidoria, Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, Cozinha e Refeitório, Diretorias, Farmácia Central, Farmácia da Emergência, Fisioterapia, Internamento Domiciliar, Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecido para Transplante (CIHDOTT), Laboratório, Lavanderia, Materno-Infantil, Nutrição, Pronto Socorro, Raio X, Unidades de Terapia Intensiva (UTI adulto e neonatal).

O hospital tem por finalidade a assistência à saúde preventiva, curativa, educativa e de formação profissional, em especial no atendimento às urgências e emergências de toda microrregião de Feira de Santana.

O CO, considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, tem, como encargo, executar procedimentos obstétricos, com assistência integral, qualificada e preventiva para as gestantes visando diminuir os riscos materno-fetais, apoiados por atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O hospital conta com um espaço construído especialmente para o funcionamento do CO, composto pelos seguintes espaços: sala de admissão, banheiro e sala para avaliação obstétrica, recepção, três quartos de pré-parto e pós-parto com dois leitos e um banheiro em cada um dos quartos, sendo que em um dos quartos tem um leito de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP); almoxarifado e farmácia satélite; expurgo e uma sala de cirurgia obstétrica. Este serviço é referência para gestação de alto risco, realiza partos normais, partos cesarianos, curetagens uterinas e laparotomia exploradora secundária à gestação ectópica.

Por permitir a presença contínua de acompanhante às mulheres em trabalho de parto e puérperas, as visitas de outras pessoas são restritas e quando necessário são autorizadas pela enfermeira de plantão.

Possui no corpo profissional 17 médicos, 06 residentes médicos em obstetrícia, 07 enfermeiras e 26 técnicas de enfermagem, estando 03 em adaptação de função, atuando como apoio administrativo.

3.2.3 Aproximação ao campo de estudo

Para a realização deste estudo, foi encaminhada ao Núcleo de Pesquisa e (NUPED) setor responsável por pesquisas da instituição uma cópia do projeto e ofício solicitando análise do mesmo e liberação para realização da pesquisa. Nesse setor, o projeto foi avaliado e encaminhado para as diretorias médicas e de enfermagem. Após um período de análise, a instituição assentiu o desenvolvimento da pesquisa sem nenhum tipo de restrição. Iniciou-se a pesquisa após aprovação em janeiro de 2017, pelo CEP/UEFS E NUPED (Anexo C), sob o número do parecer: 169.328.

Em janeiro, estabeleceu-se contato com a enfermeira responsável pelo CO para a apresentação da proposta de estudo e busca de caminhos para a seleção das depoentes. Por atuar no serviço como enfermeira durante aproximadamente 04 anos conheço as características e as particularidades do mesmo e de muitas pessoas que ali atuam, porém para realização do estudo reaproximei-me inicialmente dos profissionais e do ambiente, já que fui

transferida para o centro cirúrgico há cerca de um ano e houve algumas mudanças no quadro profissional.

A partir da aproximação do cenário, iniciou a ambientação, na qual se buscou um ambiente favorável para o encontro pesquisador, mulher e profissional, mediado pela subjetividade e o movimento de redução dos pressupostos a fim de chegar à atitude fenomenológica de encontro com o outro (PADOIN; SOUSA, 2006).

Durante os meses de janeiro a abril deste ano, encaminhei-me ao CO e alojamento conjunto no período diurno para realizar as entrevistas em dias variados visando contemplar a diversidade dos plantões das equipes que ali atuam.

Sendo assim, ao encontrá-las, apresentava os possíveis momentos para o nosso encontro, pesquisador, mulher e profissionais, a fim de garantir que fizessem a sua escolha quanto ao local e horário mais adequado para entrevistas.

Acompanhei a rotina diária, o fluxo intenso de pessoas que buscam o setor por diversos motivos. A expressão de tristeza, choro, alegria e a maneira que se comportavam ao esperar o momento do parto, o retorno do recém-nato da sala de cuidados e o término do plantão permearam a minha chegada ao campo.

Ao chegarem ao hospital, as parturientes vêm pela emergência e são encaminhadas ao CO para serem atendidas pelos obstetras de plantão. Na unidade, são atendidas mulheres por diversas queixas gineco-obstétricas e o serviço não dispõe de classificação de risco para essas mulheres; elas aguardam por ordem de chegada ou são inseridas na fila de espera conforme manifestações clínicas que apresentam.

O local de espera tem apenas 04 cadeiras, e a demora depende da disponibilidade do profissional, já que os mesmos fazem os procedimentos e atendem as pacientes que, por vezes, quase sempre permanecem internadas no setor devido a diversos fatores clínicos ou estruturais na rede. Dessa forma, algumas permanecem de pé e encostadas em paredes e portas à espera do profissional médico.

Ao entrar na sala de atendimento, denominado consultório, há duas mesas que são utilizadas por profissionais que por vezes as atendem simultaneamente, dois médicos com duas parturientes, que são acomodadas na mesa de exame, onde fica outra maca para observação separada por um biombo. Aquelas que estiverem em trabalho iminente de parto são internadas e encaminhadas para um dos leitos, quando vago.

Como o serviço só disponibiliza um leito de PPP, irá para este leito aquela mulher cujo trabalho de parto estiver em estágio mais avançado. Após o parto, as mulheres são

encaminhadas à clínica materno-infantil, mediante vaga disponível, para o alojamento conjunto até receberem alta após o período estipulado.

A antecipação em busca do serviço em pródromo de parto por um atendimento mais rápido, muitas vezes, propicia a ansiedade e impaciência, expressas pelos olhares atentos e direcionados à porta dos médicos, pela verificação do horário a todo o momento, pela movimentação alternada, ora está em pé, ora sentada, além de expressões verbais que apontam esses sentimentos.

3.2.4 Técnica e instrumento de coleta de dados

Na busca pela compreensão do fenômeno a partir do ser que o vivencia, utilizou-se a técnica de entrevista fenomenológica a fim de estabelecer uma relação empática com a intenção de obter um clima descontraído e possibilitar o diálogo. O interrogar envolve necessariamente um pensar sobre aquilo que está sendo interrogado e por isso é preciso evitar que o cotidiano do senso comum de pré-julgar e julgar influencie o pré-reflexivo do pesquisador (BOEMER, 2011).

A entrevista fenomenológica possibilita que o fenômeno seja desvelado, não apenas do que é mostrado (ente), mas além de como se mostra (ser). Esse tipo de entrevista permite a compreensão ôntico/ontológica do humano em sua vivência no cotidiano da vida, possibilitando o desvelamento do fenômeno (MOREIRA, 2002).

Para a realização da entrevista fenomenológica devem ser considerados os aspectos sem estar fechado em uma perspectiva causal, devemos, então, interpretar compreensivamente a linguagem do depoente e compreender essa linguagem como veículo de significações, além de perceber o gesto do entrevistado em seu movimento existencial (SIMÕES; SOUZA, 1997; MOREIRA; LOPES; SANTOS, 2013c).

Como instrumento foi utilizado um roteiro para os diferentes depoentes do estudo. O mesmo foi adaptado após as primeiras entrevistas às puérperas e profissionais para que se tornasse ainda mais adequado. O que foi utilizado para puérperas foi estruturado em cinco partes. Na primeira, foram registrados os dados de caracterização das depoentes: idade, codinome, cor referida e zona de moradia. A segunda, informações socioeconômicas: grau de instrução, profissão/ocupação, renda e estado civil. A terceira inclui informações gineco-obstétricas. A quarta traz as condições de parto; a quinta, a questão de pesquisa: Como a Sra./você se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento (APÊNDICE A).

O instrumento utilizado com os profissionais foi estruturado em três partes. Na primeira, foram registrados os dados de caracterização: idade, codinome, sexo, turno de trabalho, grau de instrução, categoria profissional, tempo de formação, capacitação na área, tempo de trabalho. A segunda, composta pela questão de pesquisa: Como o(a) Sr.(a)/ Você compreende as práticas obstétricas que são realizadas durante o transcurso parturitivo no CO? A terceira contemplou os pontos norteadores para complementar a questão de pesquisa (APÊNDICE B).

Preparar-me para aquele momento de encontro em busca de desvelar o sentido das práticas obstétricas na atenção à parturiente, atribuído pela mulher e profissionais de saúde, causou grande ansiedade e medo a priori. Temia não conseguir acessar e apreender a essência das vivências e não estabelecer uma relação empática. Incumbi-me de assumir um encontro com abertura, suspendendo meus pressupostos na disposição de estar-com, ouvir a mulher e o profissional atentivamente e abrir possibilidades às suas livres manifestações.

Segundo Heidegger (2012, p. 51), a questão do ser só será desvelada quando a “pergunta estiver delimitada de modo suficiente em sua função, sua intenção e seus motivos”. Ao expressar a sua vivência, por diversas vezes, retomei a fala dos depoentes na busca por apreender o significado/sentido atribuídos ao fenômeno, além do desenvolvimento de um *feedback*, propiciando a possibilidade de acrescentar algo não referido. As transcrições foram realizadas na íntegra, ao tempo no qual eu me lembrava de gestos e expressões das depoentes.

Na entrevista fenomenológica, ao buscar uma relação empática, aberta e horizontalizada, procurei posicionar-me face a face com os depoentes, sem barreiras físicas entre nós, de tal maneira que pudéssemos olhar uma para outra, sem defesas ou qualquer tipo de distanciamento.

Após cada entrevista, permanecia no local a fim de anotar todas as informações que poderiam colaborar para a posterior análise, como frases incompletas, choro, expressões de tristeza, alegria, entre outros, que não foram captados por meio da gravação. Muitas vezes, foi necessário continuar naquele recinto para refletir sobre o encontro existencial e me recompor emocionalmente, já que, em alguns momentos, precisei me conter para não chorar ou até mesmo consolar aquele ser completamente aberto e disposto a falar da sua vivência. Histórias que me comoveram e situações que me mobilizaram como mulher, filha e mãe, um conjunto de sentimentos que dominaram meu ser.

Ressalto que apenas uma mulher se recusou a participar da entrevista. Inicialmente, ela concordou, entretanto consegui apreender que não estava interessada ou preparada para relatar

sua história, o que ficou expresso pelo distanciamento e expressão de desconfiança. Ao adentrarmos na sala, expliquei novamente a pesquisa, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e busquei estabelecer uma relação empática e de aproximação. Então, a mulher referiu que não desejava participar da entrevista porque não gostaria de gravar, de modo que o não dito é um dito na fenomenologia heideggeriana (HEIDEGGER, 2012). Agradei sua contribuição e a informei que era seu direito não participar de modo a considerar os limites das pessoas e respeitar suas singularidades.

3.2.5 Depoentes do estudo

Os estudos qualitativos, entre eles os fenomenológicos, não definem o número de depoentes pela própria característica do método de investigação. Porém, para atender à orientação da resolução 466/2012 e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram entrevistados, de forma aleatória, médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e mulheres em puerpério imediato, que é o período que compreende o primeiro ao décimo dia após o parto (BRASIL, 2001b).

Os depoentes da pesquisa foram selecionados aleatoriamente entre as puérperas atendidas na unidade e os profissionais de saúde que integram a equipe do CO. As mulheres foram selecionadas atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em puerpério imediato (parto natural), em alojamento conjunto com pelo menos 4h após o transcurso parturitivo, por respeitar a fisiologia do parto e pós-parto e compreender que durante o momento do parto ou nas primeiras horas pós-parto o cansaço físico e emocional poderiam interferir no depoimento das mesmas. Foram incluídos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem) que participam do cuidado à parturiente, com vínculo no setor de no mínimo 06 meses de serviço.

Como critérios de não inclusão puérperas menores de 18 anos, fora do período de puerpério imediato, e profissionais da saúde que estavam em férias, em licença maternidade, com atestado médico por problemas de saúde, e que estavam na instituição por tempo inferior a 06 meses.

A fim de garantir o anonimato, foi assegurado o uso de codinomes por meio de uma lista com o nome de pedras preciosas mais conhecidas. Em alguns casos, mais de uma pessoa optou pela mesma pedra, surgindo, assim, a necessidade de uma segunda ou até mesmo terceira escolha, o que propiciou um clima de descontração e de brincadeiras.

Foram então entrevistadas 06 mulheres e 09 profissionais que vivenciaram o transcurso parturitivo. Cheguei a esse número no momento em que percebi que os discursos se mostravam suficientes para responder aos questionamentos da pesquisa, quando então foi possível iniciar o processo da análise compreensiva para o desvelamento do fenômeno das práticas obstétricas na ótica das puérperas e profissionais. Segue a apresentação das depoentes que se abriram ao encontro.

QUADRO 01 - Caracterização das puérperas HGCA segundo codinome/idade, cor referida, grau de instrução, profissão/ zona de habitação, estado civil, renda, dados gineco-obstétricos e condições de parto, HGCA - Feira de Santana (2017)

Codinome/ idade	Cor Referida	Grau de Instrução	Profissão/ zona de habitação	Estado civil	Renda (R\$)	Dados Gineco-obstétricos Condições de parto
Pérola 24 anos	Parda	Fundamental (completo)	Lavradora Zona rural	União estável	200,00	G1P1A0, IG 38 ss. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 09; fez exames habituais; teve Infecção do Trato Urinário, tratou com Ciprofloxacino, parto vaginal; não peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, nem ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; não teve acompanhante, pois não era permitido homem, pariu em litotomia, teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.
Turquesa 18anos	Parda	Antigo ginásio (incompleto)	Lavradora Zona rural	Solteira	390,00	Primigesta, primípara. Idade gestacional. 39 semanas. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 04; fez exames habituais; parto vaginal; peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, nem ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; teve acompanhante em alguns momentos do transcurso parturitivo (trabalho de parto e pós-parto), pariu em litotomia, teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.

Diamante 33 anos	Branca	Antigo ginásio (incompleto)	Dona de casa	Casada	401,00	Tercigesta, tercípara, (filhos anteriores 17/14 anos). Idade gestacional 41,5 semanas, sem más formações congênicas. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 09; fez exames habituais; apresentou leucorreia, mas não tratou; parto vaginal; peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, nem ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; não teve acompanhante durante transcurso parturitivo de sua escolha, pois não era permitido homem, pariu em litotomia, não teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.
Jaspe 20 anos	Negra	Antigo ginásio (incompleto)	Garçonete Zona urbana	União estável	Não tem, desempregada no momento.	Primigesta, primípara. Idade gestacional 39 semanas, sem más formações congênicas. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 09; fez exames habituais; parto vaginal; peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, mas ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; teve acompanhante durante transcurso parturitivo de sua escolha, pariu em litotomia, teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.

Cristal 40 anos	Parda	Antigo ginásio (incompleto)	Costureira	Casada	Não informou	Secundigesta, secundípara (primeira gestação há 19 anos), Idade gestacional 36 semanas, sem más formações congênicas. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 07; fez exames habituais; portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica crônica, fez uso de Metildopa; parto vaginal; não peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, nem ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; sem acompanhante durante transcurso parturitivo de sua escolha, pariu em litotomia, teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.
Água Marinha 21 anos	Parda	Antigo primário (incompleto)	Lavradora	Solteira	R\$ 261,00	Tercigesta, tercípara, (filhos anteriores 7/6 anos) Idade gestacional 39 semanas, sem más formações congênicas. Tipo gestacional única; nº de consultas pré-natal: 07; fez exames habituais; apresentou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), usou Metildopa; parto vaginal; peregrinou em instituições para parir, não se alimentou, mas ingeriu líquidos durante o trabalho de parto e parto; teve acompanhante durante transcurso parturitivo de sua escolha, pariu em litotomia, teve dúvidas esclarecidas. Teve apoio para amamentação na primeira hora pós-parto.

Fonte: Dados coletados no HGCA (2017).

QUADRO 02- Caracterização dos profissionais de saúde segundo codinome/idade, cor referida, grau de instrução, profissão/ turno de trabalho, tempo de formação/ atuação no setor e curso de capacitação, HGCA - Feira de Santana (2017)

Codinome/ Idade	Cor Referida	Grau de Instrução	Profissão/ turno de trabalho	Tempo de formação/ atuação no setor	Curso de capacitação
Esmeralda 35 anos	Parda	Superior (incompleto- cursando Engenharia civil).	Técnica de enfermagem/ turno de trabalho misto	17 anos/ 07 anos	Manejo no aleitamento materno
Safira 52 anos	Parda	Superior; especialização em obstetrícia.	Enfermeira, turno de trabalho matutino.	29 anos/ 13 anos	Manejo no aleitamento materno
Rubi 37 anos	Parda	Superior; especialização em obstetrícia.	Enfermeira, turno de trabalho misto.	13 anos/ 05 anos	Manejo no aleitamento materno
Ônix 36 anos	Branca	Superior; residência em obstetrícia.	Médica, turno de trabalho misto.	05 anos/ 02 anos	Manejo no aleitamento materno
Topázio 33 anos	Parda	Superior; especialização em obstetrícia.	Enfermeira, turno de trabalho misto.	12 anos/ 05 anos	Manejo no aleitamento materno

Codinome/ Idade	Cor Referida	Grau de Instrução	Profissão/ turno de trabalho	Tempo de formação/ atuação no setor	Curso de capacitação
Jade 50 anos	Parda	Superior; residência em obstetrícia. Curso de atuação em USG geral.	Médica, turno de trabalho diurno.	25 anos/ 24 anos	Manejo no aleitamento materno
Brilhante 55 anos	Parda	Ensino médio	Técnica de enfermagem, turno de trabalho diurno.	30 anos/ 12 anos	Manejo no aleitamento materno
Ametista 34 anos	Parda	Superior (completo)	Técnica de enfermagem (formada em Enfermagem, cursando pós em obstetrícia), turno de trabalho misto.	10 anos/ 05 anos	Manejo no aleitamento materno
Ágata 42 anos	Parda	Superior; residência em obstetrícia, Curso de atuação em USG geral, medicina do trabalho.	Médica, turno de trabalho misto.	17 anos/ 06 anos	Manejo no aleitamento materno AMIL; ALSO.

Fonte: A autora.

3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 2012). O projeto está vinculado ao NEPEM que desenvolve o projeto de pesquisa: Atenção à saúde da mulher nos serviços públicos do município de Feira de Santana-BA, em seu subprojeto: Atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal em Feira de Santana-BA (MOREIRA; MELO, 2015). Tem aprovação no CEP/UEFS sob o nº 1.692.326 e Resolução 008/2016 no CONSEPE/UEFS.

Os dados foram coletados após o envio e aprovação de emenda desta pesquisa ao projeto maior ao CEP da UEFS, com parecer consubstanciado nº 1.692.326. Também receberam a emenda o Núcleo de Pesquisa do hospital e diretorias, bem como a coordenação do serviço.

Os depoentes receberam informações quanto aos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, procedimentos para a coleta de dados e a participação voluntária, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Esta pesquisa não ofereceu riscos físicos. O risco que o depoente poderia ter era o de sentir-se desconfortável, ou seja, compartilhar informações pessoais e confidenciais ou sentir-se constrangido em falar em alguns tópicos. Portanto, a qualquer momento, durante ou após a realização do estudo, os depoentes poderiam solicitar a interrupção da mesma, sem prejuízos.

Os benefícios desta pesquisa foram contribuir para a avaliação do conhecimento das puérperas, profissionais de saúde do centro obstétrico e acompanhantes sobre sentidos de práticas realizadas na atenção à parturiente no CO.

Assumimos toda responsabilidade financeira por quaisquer danos físicos e/ou psíquicos que os depoentes viessem a sofrer por ter colaborado com este estudo e, se houvesse dano comprovadamente causado pela pesquisa, teria a garantia de indenização. Em caso de danos psíquicos, o participante seria encaminhado ao serviço de atendimento em psicologia do hospital.

Quanto à divulgação dos resultados, em um primeiro momento, foi assegurado que os mesmos serão apresentados aos participantes por meio do relatório final que ficará disponível no Núcleo de pesquisa do hospital e NEPEM. Em um segundo momento, serão também apresentados de forma oral no campo de pesquisa e, por fim, através de trabalhos em eventos científicos.

Justificou-se a utilização do gravador com mídia eletrônica com o único interesse de transcrever a conversa de maneira fidedigna e conseguir estabelecer interação, sem fazer anotações e prejudicar a compreensão dos fatos. Reiterou-se que somente a pesquisadora teria acesso às gravações e que, após cinco anos, seriam devidamente destruídas.

Em busca de manter a privacidade e o sigilo, para proceder à entrevista, utilizou-se locais reservados como os confortos médico e de enfermagem, bem como sala de estar do alojamento conjunto.

Os depoimentos foram arquivados pelas pesquisadoras responsáveis por um período de cinco anos no NEPEM, situado na Universidade Estadual de Feira de Santana, na avenida Transnordestina S/N, Prédio do módulo VI, no Módulo Teórico, Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, Bahia. Após este período, os TCLE e os instrumentos de coleta serão destruídos.

4 ANÁLISE COMPREENSIVA - O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO

Para Heidegger, o ôntico diz respeito ao **ente**, ao imanente, àquilo que os sentidos nos mostram. Assim, o ôntico é o superficial que fundamenta o senso comum. É o que todo mundo percebe, é o ser velado, como o humano se apresenta no mundo. Ontológico, em contraposição, diz respeito ao **ser**, ao que está por trás e além do mostrado. O ontológico pressupõe sair do comum e buscar compreender além do desvelado, não percebido (MOREIRA, 2013a).

Ôntico é tudo aquilo que a gente percebe com nossos sentidos. O que a gente vê, ouve, sente, ou seja, o que está aparente, sem profundidade. É também um conhecimento que a gente aceita sem questionar nem o que está sendo afirmado, nem quem afirmou ou o porquê da afirmação. Ontológico, no entanto, refere-se àquilo que a coisa é, como elas são para além do que os sentidos mostram ou que o outro diz que seja (MOREIRA, 2013b).

Ir além do ôntico significa questionar, fazer uma interpretação buscando compreender a coisa para além das aparências. O ser não está dissociado do ente, representa uma circularidade existencial pelas possibilidades de ser-no-mundo (MOREIRA, 2013b).

O movimento de análise no método fenomenológico de Martin Heidegger compõe-se dos momentos da compreensão vaga e mediana e da hermenêutica (HEIDEGGER, 2012). Nesse contexto, para Heidegger, ser e ente só podem ser pensados na plenitude da existência, considerando a visão de mundo. A grandeza da fenomenologia reside na descoberta da possibilidade do investigar, na filosofia, a partir de um modo reflexivo e estruturado no pensamento.

Na compreensão vaga e mediana, foram destacados os significados apreendidos nas falas, o que representou aquilo que se mostrava, o modo-de-ser no cotidiano, que se localiza na dimensão ôntica do existir. Esse momento “só põe à mostra o ser do ente, mas não lhe interpreta o sentido, ao contrário, ele deve preparar a mais originária interpretação do ser” (HEIDEGGER, 2012, p.73).

A fenomenologia tem, na hermenêutica, a fonte apoiadora de sua análise, termo grego que se relaciona ao nome do semideus grego, Hermes, considerado um mensageiro que traduzia o que era dito pelos deuses ao homem, significando revelar o oculto ao plano material, favorecendo a interpretação dos fatos ocorridos. Esta interpretação percorre a busca da compreensão acerca de quem fala, para quem fala e em que condições se dá o processo de comunicação e interpretação (MOREIRA, 2013c).

Heidegger (2015) destaca que a interpretação é o sentido metódico da descrição fenomenológica, uma hermenêutica interpretativa. A linguagem é a casa do ser e a habitação da essência do humano, por meio da qual ele expressa a si mesmo na relação com o mundo. O caráter descritivo só poderá ser determinado cientificamente segundo o modo como os fenômenos vêm ao encontro, ou seja, a partir da própria coisa. O pesquisador investiga o fenômeno tal como ele se apresenta: não parte de hipóteses ou de pressupostos. Ele busca a essência do conhecimento a partir dos discursos, não havendo sugestões anteriores, para não interferir no que espontaneamente se desvela.

Sobre a abordagem hermenêutica da fenomenologia, Mayring (2002) ressalta que tudo o que é produzido e manifesto pelo humano tem conexões com significados subjetivos, com sentidos, defendendo a ideia de que uma análise de características externas não vai muito longe, quando não consegue desvelar os significados subjetivos no modo interpretativo.

Para o desenvolvimento da compreensão vaga e mediana, foram realizadas releituras a fim de apreender as estruturas essenciais que expressavam os significados do fenômeno nos depoimentos e assim agrupar os recortes das falas que apresentavam similaridades, na intenção de chegar ao sentido e compor as Unidades de Sentidos.

A análise de dados foi construída com base no rigor do método fenomenológico heideggeriano, seguindo os momentos de redução, construção e destruição fenomenológica, que se copertencem, os quais se complementam em uma circularidade hermenêutica que se refere à compreensão vaga e mediana. Um movimento que possibilita a compreensão e o desvelamento dos modos de ser das mulheres e dos profissionais de saúde que vivenciaram ou experienciaram as práticas obstétricas no transcurso parturitivo (MOREIRA, 2016).

Para compreender o que significa esses três momentos metódicos da fenomenologia, remeteu-se à obra *Ser e Tempo* de Martin Heidegger, considerada uma espécie de núcleo de toda a filosofia heideggeriana em uma frase: “Por cima da realidade está a possibilidade. A compreensão da fenomenologia consiste em apreendê-la como possibilidade” (HEIDEGGER, 2015, p.61).

Desse modo, iniciamos a análise compreensiva com o primeiro momento descrito por Heidegger: a **redução fenomenológica** - deslocamos o olhar do ente em direção ao ser, de modo que aquilo que permanecesse oculto, no que se mostrava, pudesse se desvelar (MOREIRA, 2013a).

Este movimento, que envolve a circularidade refere-se ao deslocamento do ser para o ente, do ente para o ser. Trata-se de compreender o outro, de modo que seja possível perceber

nele possibilidades que ficaram veladas por uma série de encobrimentos a fim de que o fenômeno pudesse mostrar-se (MOREIRA, 2013a).

Representou neste estudo a transcrição da entrevista fenomenológica, o registro de todos os detalhes vivenciados e percebidos no diálogo, sejam verbais e não verbais. Nesse momento, deu-se a construção do quadro de análise compreensiva (Apêndices D e E), deixando emergir dos depoimentos as expressões existenciárias. Para Moreira (2016), há observação das estruturas ônticas mostradas pela mulher ou profissional de saúde, por meio da fala, sentimentos vivenciados, expressados ou não, o que possibilitou a compreensão vaga e mediana.

O ser do ente, imerso na cotidianidade, desvelar-se-á não nas estruturas ocasionais e fortuitas, mas nas estruturas essenciais, em que se percebe cada modo-de-ser do *Dasein* factual (HEIDEGGER, 2012). Dessa maneira, o pesquisador deverá estar imbuído do seu objeto de pesquisa para ir ao encontro das estruturas ôntico-ontológicas que foram desveladas no fenômeno investigado.

A fenomenologia descreve o que é visível, mas, enquanto investigação ou método, rompe com a descrição daquilo que é posto à mostra para estabelecer a superação dos velamentos que implicam encobrimento das possibilidades existentes e desvelar o que está velado (MOREIRA, 2005). Vai ao encontro da compreensão de ser na abertura do ser-aí, ou seja, a mulher e o profissional que está vivenciando/experienciando o transcurso parturitivo.

Para Moreira (2013a, p. 48), o ser-aí “busca referir o fundamento da existência na perspectiva da indissociabilidade existente entre ser e ente, origem e destino de toda a ontologia”.

Durante a entrevista/encontro existencial, permeada pelas atitudes de empatia e intersubjetividade, lançou-se a questão de abertura do encontro cujo questionamento se apresenta em três polos, a saber: interrogou-se o ente acerca do fenômeno de interesse; questionou-se o ser e buscaram-se os sentidos de ser, compreendidos/interpretados como modos de ser. A atenção e tenacidade a estes aspectos propiciaram após escuta e leitura exaustivas dos depoimentos uma busca de aproximações por meio da linguagem do ser, a captação das estruturas essenciais que constituíram as Unidades de Sentidos, mediadas pela redução fenomenológica, seguidas do momentos de construção e destruição fenomenológica.

O encontro entre pesquisadora e as depoentes possibilitou inicialmente emergir a compreensão do significado, aquilo que se mostrava prontamente. E, a partir das dimensões

ônticas, desvelaram-se as ontológicas representadas pelos modos de disposição no constructo heideggeriano.

Foi realizado o destaque cromático das falas que consistiu em colorir as estruturas destacadas nos depoimentos. Com o realce por cores, foi possível agrupar as falas que expressavam o vivenciar do fenômeno das práticas obstétricas durante o transcurso parturitivo.

No segundo momento metódico, que diz respeito à **construção fenomenológica**, deu-se a projeção do sentido do ente previamente dado, com vistas à compreensão de ser desse ente. Nessa perspectiva, há a compreensão que busca o sentido do ser com base no acolhimento. A compreensão nos dá o sentido - o modo de ser. Acolheu-se como o fenômeno se mostrou. Sentido de ser é ontológico, e o modo de ser é ôntico e mostrou como o fenômeno estava dado (MOREIRA, 2013a, p. 56).

Consistiu em aproximar os significados atribuídos às práticas obstétricas a partir das vivências da mulher e profissionais no cotidiano do fazer em saúde. No entanto, os sentidos ainda permaneceram velados e, para alcançar a interpretação dos significados apreendidos, foi imprescindível a interseção das falas, que culminou no terceiro momento metódico, a destruição fenomenológica que permitiu a hermenêutica. Na compreensão dos significados foi apreendida a possibilidade de desvelar os sentidos para a mulher e para o profissional que vivenciaram as práticas obstétricas durante o transcurso parturitivo.

Foi realizado, nesse momento, no quadro de análise compreensiva, o destaque das estruturas existenciais/ontológicas representadas pelos modos de disposição em Heidegger. Tais disposições foram descritas ao lado das estruturas ônticas/existenciárias desveladas no momento metódico anterior. Assim, pôde-se vislumbrar a compreensão de sentido, que no constructo heideggeriano representa horizonte, possibilidades e modos de ser (MOREIRA, 2016). Foram desvelados os modos de ser da mulher e do profissional que vivenciaram as práticas obstétricas no transcurso parturitivo.

O terceiro e último momento compreensivo, **destruição fenomenológica**, significa desconstruir os conceitos tradicionais preexistentes. A análise rigorosa do cotidiano do ser-aí exige que se deixe em suspenso um mundo já conhecido e os pré-conceitos imbuídos em nossa essência (MOREIRA, 2013a).

Nesse momento metódico se deu a hermenêutica, que possibilitou o desvelamento da dimensão ontológica do fenômeno, o qual não se mostrou diretamente, mas, nele, estava velado, o que apontou a necessidade de desconstrução do factual para trazer o sentido do ser à luz (PAULA et al., 2012).

Com o desvelamento do fenômeno, iniciou-se um diálogo triangular entre pesquisador, o constructo de Heidegger e autores que pensam à luz da fenomenologia de modo a possibilitar a construção de um novo saber (MOREIRA, 2016). Desvelou-se, pois, a verdade, à cintilância da interpretação, para compreender os sentidos de práticas realizadas durante o transcurso parturitivo. Portanto, a interpretação inclui a subjetividade do intérprete e o reconhecimento do caráter perspectivo e finito da interpretação (HEIDEGGER, 2013).

Foi por meio desse constructo metódico que emergiram as Unidades de Sentidos, construídas à luz do método heideggeriano e pensadores estudiosos da fenomenologia, que aproximam as práticas de saúde à filosofia, no cotidiano dos serviços de saúde, de forma a possibilitar uma perspectiva compreensiva e existencial, as quais são apresentadas a seguir. As unidades a e b referem-se à vivência de mulheres no transcurso parturitivo. As unidades c, d e e ao horizonte das práticas profissionais.

Unidade de Sentido a - O temor na vivência do parto normal – ótica da mulher

A mulher, durante o transcurso parturitivo, desvelou seu temor a partir da sua concepção de perigo, na qual se reporta à preocupação com a gestação, parto e a saúde do bebê que irá nascer. A mulher no modo de ser parturiente teme pelo parto, preocupa-se com a saúde do bebê ao nascer e, principalmente, como cuidar do seu filho e integrá-lo à família, ou seja, a condição humana remete à preocupação, ao cuidado e ao modo de lidar com o mundo que é vivenciado pela temporalidade.

Para Heidegger (2015, p. 118), “apenas o ente em que, sendo, está em jogo seu próprio ser, pode temer”. Então, pelo que se teme, é o que é ameaçador, é aquilo que está em risco, podendo ser a própria existência ou ainda a ameaça da convivência com o outro devido ao que ouviram falar acerca da evolução do parto, das experiências previamente vividas e, principalmente, aquilo que sabem ou ouviram falar acerca do transcurso parturitivo, o próprio temer libera a ameaça.

“[...] como todo mundo sabe né, muita dor, e um pouco de desespero [...]”
(Peróla)

Como modo da disposição, o fenômeno do temor poderá ser analisado na perspectiva de “o que se teme, o temer e pelo que se teme” (HEIDEGGER, 2015, p. 199). Assim, no temor, o que se teme, o temível, é como algo que possui o caráter de ameaça, possui o modo conjuntural do dano, que se mostra dentro de um contexto. Este é sempre um ente que vem ao

encontro dentro do mundo e que possui o modo de ser do manual ou do ser simplesmente dado ou, ainda, ser-com.

Aqui, tem-se o parto como temível, envolto em um contexto de preconceitos, mitos, como não fisiológico e possibilidade de morte, como um estranho conhecido, “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” (HEIDEGGER, 2015, p. 202). O temível apareceu no discurso das mulheres como manifestações do parto, que ameaça a vida da parturiente, do recém-nato, causa dor.

“[...] Eu estava com o pouco de medo, porque o outro parto também foi muito seco [...]” (Cristal)

“[...] e o povo sempre me dizia: quando sair a cabeça aí é que dói [...]” (Peróla)

O temer pode também se estender a outros; nesse caso, a mulher pensa no(a) filho(a) e em como vai ser. Esse temer em lugar do outro, na maior parte das vezes, acontece quando o outro não teme. Temer em lugar do outro é um modo de disposição junto com os outros, é um “sentir-se amedrontar-se”, não como ‘sentimentos’, e sim como modos existenciais (HEIDEGGER, 2015, p. 201 e 202).

“[...] é uma dor incomparável (interrompendo), é uma dor parecendo que a gente não vai aguentar [...]” (Cristal)

No entanto, surgem diferentes possibilidades de ser do temer (timidez, acanhamento, receio), considerando que os momentos constitutivos de todo o fenômeno do temor podem variar.

O temor é dividido em: pavor, que é algo conhecido que pode acontecer; horror que é algo desconhecido e que chega de repente; e terror, que é a junção dos dois, algo conhecido que chega de repente. O pavor é o medo que se transforma quando ocorre a ameaça de algo já conhecido e familiar, que se encontra próximo e repentinamente se concretiza para o ser-no-mundo. O horror acontece quando o medo se transforma através de “algo não conhecido e se realiza para o ser-no mundo”. E o terror é quando o ameaçador, algo conhecido e familiar, surge de maneira súbita e concreta para o ser-no-mundo, possuindo o caráter de pavor e horror ao mesmo tempo (HEIDEGGER, 2015, p. 119).

Desvela-se no discurso quando relatam o momento em que pensam na dor do transcurso parturitivo, ou seja, a referência do pavor é, de início, algo conhecido e familiar, sendo súbito o modo de encontro com a ameaça. Este conhecido e familiar se mostra no discurso da mulher. O parto lhe é familiar, pois já ouviu falar ou vivenciou, porém a dor é insuportável, ela não assume para si esta possibilidade. Mas, quando subitamente ela se

descobre durante o transcurso parturitivo, a disposição se modifica e a mulher se mostra no modo de ser do pavor.

Assim, possuindo ao mesmo tempo o caráter do súbito, modifica-se o horror o seu discurso passa a ter o sentido do terror. Somente quando o que ameaça vem ao encontro como algo não familiar, ou seja – o horror –, possuindo ao mesmo tempo o caráter de súbito, a saber – o pavor, é que se constitui o modo de disposição do terror (HEIDEGGER, 2015).

“[...] porque eu ficar batendo de hospital em hospital e ainda não ser recebida [...]” (Cristal)

O que caracteriza o temor, o temível, a ameaça ou o dano pressuposto nesta situação não é a dor sentida, mas a possibilidade de dar errado, não encontrar a vaga ou até mesmo não ser acolhida pelo serviço de saúde. Heidegger (2015, p.119) declara todas as modificações do temor como possibilidade da disposição, a qual aponta para o fato de que a presença, como ser-no-mundo, é “temerosa”. “Essa ‘temerosidade’ não deve ser compreendida ônticamente no sentido de uma predisposição fatural e ‘singular’, mas como uma possibilidade existencial da disposição essencial de toda presença”.

“[...] Sentir muita dor, isso aí eu senti, chega fiz escândalo na hora de entrar [...]” (Turquesa)

No modo temeroso, a mulher se mostra como ela não é e se mantém ocupada com a dor de parir. Nessa ocupação permeada pelo temor e pela impessoalidade, ela também não se mostra. Assim, suas circunstâncias individuais e sociais e sua condição de ser parturiente, enquanto ser-no-mundo, lançado na situação do parto normal, passam pela experiência do temor e da dor, assim como se depara ante a ameaça de morte.

O ser mulher tem medo e este medo abre a descoberta que desencadeia um conjunto de situações em sua vida. O temor está instituído em seu cotidiano, dado pela facticidade de estar a parir. A postura compreensiva do profissional de saúde durante o trabalho de parto surge como uma possibilidade de redução do medo, a partir do cuidado que a mulher pode receber, demonstrando preocupação que para Heidegger (2015) é a característica do ser-aí com o ser-com e diz respeito a um coexistir autêntico na convivência cotidiana, quando o profissional se relaciona com o outro no modo próprio.

Cabe aqui ressaltar que apesar da mulher possuir conhecimento acerca de seus direitos, destes estarem resguardados em lei, na maioria das vezes, sente-se incapaz de

contestar quando estes são desrespeitados. Geralmente, encontra-se fragilizada existencialmente (BRASIL, 2015).

Portanto, uma postura ética e comprometida com o direito à informação, o respeito às diversidades, o acolhimento e a afirmação da condição de cidadão por parte dos trabalhadores são necessários, possibilitando compreensão e auxílio mútuo à mulher em transcurso parturitivo.

Essa postura deverá ser iniciada no cuidado pré-natal quando deverá ser orientada a construção do plano de parto, com a avaliação do risco gestacional, e permear o momento do parto com informações solicitadas pela parturiente, como também a condução segura e confiável do trabalho de parto, a partir do monitoramento fetal por meio da ausculta intermitente e uso do partograma.

Apreende-se, assim, que a inexistência das práticas voltadas para o alívio da dor desvela que o cuidado pré-natal e intraparto ainda não está totalmente imbricado nas práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas para minimizar o temor vivenciado pela mulher em transcurso parturitivo.

Cabe, assim, aos gestores e trabalhadores de saúde incentivar o reconhecimento desses direitos aos usuários e garantirem que os mesmos sejam respeitados em todo âmbito da atenção (BRASIL, 2007b). Isso significa dizer e perceber a necessidade de transmutação entre o modelo tecnocrata para um modelo de atenção que se revisita nas ciências da compreensão.

Unidade de Sentido b - Solicitude da mulher na disposição para ser-si-mesma vivenciando o cuidado como ser-aí no transcurso parturitivo

Os modos de disposição são as maneiras como se estabelecem as relações com o mundo, os diferentes modos de ser e de sentir-se humano. Nesse movimento, ocorrem situações existenciais que apresentam expressões de como as pessoas sentem-se e se constroem. As disposições latentes são despertadas pelo viver no cotidiano. Ao se relacionar com os profissionais, a mulher no transcurso parturitivo pode estabelecer um relacionamento envolvente e significativo. Esta maneira de se relacionar é designada por Heidegger (1981) como solicitude cujas características são a consideração, a paciência ou tolerância com o outro.

No modo de ser da solicitude, o ser-aí “está ligado com seu ser em relação ao mundo de seu cuidado e, da mesma maneira, com seu autêntico ser em relação a si mesmo”

(HEIDEGGER, 1981, p.41). O filósofo descreve sentido da solícitude, que é estar à disposição para cuidar do outro. Nos depoimentos, as mulheres são ser-com o bebê que está no ventre e são com a equipe de saúde.

“[...] querer ser mãe e ter esse prazer de sentir essa dor que eu queria ter [...]”
(Pérola)

“[...] pelo menos na hora que eu estava ali sentindo as dores sabia que ele (o bebê) estava ali mais eu, aí depois que levou ele lá pra dentro eu me senti sozinha [...]” (Jaspe)

“[...] Foi bom porque de hora em hora ia uma enfermeira lá me ver. Me dava um toque, via como é que eu estava, [...] ela ia, tocava minha barriga, pra ver se estava dando contração, ficava lá esperando, alisava, depois ia lá pegava uma luva dava o toque, aí me explicava, que estava dilatando [...]”
(Diamante)

O cuidado, segundo Sousa et al. (2005), é historicamente indispensável na construção e manutenção da humanidade. Faz-se cuidado na formação de pares, só há cuidar se existir cuidador e ser cuidado. No depoimento de Turquesa, percebeu-se essa construção no vivido.

“[...] Fui bem atendida, bem acolhida, gostei da enfermeira ou foi médica (*expressão de dúvida*) que fez o meu parto, excelente (*ênfase*) me incentivando e eu estou de parabéns, né? Porque não gritei, não me desesperei, achei que ia fazer tudo isso, mas na hora não, caiu tudo bem [...]”

Para Boff (2005), cuidado é um modo-de-ser, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo junto com os outros. É um modo de ser-no-mundo e, a partir daí, de relacionar-se com as coisas. Cuidado significa, então, desvelo, solícitude, diligência, zelo, atenção, bom trato.

Na fenomenologia, pensar e falar sobre o cuidado implica compreender como esse fenômeno se realiza e se desvela no humano não como um objeto independente. Cuidado como um modo-de-ser, a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solícitude (HEIDEGGER, 2015).

Assim, o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância. Passa-se, então, a dedicar-se ao outro, dispõe-se a participar do seu destino, das suas buscas, seus sofrimentos e suas conquistas, enfim, de sua vida, como observamos nos depoimentos que seguem:

“[...] estava com a boca seca, depois comecei a sentir fome, aí depois passou, [...] Horrível, ruim ficar sem beber água [...]” (Turquesa)

“[...] Meu parto foi normal, porque eu tive ele sozinho. Na sala de parto aí a mãe que estava comigo gritou a enfermeira, a enfermeira veio olhar se já estava saindo mesmo, ela disse que não [...] quando ela voltou a cabeça do menino já estava saindo [...]” (Diamante)

O abrir-se ou fechar-se do ser-aí estão fundados no ser-com os outros. A abertura se mostra como um fenômeno desde que o humano existe, desde o mundo do qual ele mesmo é partícipe, ou melhor, que ele mesmo se descobre em suas relações de ser. A abertura é a pré-compreensão e disposição que temos acerca de ser, que constitui tanto a nós mesmos quanto as coisas que no mundo nos vêm ao encontro (HEIDEGGER, 1981).

“[...] Elas me trataram bem, cuidou de mim, perguntava toda hora o que eu sentia foi tudo bem [...]” (Jaspe)

No modo de disposição da abertura, surge o a gente, que é para Heidegger (1981) a maneira como o ser-aí mais se mostra. O a gente permanece facticamente na publicidade e vela o ser por tudo que lhe impulsiona, sendo suprimido o que lhe é primordial, prioritário. Assim, a publicidade, a uniformidade e o afastamento envolvem e controlam cada maneira pela qual o mundo e o ser-aí são interpretados. “Cada um é o outro e ninguém é ele mesmo”, o ser está velado pelo outro (HEIDEGGER, 1981, p.51).

Na compreensão existencial do indivíduo, percebemos que não existe humano sem cuidado, seja ele profissional de saúde ou não; todos os seres humanos estão engajados no ato de cuidar e, como tais, no envolvimento e relações interpessoais; sempre existirá o cuidar na tentativa de compreender os dilemas, conflitos ou até mesmo situações existenciais adversas e alheias, como desvelado no depoimento Cristal:

“[...] Aqui eu me senti melhor, me senti porque aqui é o único hospital completo, que tem todos os médicos, que tem tudo. [...] quando comecei a sentir a dor, fui e tomei um banho bem frio, aí foi que a dor aumentou mais ainda [...]”

O desvelar das práticas obstétricas para a mulher no transcurso parturitivo aponta o cuidar como atitude imprescindível nos fazeres em saúde. Apreendemos que o apoio empático pelos profissionais de serviço, respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, privacidade do local de parto, contato cutâneo entre mãe e filho, as quais encontram-se elencadas na categoria A, são práticas que poderão construir um alicerce no modo da solicitude da mulher na disposição para ser-si-mesma vivenciando o cuidado como ser-aí no transcurso parturitivo.

Desvela-se que cuidar da parturiente requer comprometimento, valorização da vida, empatia, compaixão, envolvimento, caridade, misericórdia, prática multidisciplinar, somatória

e interlocução de outras ciências, inclusive para desenvolvimento de técnicas, sensibilidade e escuta qualificada (TERRA et al., 2006).

Para alcançar esse modo de cuidar há de se tecer uma rede com constructo teórico-filosófico a fim de incluir na dimensão do cuidado a defesa da vida, a dignidade do corpo feminino, pelo modo compreensivo do cuidar. Faz-se necessário, assim, um movimento existencial do profissional por meio de uma formação com um pensamento que se apoia na continuidade da vida, tendo o cuidar como finalidade para vida humana.

E, nessa perspectiva, defendemos como Heidegger (2012) que o cuidado seja envolvido na compreensão do ser-aí que fala de si-mesmo e a si-mesmo, em busca de um deter-se no fenômeno da solicitude como alicerce disponível para compreender a estrutura fenomenal de existir no mundo, vivenciando o transcurso parturitivo.

Unidade de Sentido c - O modo da ocupação como circundante nas práticas obstétricas

Para Heidegger (2013, p. 107), ocupação se refere à designação de realizar alguma coisa, cumprir. E circundante está relacionado à “lida mundana com as coisas das quais nos ocupamos”. Sendo assim, as falas remeteram à visualização de que as práticas obstétricas, neste estudo, ainda estão no modo de ser da ocupação do humano.

Nesta pesquisa, no mundo público no qual os profissionais se encontram, cada mulher é como todas as outras mulheres, e essa referência localiza-se no espaço do a gente, onde o lugar é de todos e de ninguém, como depõe Rubi:

“[...] Toda rotina do setor continua enquanto ela tá em trabalho de parto [...]”

Esse modo do profissional ser-com no cotidiano dissolve por completo o *Dasein* próprio, no modo de ser-com-os-outros, de tal maneira que os outros desaparecem mais e mais em suas singularidades e expressividade (HEIDEGGER, 2012).

“[...] Nós precisamos também trabalhar, aí existe uma satisfação tanto dela como nossa, quando a gente consegue cumprir nosso trabalho, existe também nossa satisfação [...] as questões mesmo de orientar, você explicar os procedimentos, o que é que vai acontecer, como é que ela tem que se posicionar, o porquê ela tá naquela posição [...]” (Esmeralda)

“[...] é ter melhora no acompanhamento desse trabalho de parto. Às vezes também a quantidade do número de profissionais, ajudaria bastante, que faria uma avaliação mais de perto dessas gestantes, deixando com que o outro ficasse menos sobrecarregado [...]” (Ágata)

Na fala de Esmeralda há a expressão da forma normativa de realizar as práticas. Essa mulher não tem nome, pois é a soma de todas que vivenciam o transcurso parturitivo. O profissional de saúde dominado pela cotidianidade desvela um cuidado que se perde no modo de ser da inautenticidade (HEIDEGGER, 2015).

A existência inautêntica é, segundo Heidegger, um desvio existencial do humano causado em primeira instância pelo modo de ser mais próximo do ser-aí. Refere-se à própria condição existencial do ser-aí, que é o ser-no-mundo, no qual todos os entes lhe vêm ao encontro de forma imediata. Heidegger nos fala de dois aspectos da inautenticidade – o subjetivo e o objetivo expressos na devoção exagerada ao trabalho, ao comportamento mecanicamente representado, também como forma de diluição de si mesmo. O avanço tecnológico colabora muito para esse segundo aspecto. Nesta acepção, encontramos os entes em seu caráter instrumental. Sobre isso, Heidegger (2015, p. 118) comenta: “O que está à mão, nem se apreende teoricamente, nem se torna diretamente tema da circunvisão, que é a referência de ser para lidar com as coisas”. O que está imediatamente à mão se caracteriza por recolher-se em sua manualidade para, justamente assim, ficar à mão.

“[...] Em relação à humanização mesmo, aquela questão mesmo da paciente ser protagonista do parto não vejo isso aqui. Ainda tá aquela técnica muito, mecanicista, aquela prática do profissional estar determinando o que, como transcorre esse trabalho de parto [...]” (Safira)

O modo inautêntico, como os profissionais cuidam, significa o desvio destes do seu projeto essencial em direção às ocupações do cotidiano, como entes em seu caráter instrumental (HEIDEGGER, 2015). O olhar dos profissionais se vincula à dimensão física, volta-se para o ente no que ele é, e não para o ser. Assim, a mulher é parturiente, e não o ser-aí que vivencia o transcurso parturitivo e todas as repercussões existenciais.

“[...] a gente se preocupa com mil coisas e com ela, a gente preocupa na dilatação, se tá com 5, com 8, com 10, se tá perto de parir e que horas eu vou receber o bebê.[...] a gente tá ali como técnico, a gente é um mero técnico atendendo uma prática de um parto (ênfase, olhar distante).” (Rubi)

Lançados na cotidianidade são superficiais ao direcionar o seu olhar à mulher, distantes da singularidade que permeia o existir. “A publicidade tudo obscurece e dá o que é assim encoberto como notório e acessível a qualquer um” (HEIDEGGER, 2015, p.367).

“[...] a partir do momento que ela (a mulher) se exercita e quando ela entende que é a única pessoa que pode se ajudar nesse trabalho de parto, o trabalho de parto, cursa sem sofrimento, na verdade pra ela isso não é um sofrimento a partir do momento que ela toma conta de si [...]” (Ametista)

A fala de Ametista expressa que os profissionais se apresentam no modo de ser da impropriedade, como um “assinalado-ser-no-mundo completamente tomado pelo mundo” (HEIDEGGER, 2015, p.493), em que se afasta de si em direção ao lá de um utilizável do ver-ao-redor (HEIDEGGER, 2012).

Na impropriedade, o *Dasein* encontra-se no mundo de modo impróprio, subjugado à ditadura do impessoal, sendo uma forma de responder a quem no ser-no-mundo. É uma forma imprópria, pois não leva em consideração as escolhas próprias do *Dasein* e sua responsabilidade pelo que faz e acredita. No modo de ser impróprio é-se todo mundo e, assim, ninguém (HEIDEGGER, 2015).

“[...] a gente ainda vê muito o uso de ocitocina, às vezes no momento que a gente julga errado, no momento que não tinha necessidade [...] e outros momentos rotina[...] Por rotina, já tá se fazendo uma episiorrafia, isso é uma coisa ainda ruim.” (Topázio)

“[...] a posição litotômica como a gente fala, que é a paciente deitada em decúbito dorsal, onde as pernas fletidas, é a posição habitual ainda que se faz o parto[...]” (Jade)

Lançados no cotidiano de normas e rotinas, extensa carga horária de trabalho e realizando várias atividades no universo laboral, são impulsionados para um cuidado deficiente, restrito à dimensão biológica, que os afastam de uma compreensão autêntica da mulher que vivencia o transcurso parturitivo.

Sendo com ela no modo deficiente, que representa o movimento do cuidado como ato na dimensão ôntica, que se manifesta no cotidiano profissional, com todas as normas estabelecidas. O cuidado, nessa perspectiva, não ocupa um espaço de abertura a possibilidades para implementação das boas práticas de acolhimento e vínculo, como o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto, parto e nascimento, conforme descrito na categoria A.

“[...] a paciente é colocada no pré-parto, tem direito a um acompanhante da escolha dela, desde que não seja do sexo masculino, [...] são esclarecidas as dúvidas que ela tiver. Então aqui são utilizados métodos farmacológicos, quando necessário é feito indução, até pra ajudar a paciente, não é utilizado muita técnica de massagem só quando a gente tem pessoal capacitado pra isso [...] O monitoramento fetal é feito, a ausculta de hora em hora ou até menos quando necessário é utilizado o partograma [...]” (Ônix)

“[...] porque essa paciente fica muito cansada com o trabalho que às vezes se torna prolongado, um tempo prolongado de jejum vai deixar essa paciente menos favorável a cooperar no momento do parto [...]” (Ágata)

Nos depoimentos de Ônix e Ágata, percebemos que no cotidiano das práticas obstétricas, não se dá voz a mulher para expressar suas necessidades e qual o sentido do seu existir naquele momento de enfrentamento do transcurso parturitivo e os medos que o envolve. Fica encoberta a singularidade de cada ser que é única em sua existência. As práticas então, prendem-se ao cotidiano do impessoal a que está sujeito na maioria das vezes.

“[...] a gente dá apoio psicológico, dá orientação sobre o parto, faz admissão, punciona a veia, orienta sobre o ambiente [...]” (Brilhante)

Na concepção de Heidegger, “só é possível encontrar certo número de sujeitos quando os outros que vêm-de-encontro de imediato no seu Dasein-com são meramente tratados como números” (HEIDEGGER, 2012, p.361). A mulher, nesse momento, é apenas mais uma entre todas aquelas que são atendidas rotineiramente, os profissionais se atêm à realização de procedimentos estritamente técnicos, como punção venosa, banho e medicação.

Assim, a equipe se absorve no mundo comum da ocupação e se afasta do cuidado autêntico, de tal maneira que a mulher não reconhece na copresença desse uma coexistência de ajuda que a impulse para um poder-ser diante de possibilidades. Apreendemos, então, que as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas são imprescindíveis para cuidar no modo próprio e da ocupação.

Unidade de Sentido d - A manifestação do cuidado à mulher em transcurso parturitivo no mundo compartilhado do ser-aí no acolhimento

Nos depoimentos dos profissionais de saúde, ainda emergiu a figura do profissional preocupado, carismático, delicado e envolvido com as questões que afligem o humano. Em uma relação de ser-aí-com a mulher no modo autêntico, este conduz o ser à abertura para o universo existencial. Atitudes acolhedoras e humanizadas se complementam no ato de tocar, escutar e tratar, o que retrata a sensibilidade e a disposição em estar-com, e implementação e atitudes como essas reforçam a necessidade da implementação das práticas que se vinculam ao ideal proposto na categoria A do manual Maternidade segura.

Segundo Heidegger (1981), o homem é existência, ser no mundo, o ser-aí. Existindo, ele é. O ser-aí é a facticidade traduzida em tempo e espaço vinculada à espacialidade e temporalidade; portanto, histórico. O ser-aí não é simplesmente um dado, nem mesmo um atributo de algo já constituído. Em outros termos, o ser-aí é um ente cuja essência reside na existência, concebida como um ter-que-ser, o que significa que o ser do homem é

essencialmente relação ao seu próprio ser sob a forma de uma radical possibilidade. Essa possibilidade, portanto, constitui o ser do homem como existência.

O homem tem existência, no sentido de que está constantemente definindo que tipo de coisa ele é. O que ele é, ele mesmo é que define. E essa definição é sempre projeção. Trata-se antes do que se quer ser e como chegar até lá. E não existe linha de chegada. Todo ponto final é ponto de partida de uma nova projeção, as possibilidades. Mas, essa projeção, segundo Heidegger (2015), está sujeita a três condições, quais sejam:

O Ser-aí é um ser-no-mundo, nessa condição de projeção que é a facticidade, quer dizer aquele conjunto de circunstâncias que fazem com que um homem em particular projete certas coisas, e não outras, e seja capaz de alcançar certas projeções, e não outras. A facticidade que é a possibilitação, direcionalidade e limitação que o mundo em volta do homem exerce sobre suas projeções e se dá porque ele é um ser-no-mundo. Para Heidegger, não há que falar em homem em abstrato, fora de uma situação mundana específica. Ser homem é estar em uma situação mundana em particular, nisso consiste sua mundanidade, situação a partir da qual certas projeções são possíveis ou impossíveis.

O Ser-aí é um ser-com-os-outros, condição dessa projeção é o mundo-da-vida, quer dizer aquela rede de crenças, valores e afetos compartilhados pelos homens que vivem em certo meio social, rede que serve ao mesmo tempo de matéria-prima das projeções e de limite para elas. O homem é um ser social, não no sentido essencial de que ele quer ou precisa viver em sociedade, e sim no sentido existencial de que a definição de em que consiste seu Ser-aí se alimenta, como continuidade, renovação ou oposição, de uma massa de imagens e motivos que já existem antes dele e no qual cada homem se vê mergulhado ao fazer parte de um mundo social.

Nesse contexto, mundo compartilhado em Heidegger (2013, p.104) “são os outros que vivendo faticamente vêm ao encontro mundamente: de tal maneira que é com eles que se tem a ver, com os quais se trabalha ou com se pensa fazer algo; compartilham, na medida em que tais outros são aqueles com os quais de maneira propriamente impessoal se tem a ver”.

A equipe de saúde lançada no mundo do hospital vivencia, de forma velada, os aspectos mais profundos da existência humana e observa os significados que atribui à vida de maneira consciente ou inconsciente, ao desenvolver sua atividade profissional. Torna-se uma existência coletiva, pois age e reage movida pelos encargos do cuidado como se fosse uma só pessoa.

A estrutura, a organização e a dinâmica do hospital estão voltadas para a manutenção da vida. A ideia de preservar a vida é o centro gerador de toda ação da equipe de saúde cujas

ações permeadas de valores e conhecimentos técnico-científicos conferem-lhe subsídios para diagnosticar, planejar e executar o cuidado ao ser doente. A valorização da vida e o significado do trabalho são os elos que unem os elementos da equipe. Estes aspectos emergem de forma vigorosa, dos conteúdos vivenciais, desvelando a maneira de ser da equipe, no mundo do hospital.

Nesse contexto, defendemos que a implementação das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas é a possibilidade para construção de um ambiente acolhedor, que propicia segurança, conforto e autonomia para a mulher que vivencia o transcurso parturitivo no modo do temor.

Apesar de a equipe de saúde assumir uma característica de individualidade e parecer ter um eu, neste estudo, observou-se que em alguns momentos seus componentes fundem-se em um todo não se percebendo isolados; formam a imagem comum, estão aí lançados no mundo do hospital, onde a vida está fragilizada e, por vezes, nos portais da finitude dessa vivência emerge uma gama de significados. Ao vivenciar a realidade profissional, os membros da equipe desvelaram sentimentos e expectativas de ser no mundo.

“[...] nós não costumamos mais deixar a paciente em jejum, é estimulado que ela deambule, é permitido sempre acompanhamento, durante o trabalho de parto e durante o parto vaginal [...]” (Ágata)

“[...] A gente incentiva a questão do preparo das mamas, geralmente quando a mulher entra a gente já vai receber a mulher, vai admitir a gente já olha, como um todo [...]” (Amestista)

“[...] a gente começa a conversa com ela sobre o parto ela se sente melhor [...]” (Brilhante)

A equipe, em sua funcionalidade, possui sentimentos e preocupações existenciais. Revela-se uma mescla de ser que cuida e ao mesmo tempo necessita ser cuidado. É um ser de preocupação que, ao cuidar-se, cria um sistema que lhe fornece energia para centrar-se no cuidado da mulher que vivencia a dimensão existencial do transcurso-parturitivo. A partir dos depoimentos, o ser-aí dos profissionais desvelou-se os modos de disposição em Heidegger (2015), a seguir desenhados:

A presença

O estar com o outro ou ser com o outro no mundo caracteriza-se pela presença. A essência da presença é ser em mundo e implica compreensão do ser, do mundo e do ser dos outros mundos dentro do mundo (HEIDEGGER, 2012).

“[...] nem precisaria ser dito, assim em palavra eu acho que bastaria a gente ter tempo pra acompanhar elas, com calma, às vezes com silêncio, e compreendendo mesmo o que ela precisa naquele momento [...]” (Rubi)

O mundo da presença é um mundo compartilhado com os outros. O ser com o outro constitui existencialmente o ser-no-mundo e pode ser interpretado como cura que significa ocupar-se, cuidar-se ou preocupar-se (HEIDEGGER, 2015).

A solicitude

A solicitude é uma forma de relacionar-se com o outro. Para Heidegger (1981), é uma relação mais envolvente cujos ingredientes básicos são a consideração e a paciência com o outro, sem conotação moral. A solicitude ou cuidar do outro apresenta-se sob duas roupagens: uma relaciona-se ao fazer tudo pelo outro, dominá-lo, manipulá-lo; a outra possibilita o crescer e amadurecer, descobrir-se. A solicitude é descrita no depoimento a seguir:

“[...] a gente transmite pra ela mais segurança, mais conforto. A gente consegue manter um diálogo com ela, o trabalho de parto flui melhor[...]” (Esmeralda)

A preocupação

Segundo Heidegger (2015), a preocupação faz parte da estrutura do homem. Na condição existencial, o cuidado com a vida e a dedicação são entendidos como cura na acepção ontológica, são elementos vinculados ao trabalho e fazem parte da realidade existencial do humano. O sentimento de preocupação faz parte do homem em toda sua existência.

A ideia de preocupação da equipe é expressa de várias maneiras: sentem-se úteis, impotentes e por vezes frustrados ao desenvolver as ações no seu cotidiano. Essa preocupação emerge de maneira expressiva nos depoimentos da equipe ao deparar-se com o mundo do hospital durante o transcurso parturitivo. A ideia de preocupação é descrita nos depoimentos abaixo:

“[...] aqui elas acabam ficando mesmo, que seja em uma maca, desconfortáveis. Parindo no local inadequado. Tendo uma assistência, que infelizmente, não é muito, coerente com o que deveria ser, justamente por causa do aumento da demanda, e é então eu vejo assim a peregrinação existe muito, mas por conta da rede, que não é suficiente pra, esse quantitativo que a gente tem [...]” (Safira)

Com o depoimento de Safira, há a menção de que os profissionais assumem a possibilidade da preocupação, auxiliam-na em suas dificuldades, dúvidas e ansiedades, mas não retiram sua responsabilidade final sobre si mesma. No modo da preocupação, há a

possibilidade da execução de práticas obstétricas que proporcionam vínculo e acolhimento, dentre as quais o apoio empático às parturientes pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto.

No mundo do hospital estabelece-se uma relação de afeto e cooperação entre a equipe e a mulher, uma vez que ao compartilhar do mesmo mundo formam uma comunidade existencial. A estrutura hospitalar, com sua organização setorial, geralmente não há conexão entre as unidades de internação e CO, e na maioria das vezes a convivência com a mulher restringe-se ao momento do trabalho de parto ou em intercorrências que necessitem voltar ao setor. A ideia de sentimentos é descrita nos depoimentos abaixo:

[...] é muito assim é o nosso estar aberto, pra quem tá ali, né? Pra pessoa que esta ali e precisa da gente muito além de um toque (se referindo ao ginecológico), né? Que as vezes é só um apoio mesmo. Mas a gente tem que se,... eu acho que a gente precisa avançar muito ainda, em relação a isso aqui no CO [...]" (Rubi)

"[...] ela só tem a ganhar, a paciente se sentindo mais fortalecida em ter um acompanhante do seu lado, a questão de alimentar também, a questão de tirar o mito que ela tem que ficar o tempo inteiro, deitada, ela também colaborando ela vai ver os benefícios [...]" (Ágata)

O profissional cuida de uma pessoa que está vivenciando uma situação de sendo-parturiente, usuária do serviço de saúde, o que afeta várias esferas do seu existir. Isso implica compreendê-la em suas subjetividades, captando o seu sentir-se próprio. Nesse sentido, cuidar dessa mulher não envolve apenas buscar e reunir dados para elucidar diagnósticos, plano de Hodge, apagamento, dilatação e propor terapêuticas, como o previsto pela lógica técnico-científica, requer uma aproximação, um acolhimento que nos ajude a compreendê-la em sua singularidade (BOEMER, 2011).

Portanto, nessa Unidade, existe a perspectiva de que em alguns momentos há a possibilidade de vislumbrar-se um novo horizonte para as práticas obstétricas nas quais poder-se-á resgatar o cuidado no modo da preocupação, mesmo que isso esteja ocorrendo com alguns profissionais envolvidos no contexto. O grande desafio será, então, sensibilizar profissionais que estejam no mundo do hospital para a compreensão do modo compreensivo de cuidar.

Unidade de Sentido e - Ambiguidade como modo de disposição: o desejo de vir-a-ser no cuidado à mulher em transcurso parturitivo

Para Heidegger (2015), no cotidiano, estamos inseridos em uma compreensão mediana e superficial e devido a isso, na convivência cotidiana, temos a impressão de que conhecemos plenamente o outro, mas não conhecemos sequer a nós mesmos. Sendo esta a forma ambígua em que se dá a presença cotidiana, não podemos distinguir o autêntico do inautêntico, ou seja, no cotidiano, temos a pretensão de que tudo é compreendido e visualizado autenticamente. Nunca procuramos saber quem realmente somos, o que nos é próprio e aquilo que realmente é nosso. Estamos sempre preocupados com a vida dos outros, com o que usam e fazem.

Aquilo que compreendemos e visualizamos é feito de forma singular. Mas, apesar de nos empenharmos pela autenticidade, o que temos é uma compreensão mediana, na qual se compreende tudo, porém de maneira superficial, caráter ambíguo, já que não temos contato com o fundamento daquilo com que lidamos, nem nos apropriamos das coisas. Além disso, outro caráter ambíguo do cotidiano é que às vezes parece que nada é compreendido, quando no fundo já foi. Nesta ambiguidade também ocorre a possibilidade, além de saber, falar sobre o que ocorre, falar também do que vai acontecer e o que se deve fazer.

Neste estudo, os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde, nos discursos sobre suas práticas no cotidiano da assistência ao parto no falatório, despontam ontologicamente o modo de ser da ambiguidade. Este delineamento desenha um lugar da transição paradigmática, podendo possibilitar a implementação de práticas emancipatórias. Este movimento se contrapõe ao cenário previamente posto de tecnologias duras no transcurso parturitivo (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013). As práticas emancipatórias dizem respeito àquelas que se encontram descritas na categoria A do manual Maternidade Segura (Anexo A).

No depoimento de Topázio abaixo, há a expressividade do confronto entre o conhecimento adquirido no modelo tecnocrata e as experiências do cotidiano da prática, de modo a apontar que as mudanças no cuidado à mulher parturiente são necessárias:

“[...] a gente tem tido alguns avanços, desde o momento em que eu comecei a trabalhar aqui até o presente momento a gente avançou em vários aspectos, mas ainda esta longe da gente chegar no padrão do que a gente ver como humanizado, como boas práticas realmente.” (Topázio)

Nesse cenário de nascimento, tem-se a possibilidade de refletir acerca das subjetividades emergentes provocadas por esse contexto e o potencial de mudanças, conforme o depoimento abaixo:

“[...] as práticas não muito eficazes... (pausa) é, em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, nós infelizmente não, não cumprimos, ao rigor, tudo que é preconizado. Em relação a humanização mesmo: aquela questão mesmo da paciente ser protagonista do parto não vejo isso aqui [...]” (Safira)

O movimento em direção a uma prática menos intervencionista dá início a um modelo de cuidado, que segundo Gomes, Moura e Souza (2013) a autonomia e o amadurecimento se apresentam como um argumento construído a partir das demandas de enfrentamento de um conhecimento colonizador, que começa a ser substituído por um conhecimento libertador cuja reflexão acerca das práticas empregadas traz novas possibilidades nos modos de cuidar, como referido no depoimento de Ágata:

“[...] aqui, como em outras unidades que eu trabalho, está sendo melhor essa questão de ter um parto humanizado e um parto menos invasivo, a respeito de uso de medicamentos, de episiotomias. Está caminhando para um caminho melhor isso aí, do parto [...]” (Ágata)

Para compreender a reflexão crítica, torna-se necessária uma atitude que recusa o conformismo e a resignação diante de características da realidade que são apresentadas, exigindo uma disposição de lutar por alternativas. Nessa reflexão, consideramos que a compreensão da ruptura epistemológica seja possível, ao buscar apreender as transformações contidas nessa realidade (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

“[...] é ter melhora no acompanhamento desse trabalho de parto. Às vezes também a quantidade do número de profissionais, também ajudaria bastante, que faria uma avaliação mais de perto dessas gestantes, deixando com que o outro ficasse menos sobrecarregado. [...] um maior número de enfermeiras obstétricas, que a gente não tem nos serviços, a maioria dos serviços são enfermeiras, mas que não são obstétricas e que no momento do parto se fossem ajudariam bastante também [...]” (Ágata)

Ao refletir sobre as práticas cotidianas e os limites que as circundam, é inevitável um olhar atento para realizar uma escolha singular que defina o que se deseja reter, esquecer ou modificar, mediante as possibilidades de um fazer compreensivo.

O humano está em plena mudança o tempo todo, não é um indivíduo fixo e determinado: é algo flexível e mutante. Um ser cheio de possibilidades. E este humano não é de forma alguma um ser fixo, mas mutante e por estar sempre diante de um número enorme de possibilidades o homem é sempre um vir a ser (HEIDEGGER, 2015).

Faz-se necessário, portanto, considerar que estar lançado no cotidiano das práticas obstétricas, as quais por vezes remetem às situações novas, que se contrapõem ao previsível, leva à criação e à necessidade de aproveitar as oportunidades, visto que a oferta da possibilidade de transformação brota e, embora o que se deseja como futuro ainda não se

mostre com clareza, a provocação aponta para o que de fato não se quer que perpetue (AYRES, 2001; GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Os profissionais descreveram em suas falas a necessidade de aprofundamento teórico para realizar mudanças de atitudes na prática, como um trilhar indispensável entre ambas.

“[...] esse ano, por exemplo, especificamente aqui houve uma melhoria muito grande com relação a isso (conhecimento), porque a gente teve o ALSO que é a assistência, os protocolos de assistência ao parto e que a nossa unidade propôs tanto pra enfermeiras como pra médicos a realizar essa preparação com ALSO, que são protocolos internacionais de como você realmente deve fazer a prática no centro obstétrico [...] os serviços onde tem maternidade, deveria toda a equipe, a parte de técnico, da enfermagem, ser mais preparados, até com cursos, palestras, pra ir renovando realmente. Os conhecimentos e também essa questão do comportamento com as pacientes [...]” (Jade)

“[...] porque todo mundo trabalha junto e segue o mesmo padrão. Toda a equipe não está preparada pra seguir realmente as boas práticas da maternidade segura [...]” (Topázio)

As subjetividades que surgem da transição paradigmática delineiam o espaço de reflexão e na exploração das possibilidades apresentam-se as práticas emancipatórias, que são formuladas considerando e partilhando com a mulher em uma relação compreensiva. Assim, por meio dessa inquietação e a partir das concepções dos profissionais, há contradições e potencial criativo para transpor os limites a fim de que se alcance mudança da prática obstétrica.

Neste sentido, compreendemos as práticas experimentadas pelos profissionais e pelas mulheres como uma possibilidade de um fazer singular. Portanto, é um vislumbrar para construir conhecimento que possa ser desenvolvido no cotidiano do modo compreensivo do cuidar, como descrito pelas depoentes:

“[...] Minha opinião é que precisa é de colocar o projeto em prática. Nós temos realmente programas de assistência à mulher, o Ministério da Saúde tem muitos programas de assistência à mulher, tem a Rede Cegonha, tem várias, e vários programas, mas o que a gente observa é que na prática, não se vê, pelo menos aqui no serviço [...]” (Jade)

“[...] a gente ter mais enfermeiras obstétricas para trabalhar junto com a gente e uma equipe mais preparada para fazer esse apoio as gestantes. Como eu falei as doulas, ou o pessoal da fisioterapia também [...]” (Ágata)

As relações se dão no encontro entre usuárias e profissionais, e entre os profissionais e suas formas de cuidar e tratar. Nessa perspectiva, as relações do cotidiano são expressas com enfrentamentos e são entendidas como obstáculos a serem superados. É o que foi apreendido no depoimento de Jade:

“[...] Em relação do trabalho de parto em si, precisamos melhorar em relação a questão da estrutura. Então, não temos quantidade de profissionais suficiente para assistir a quantidade de pacientes, mas a prática que é feita dentro da realidade do serviço [...]”

O enfrentamento da medicalização, da corporação, permeia a relação com os colegas de trabalho, médicos que fazem questão da cultura hospitalar e de colegas enfermeiras, que por vezes discursam, mas na prática não contrariam a implementação de práticas que medicalizam o transcurso parturitivo. Portanto, existe a necessidade de avanços nos modos de ser profissionais a fim de realizar um trabalho como aquele que se imagina: trazer as possibilidades de práticas recomendadas, que por vezes estão apenas no imaginário, para uma realidade tão endurecida e tão médico-hegemônica (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

“[...] seria uma prática em que a gente colocasse a mulher como sendo o protagonista da história, uma fora que a gente pudesse compreender o que ela quer o que ela sente o sentido de você ter o pai acompanhando o parto [...]” (Rubi)

“A mudança prática vem com, com a mudança do nosso sentimento em relação a isso de compreender de que a mulher precisa de algumas coisas pra parir bem e parir melhor, parir mais calma e fazer com que o trabalho de parto evoluía melhor, que ela se sentir mais calma, mais tranquila, acolhida dentro da unidade, então são coisas simples que a gente poderia fazer, com a mudança nossa particular mesmo de mudança de[...]” (Rubi)

Na fala de Rubi, percebemos que os fatores do contexto que influenciam apontam para uma atitude individual positiva, mas ainda cabe ressaltar a necessidade efetiva de suporte oferecido pela estrutura institucional e a avaliação permanente de recursos que possibilitem uma prática condizente com as demandas iminentes das mulheres assistidas. Para que essas

Aproximar, então, o conhecimento, baseado em evidências, e a prática transformada, para uma nova possibilidade de fazer que se integrem as relações compreensivas, requer uma ruptura de paradigmas, e esse rompimento varia com o contexto que, segundo Gomes, Moura e Souza (2013), também é constituinte e decisivo na conformação da realidade de saúde e as possibilidades emancipatórias.

“[...] eu tenho esperança ainda, é de que, de que um dia talvez a gente trabalhe num sistema em que se possa realmente ter mais tempo de atender o indivíduo, é atender a mulher, atender a necessidade dela como um ser integral e não como alguém que tá parindo ali [...]” (Rubi)

“[...] eu acho que as coisas estão caminhando, engatinhando para lá na frente melhorar 100%. Agora em torno de 30 a 40%, mas a tendência é melhorar [...]” (Ágata)

É importante criar espaços e redes em que se torne uma condição o exercício do diálogo aberto e honesto para as interfaces de conhecimento entre profissionais e serviços. Nesses espaços, construir, em parceria, um sistema de resolução de conflitos, em que estejam estabelecidos com clareza o respeito aos limites nos modos de ser na cotidianidade.

Nessa perspectiva, inclui-se a necessidade da valorização do trabalhador, que compreende a reorganização dos processos de trabalhos, desde ações que melhorem as condições salariais, estruturais e relacionais que possam possibilitar transformações nas interações entre trabalhadores, gestores e usuários.

Para que essa interação ocorra será necessário pôr em evidência a experiência dos trabalhadores, respeitar sua autonomia e inseri-los na tomada de decisão. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão (BRASIL, 2013b).

Faz-se necessário, assim, proporcionar aos trabalhadores capacitação e qualificação, bem como adesão a programas que revisitem sua qualidade de vida, seu modo de ser no mundo, sua existencialidade, possibilitando intervenção e análise do cenário onde se pensam e se realizam as práticas obstétricas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde. A realização desta pesquisa foi possibilitada pelos enlaces da experiência vivida no campo do parto e nascimento, tanto no âmbito da formação acadêmica quanto na prática assistencial, também em meio ao cotidiano de trabalho, no exercício da enfermagem, no caminhar próximo e singular com a obstetrícia.

Estudar sentidos das práticas obstétricas na atenção à parturiente, fundamentada no pensamento de Martin Heidegger, exigiu uma atitude fenomenológica. Os conceitos e as categorias do vivido referentes ao parir são legados de quem pariu. Por essa compreensão, tomando a maneira fenomenológica de ir às coisas mesmas, foi possível captar, de modo genuíno e singular, significados e sentidos de profissionais e mulheres que vivenciam e experienciam as práticas obstétricas no transcurso parturitivo.

A posição fenomenológica é potencializada pela inovação e criatividade. Portanto, significa compreender modos de ser e como vivencia fenômenos estando lançado em mundo. O humano pode constituir sentidos, inserido em uma sociedade histórica e socialmente situada, sendo (co)responsável pela própria existência, com o conhecimento e a dimensão compreensiva da singularidade.

Com o desvelamento dos sentidos expressos pelo vivido da mulher no transcurso parturitivo e os modos de ser dos profissionais que atuam nesse momento, deu-se a análise compreensiva. Foi possível compreender o temor na vivência do parto normal, a solicitude da mulher na disposição para ser-si-mesma vivenciando o cuidado como ser-aí no transcurso parturitivo, o modo da ocupação como circundante nas práticas obstétricas, a manifestação do cuidado à mulher no transcurso parturitivo no mundo compartilhado do ser-aí no acolhimento e a ambiguidade como modo de disposição: o desejo de vir-a-ser.

Os depoimentos sobre as práticas, pautados na análise compreensiva, apontaram para necessidade de criação de um espaço de possibilidades de discussão, implantação e implementação da proposta de humanização do parto e nascimento como políticas públicas. Este vestígio, conforme citado no estudo, tem como alicerce a origem do cuidar e o encontro de seres vivendo de modo inautêntico o cuidado, constantemente, ocupado e no modo de ser do a gente.

Com as lacunas observadas, para o avanço do cuidar no modo compreensivo, a Fenomenologia torna-se um importante referencial na ideia de promoção da saúde, pois os profissionais e mulheres que vivenciam o fenômeno do parto e nascimento atuam na participação e na melhoria das condições do cuidar. O enfoque fenomenológico e os seus pressupostos podem contribuir nessa construção por contemplarem a subjetividade, bem como ousar na tentativa de apreender a intersubjetividade, permitindo significados e sentidos nas relações de quem cuida e de quem é cuidado.

O desenvolvimento de uma relação de humanização e de dignidade no cuidado em saúde pode se tornar uma atitude fenomenológica, que se caracteriza como compreensiva e interpretativa, pois considera a intersubjetividade e o respeito ao humano, a partir de necessidades, significados e sentidos, assim como as várias maneiras de lidar com o fenômeno saúde/doença no cotidiano existencial.

Sendo assim, o humano na condição de profissional de saúde como ser de possibilidades poderá promover, por meio da interlocução de cenários com boas práticas, condições estruturais de trabalho, promovendo uma perspectiva ampliada no cuidado em saúde.

Nesse sentido, o método fenomenológico como eixo das práticas contribui para a humanização e a promoção da saúde, uma vez que seus pressupostos e abordagens guardam estreita relação com a concepção de humano, protagonista do cuidado.

Portanto, com esse olhar se permite a compreensão das necessidades de manifestação do cuidado à mulher no transcurso parturitivo no mundo compartilhado do ser-aí. É necessário aprofundar essa compreensão com novos estudos, a fim de possibilitar mudanças nas concepções acerca da visão do existir no mundo, sendo profissional e parturiente, de forma a construir um novo saber fazer em saúde.

Com um enfoque fenomenológico, a Política de Humanização do SUS pode ser incorporada ao pressuposto da produção da concepção de que “vir-a-ser” pode ser uma constante na interação com o mundo, já que, neste estudo, a ambiguidade foi desvelada como um modo de disposição do profissional, ou seja, o desejo de vir-a-ser no cuidado à mulher em transcurso parturitivo. Essa dimensão relacional no método fenomenológico é percebida como um modo de “ser-no-mundo”, existindo em sua relação com o outro a partir da intenção com vistas a uma consciência.

Ambas se articulam na proposta de que se possa considerar a historicidade, a intersubjetividade e a singularidade na prática do cuidado à mulher em transcurso parturitivo guardando relação com a perspectiva de promoção da saúde, também baseada no ideário de

autonomia, participação e no direito social. Essa inserção admite possibilidades de interrogações, dúvidas, desvios, compreensão, relação, participação e confiança.

Percebeu-se, também, um descompasso entre o proposto pelo MS e o cotidiano do fazer em saúde. Faz-se necessário revisitar os eixos tematizados e trabalhados pelo MS, como acessibilidade, vínculo, formação profissional e resolubilidade. O acesso aos serviços de saúde pode ser garantido de forma universal, equânime, e o modelo tecnocrata somado ao compreensivo pode valorizar o indivíduo como centro da atenção.

O diálogo deve ser valorizado, bem como uma escuta qualificada. A ambiência favorece a continuidade e adesão da pessoa nos cenários de cuidar. Essa descrição vai ao encontro do que se mostrou como deficiente na fala dos depoentes, já que foi desvelado o modo da ocupação como circundante nas práticas obstétricas.

Quando se cria vínculo torna-se (co)responsável pelo processo do cuidar. É necessário oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se a eles. Neste estudo, o temor foi expresso na vivência da mulher no transcurso parturitivo. Se o cuidador tem vínculo, ele é (co)responsável em assegurar os direitos e deveres de quem cuida e de quem é cuidado, visto que vínculo gera responsabilização, podendo minimizar uma vivência temerosa.

A condição humana desencadeia um conjunto de situações existenciais nas quais uma postura ética, sensível e comprometida com o cuidado pode oferecer a concepção de que os profissionais de saúde precisam adentrar no modo da preocupação para fomentar a solicitude no cotidiano das práticas obstétricas.

Para que haja essa mudança, defendemos que durante a formação profissional e por meio de capacitações permanentes possa haver discussões teórico-filosóficas, que fundamentem a matriz e seus componentes curriculares, com embasamento nas políticas públicas, e nas ciências da compreensão para capacitar o trabalhador em saúde a cuidar da parturiente em uma perspectiva existencial.

Nesse sentido, a resolubilidade representa um dos grandes entraves do fazer em saúde, haja vista que a fragmentação e fragilidade da rede impedem uma assistência integral e continuada à mulher em transcurso parturitivo. As respostas inaptas às demandas são a mola propulsora da insatisfação de mulheres e profissionais. Faz-se necessário, portanto, uma reestruturação da rede no que diz respeito a recursos materiais, trabalhadores qualificados, dentre outros, para atender de forma adequada à necessidade de quem busca pelo atendimento nas situações existenciais de saúde ou adoecimento.

Assim sendo, na área da saúde, dada a complexidade, a Fenomenologia pode possibilitar a compreensão do encontro de profissionais e mulheres, promovendo a

humanização, já que foi desvelada a solicitude da mulher na disposição para ser-si-mesma vivenciando o cuidado como ser-aí no transcurso parturitivo.

Dessa forma, o método fenomenológico pode ser aplicado como eixo teórico-filosófico nas práticas obstétricas, o qual não propõe uma teoria a mais. Todavia, aponta horizontes para que os profissionais possam realizar articulações que ampliem a perspectiva e, conseqüentemente, o modo de agir no cuidado em saúde, em que a parturição seja compreendida como um processo natural, que necessita apenas de apoio, respeito e acolhimento à fisiologia feminina no parto.

Portanto, o desafio está lançado, que profissionais e serviços de saúde possam estar no modo de abertura e disposição para vivenciar o cuidado do ser-aí da mulher no transcurso parturitivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Claudia Azevedo. **As práticas obstétricas e a questão das cesarianas no intraparto na rede de saúde de São Paulo**. [dissertação de mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.

ALMEIDA, Débora Vieira. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 767-775, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300767&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2015.

AMATUZZI, Mauro Martins. **Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica**: estudos de psicologia. v.l-13, n.1.5-10, 1996.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, Sept. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

_____. José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, e os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29 set-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

_____. José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Com. Saúde. Edu**, 2000; v. 2, n. 6, p.117- 120, fev. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BARROS, Lena Maria; SILVA, Raimunda Magalhães da. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 3,

p. 376-82, 2004. [online] 2004, 13 (Julho-Setembro).Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413308>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BAUER, M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 39-63.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: Unimep, p.15-79, 1994. BICUDO, M.A.V. Sobre a Fenomenologia. In BICUDO, M.A.

BOEMER, Magali R. A fenomenologia do cuidar: uma perspectiva de enfermagem. In: Peixoto AJ, Holanda AF. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá; 2011. p. 61-6.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005. Disponível em: <<http://www.brapci.ufpr.br/brapci/v/a/6174>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL, Datasus. **Proporção de partos cesáreos segundo região e federação**. 2016 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

_____. Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos/** Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, Distrito Federal; 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 8.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Governo Federal. **Municípios fortes, Brasil sustentável**. Guia de Apoio para o Alcance das Metas. Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 2013-2016. Brasília: Secretaria Nacional de Relações Político-Sociais; 2013a.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.466/12**, de 10 de outubro de 2012 sobre as diretrizes de normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 24p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 50p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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, Distrito Federal. Brasília: MS; 2011a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36**, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, Distrito Federal; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007b.

_____. Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] União**, seção 1, p. 2. Brasília, Distrito Federal; 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. 3.ed. Brasília: MS, 2006. 160p.

_____. Lei nº 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**, número 67, seção 1, p. 1. Brasília, Distrito Federal; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1o de junho de 2004. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, seção 1, p.

_____. Ministério da Saúde 2001. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília. Ministério da Saúde Brasília: MS, 2001b. 199p. Disponível em <www.humaniza.org.br>. Acesso em: 28 jan. 2016.

_____.Ministério da Saúde 2001. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** – PNHAH. Disponível em <www.humaniza.org.br>Ministério da Saúde 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM**, de 1o de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, seção 1, 78p.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; HIRT, Leila Maria; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 646-53, 2013. Acesso em 22 de Out. 2015 <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/18588/15490>.

CAPALBO, Creusa. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.415-419, dez.1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=273736&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 set. 2015.

CARDOSO, Glauco Barbosa; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.451-455. jul-set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a20.pdf>>. Acesso em: 28 dez. de 2015.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 30-37, fev. 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, fev. 2012. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2015.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 960-967. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007>>. Acesso em: ago. 2015.

COOK, Elizabeth; AVERY, Melissa; FRISVOLD Melissa. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births. **J Midwifery Womens Health**; 59(2): 153-9, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12142/abstract>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

CORDOBA, Ana Maria Gaviria Cordoba et al. Métodos de vigilância fetal intraparto. **Femina**, v. 39, n. 12, 2011. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641398>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CORREIA, Adriana Kátia. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.83-88, jan.1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a10.pdf>>. Acesso em:23 jan. 2016.

DANTAS, V.M. O papel da linguagem no pensamento de Heidegger. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v.4, n.2, p.16-26, ago./dez. 2011.

D'ARTIBALE, Eloana Ferreira; BERCINI, Luciana Olga. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 109-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições as sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006. p.33-47.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2016.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto**. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP. (Mimeo). 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

FERNANDES, Chagas et al. Perfil de atenção ao parto em um hospital público: contribuições da enfermagem. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8845/pdf_9514>. Acesso em: 17 jun. 2016.

FINI, Maria Inês. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, M.A.; ESPOSITO, V. **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

FLORES, Bárbara Nascimento. **Filhos melhores para o mundo: por uma educação de berço**/Belo Horizonte: edição do autor, 2013. 188p.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 2001. 81p.

FRANCO, Túlio Batista. Apresentação. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **A Produção Subjetiva do Cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.164p.

FRANÇA, K.M.A.; RIBEIRO, G.M.F. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, jan./dez. 2006.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MEDEIROS, Leodiana Silva. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 255-262, 2008. Disponível em: <ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5089/3301>. Acesso em: 23 fev 2016.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; FRANCA, Elisabeth; LAMOUNIER, Joel Alves. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 297-304, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2015.

GOMES, Maysa Ludovice; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enfermagem**. 2013; 22(3):763-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300024&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 out 2015.

GONCALVES, Roselane et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 62-70, mar. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2016.

GONZAGA, Ramaiana de Jesus. **Incidência de sífilis congênita entre os nascidos vivos no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS)**, Feira de Santana - BA, janeiro de 2000 a julho de 2004, UEFS: 64p. [TCC]

GREGORIO, Vitoria Regina Petters; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 767-774, out. 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2016.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução revisada e apresentação Márcia Sá Cavalcante Schuback; posfácio de Emanuel Carneiro Leão. 10. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes; Bagança Paulista: Universitária São Francisco, 600p. (Coleção Pensamento Humano), 2015.

_____, **Ontologia**: (hermenêutica da facticidade). Tradução de Renato Kirchner. 2.ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

_____, Martin. **Os problemas fundamentais da fenomenologia**. Tradução: Marcos Antonio Casa Nova. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2012.

_____, Martin. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Apresentação, introdução, notas e epílogo: Solon Sapnoudis; tradução e comentário: Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.

HOGA, Luiza Akiko Komura; PINTO, Cleusa Maia de Souza. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Investigar educação enfermagem**. 2007, vol.25, n.1, pp. 74-81. mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, agost. 2014 . Disponível

em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2016.

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 420-6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2016.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, junho 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2015.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-447, dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun. 2015.

MARTINS, André. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.950-8, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400009>>. Acesso em: 11 jun 2017.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2ª ed. Editora Centauro: São Paulo. 2005, 116p.

MARTINS, Joel; BOEMER, Magali Roseira; FERRAZ, Clarice Aparecida. A fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 24(1): 139- 147, br. 1990.

MAYRING, Philip. **Introdução à pesquisa social qualitativa**: uma orientação ao pensar qualitativamente. 5. ed. Weinheim: Beltz, 2002. 82p.

MELO, M.C.S.C.; SOUZA, I.E.O. Ambiguidade – modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 41- 48, jan./mar. 2012.

MESQUITA, Amanda de Araujo et al. Compreendendo o temor do ser-no-mundo-gestante-de-baixo-risco-no-último-trimestre-gestacional. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 4, nov. 2015. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40492/26620>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoas idosa. **Revista Kairós**, v. 11, n. 2, p. 49-58, 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2392/1485>>. Acesso em: 21 dez 2015.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 297-300, ago. 2006 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000200018>>. Acesso em 13 mai. 2017.

MONTENEGRO, Carlos A; REZENDE, Jorge de. Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Guanabara Koogan, 2014.343p.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 152p.

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Trilhando o método de investigação em Heidegger-etapas de análise aplicadas à obstetrícia**. Texto de apoio ao mestrado profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Feira de Santana, 2016

_____, Rita de Cássia Rocha; MELO, Rosana Oliveira de. **Atenção à saúde da mulher nos serviços públicos do município de Feira de Santana-BA**. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS: 2015, 254p.[projeto]

_____, Rita de Cássia Rocha; LOPES Regina Lúcia Mendonça; SANTOS Ninalva de Andrade. Entrevista fenomenológica: Peculiaridades para la producción científica en enfermería. Index de **Enfermería** (edição digital) Espanha - Granada 2013c. v.22, n.1-2, Disponível em:<<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8060.php>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

_____, Rita de Cássia Rocha; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Prevenção do câncer do colo do útero em gestantes: estudo fenomenológico. **Online Brazilian Journal of Nursing –OBJN**. [Internet]. 2013b set.; 12 (2): 511-21. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____, Rita de Cássia Rocha. **Sentidos que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero**. – Salvador, 2013a. 147p. [Tese]

_____, Rita de Cássia Rocha. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica**. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista brasileira de enfermagem** [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 452-455. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

OLIVEIRA, Zuleyce Maria Lessa Pacheco de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 133-140, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUSA, Ivis Emília de Oliveira. A ocupação da mulher com HIV/AIDS: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. **DST J Bras. Doenças Sex. Tansm.** 2006; 18(4):241-6. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista18-4-2006/CAP4AOcupacaodaMulhercomHIV.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem** [en linea] 2012, 25: Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307024805024>> ISSN 0103-2100 . Acesso em: 15 de maio de 2017.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, Abr. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2015.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 566-573, set. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 61, n. 3, p. 382-388, junho 2011. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2016.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 37, abr. 2012. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PORFÍRIO, Aline Bastos; PROGIANTI, Jane Márcia; SOUZA, Danielle de Oliveira M.. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 331-6, jul. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/7087>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFIRIO, Aline Bastos. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 443-450, set. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva et al. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 880-888, dez. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2015.

SANTANA, Licia Santos et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Revista dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 111-113, jun. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva et al. Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem em Unidades Saúde da Família em Município Baiano. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 27, n. 2, p. 101-107, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8850/7154>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SILVA, Gilberto Tadeu Reis et al. **Enfermagem em obstetrícia**: abordagem do cuidado à gestante, parturiente e puérpera: reflexões sobre relevantes temas. São Paulo: Martinari, 2006.

SILVA, Márcia Juliana Mello da et al. Assistência prestada à adolescente no momento do parto em uma maternidade de alto risco. **Revista brasileira de promoção à saúde (Impr.)**, v. 28, n. 1, p. 98-105, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

SILVA, Jovânia Marques Oliveira e; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254- 257, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200018>>. Acesso em 15 jul. 2017

SILVA, Yerkes Pereira; SILVA, Josefino Fagundes. **Dor em Pediatria**. 1. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006.

SIMÕES, Sonia Mara Faria; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. **Mulher a de-cisão no cuidar da própria saúde**. Niterói: Intertexto, 2002. 117p.

SIMÕES, Sônia Maria Farias, SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 5, n. 3, p. 13-17, jul 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2016.

SODRÉ, Thelma Malagutti et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 452-460, set. 2010 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2016.

SOUZA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 324-331, junho 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 25-38. 479-486, set. 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2015.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al . O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, June 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 set. 2017.

STEGMÜLLER, Wolfgang. **A filosofia contemporânea: introdução crítica**. São Paulo: EPU vol 1 2, 1977.

TERRA, Marlene Gomes et al . O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500020>>. Acesso em: 04 ago.2017.

TORRES, Jacqueline Alves et al . Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S220-S231, ago. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2016.

TOURINHO, C.D.C. A consciência e o mundo: uma incursão pela fenomenologia transcendental de Edmundo Husserl. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá, 2011. p. 49-59

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 48, n. 2, p. 304-313. 2014. Disponível em:<<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8182>>. Acesso em: 03 ago. 2016

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

ZVEITER, Marcele; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 86-92, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA: PUÉRPERAS

Título: Sentidos de práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica heideggeriana

Objeto: Sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção a parturiente em centro obstétrico para puérperas e profissionais.

Questionamento: Quais os sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico em um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde?

Objetivo: Compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público na Bahia na ótica de puérperas e profissionais de saúde.

I. CARACTERIZAÇÃO DAS DEPOENTES: N° _____

Idade: _____ Codinome: _____

Cor referida: branca () negra () parda () amarela () indígena ()

Zona de moradia: _____

Data: ____/____/____

Local: _____

Início: _____

Término: _____

Duração: _____

II. INFORMAÇÕES SÓCIOECONÔMICAS:

Grau de instrução: alfabetização de adultos () antigo primário () antigo ginásio () antigo clássico, científico () ensino fundamental ou 1º grau ensino médio ou 2º grau () superior-graduação () pós-graduação especialização () mestrado ou doutorado

() completo () incompleto série _____ () nenhum () não alfabetizado ()

Profissão/ocupação: _____

Renda: pessoal _____ familiar _____ total _____

Estado civil: casada () divorciada () viúva () solteira () união estável ()

III. INFORMAÇÕES GINECO-OBSTÉTRICAS:

nº de gestações: _____ nº de partos: _____ naturais _____ aborto(s): espontâneo(s) () provocado(s) ()

nº de filhos vivos: _____ idade(s) _____ co-habitam: sim () quantos () não ()

Gestação atual: idade gestacional: _____

Tipo gestacional: () única () gemelar

Adequação do pré-natal: Nº de consultas _____ início do pré-natal

Exames: _____ / /

Fez uso de alguma medicação () não () sim Qual(is) _____

Intercorrências maternas: () não () sim Qual(is) _____

IV CONDIÇÕES DO PARTO:

Fez um plano individual no pré-natal, determinando onde e por quem o nascimento seria realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro: () não () sim

Peregrinação para o parto: () não () sim

Tipo de parto: () vaginal () fórceps/ vácuo extrator () cesárea

Malformação congênita: () não () sim

Se alimentou durante o trabalho de parto: () não () sim

Ingeriu líquido durante o trabalho de parto: () não () sim

Presença de acompanhante: () Em todos os momentos () Em alguns momentos

Presença de acompanhante mantida durante o trabalho de parto: Escolheu () não () sim

Ficou apenas em posição ginecológica: () não () sim Qual? _____

Ausculata fetal? () não () sim

Teve suas dúvidas esclarecidas e recebeu informações desejadas? () não () sim

Teve apoio no início da amamentação e colocou a seu filho no seio pele a pele na primeira hora pós-parto () não () sim

Voltaria ao serviço se for parir novamente: () não () sim

V- QUESTÃO NORTEADORA:

Como a Sra. / você se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título: Sentidos de práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica heideggeriana

Objeto: Sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção a parturiente em centro obstétrico para puérperas e profissionais.

Questionamento: Quais os sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico em um hospital público na Bahia, na ótica de puérperas e profissionais de saúde?

Objetivo: Compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público na Bahia na ótica de puérperas e profissionais de saúde.

I - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTE

Nº _____

Idade: _____ Codinome: _____ Sexo: F () M ();

Cor referida: branca () negra () parda () amarela () indígena ()

Turno de Trabalho: _____

Grau de instrução: ensino médio ou 2º grau () superior-graduação ()

pós-graduação especialização() mestrado ou doutorado() completo () incompleto()

Área da Especialização: _____

Categoria profissional: _____ Tempo de formação _____

Possui algum tipo de capacitação na área? Sim() Não() Tempo de atuação _____

Data: ____/____/____

Local: _____

Início: _____

Término: _____

Duração: _____

II - QUESTÃO NORTEADORA

Como a Sr. (a)/ você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?

III – PONTOS NORTEADORES

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição;
- Esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem;
- Utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Uso do partograma;
- Liberdade de posição e movimento (autonomia da mulher), estímulo a posições não supinas;
- Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Sentidos de práticas obstétricas na perspectiva fenomenológica heideggeriana”, que integra o projeto de pesquisa “Atenção à saúde da mulher nos serviços públicos do município de Feira de Santana-BA” em seu sub-projeto “Atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal em Feira de Santana-BA. Tem aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS) sob o nº CAAE 49615815.0.0000.0053. Resolução CONSEPE 008/2016, sob a responsabilidade das pesquisadoras Rita de Cássia Rocha Moreira (Doutora em Enfermagem, docente do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS) e Ramaiana de Jesus Gonzaga Cavalcante (aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS), com objetivo de compreender quais os sentidos das práticas realizadas em atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público da Bahia. Sendo assim, pedimos a sua colaboração para responder sobre o que o (a) Sr (a) pensa sobre como são realizadas as práticas de atenção a parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público da Bahia, por meio da entrevista fenomenológica que poderá ser realizada em um local reservado no próprio Centro Obstétrico ou onde escolher e com horário determinado. Se o(a) Sr(a) autorizar, a entrevista será gravada com a utilização de um gravador e após a gravação você ouvirá pra fazer alguma alteração caso precise, a fim de ser fiel a sua fala e posteriormente a transcrição das falas. Será utilizada a codificação como nome de pedras preciosas, para garantir sigilo da sua identidade e suas informações. Não haverá custos financeiros para o(a) senhor(a). O risco que o(a) Sr(a) pode ter é de sentir-se desconfortável, ou seja, compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que possa sentir incômodo em falar. Portanto, antes e durante a realização do estudo, fica garantida a sua liberdade em alterar o depoimento, e recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Assumimos toda responsabilidade por qualquer dano ou constrangimento que o (a) Sr (a) venha a passar por estar participando desta pesquisa e se houver dano comprovadamente causado pela pesquisa tem a garantia de indenização. Os benefícios dessa pesquisa poderão contribuir para compreender como são realizadas as práticas de atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público no interior da Bahia. Ao término da pesquisa a gravação e os depoimentos ficarão arquivados por cinco anos em CD no Núcleo de Extensão e Pesquisas em Saúde da Mulher situado na Avenida Transnordestina S/N, no sexto modulo (na segunda sala à direita), Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, Bahia, CEP: 44.036-900. Após este período, os TCLE e os instrumentos de coleta serão destruídos. Com a assinatura desse termo os resultados poderão ser apresentados no Centro Obstétrico para todos os participantes desta pesquisa e a essa instituição, congressos e publicação científica. Para qualquer dúvida TEL: 31618395. E esclarecimento ético em qualquer fase da pesquisa. Tel.: (75) 3161-8067 / cep@uefs.br. Este termo foi elaborado em duas vias, após a leitura e concordância em participar deste estudo deverá assinar as duas vias, ficando uma cópia com as pesquisadoras e outra com você.

Feira de Santana, ____ / ____ / ____.

 Profa. Dra. Rita de Cássia Rocha Moreira
 Pesquisadora responsável

 Ramaiana de Jesus Gonzaga Cavalcante
 Pesquisadora colaboradora

Assinatura (Participante da pesquisa) _____

APÊNDICE D - QUADRO ANALÍTICO COMPREENSIVO: PUÉRPERAS

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas: modos de disposição, de ser em Heidegger	Estruturas existenciais
	Como a senhora se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento			
Pérola	[...] como todo mundo sabe né, muita dor, e um pouco de desespero, eu fiquei assim ansiosa, bastante ansiosa, respirando forte, mas... gostei.[...] [...] quem não quer ser mãe e ter esse prazer de sentir essa dor que eu queria ter? mas só essa vez e pronto...	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor	Ambiguidade Decisão Temor Falação	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo
Turquesa	[...] Me sentir bem, tranquila, é <i>(pausa)</i> como é que posso falar? <i>(risos, tentando elaborar a resposta)</i>. foi rápido, nasceu rápido, sei que não tive mais nada depois do parto[...] [...] No outro hospital que eu estava mandou vir pra cá, só que mandou eu ir pro hospital da mulher, só que eu cheguei lá e não tinha vaga, ai mandou eu vir para aqui.[...] [...] Horrível viu, porque dói. Eu pensei que ia ter cesárea. Mas depois eu perguntei a ela, ela disse que ia ser normal[...] [...] Sentir muita dor, isso ai eu sentir chega fiz escândalo na hora de entrar[...]	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor	Ambiguidade Temor	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas: modos de disposição, de ser em Heidegger	Estruturas existenciais
	Como a senhora se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento			
Diamante	[...] Eu me sentir bem, porque eu pude ter ele ali sozinha e eu pensei que não iria conseguir, mas eu vi que ia conseguir. Ai foi na hora que a menina foi e chamou a enfermeira [...] [...] Meu parto foi, foi normal, porque eu tive ele sozinho[...] [...] eu não me senti mal não, eu me senti bem, porque foi um atendimento[...]. [...] Foi bom porque de hora em hora ia uma enfermeira lá me ver. Me dava um toque, via como é que eu estava, perguntava como se eu estava sentindo contração eu falava que ainda não. Depois que foi aumentando[...]. [...], ela ia tocava minha barriga, pra vê se estava dando contração, ficava lá esperando, alisava, depois ia lá pegava uma luva dava o toque ai me explicava, que estava dilatando, estava indo bem[...]	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor	Ambiguidade Decisão Temor Falação	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo • Ser-com
Jaspe	[...] Ai sozinha (risos), pelo menos na hora que eu estava ali sentindo as dores sabia que ele estava ali mais eu, ai depois que levou ele lá pra dentro eu me sentir sozinha[...]. [...] não tinha ninguém da minha família[...] [...] pelo menos eu ia ver eles ali e eu ia ficar mais segura[...]	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor Solidão	Ambiguidade Decisão Temor	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo • Ser-com

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas: modos de disposição, de ser em Heidegger	Estruturas existenciais
	Como a senhora se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento			
Jaspe	[...] Eu me senti bem, me senti ótima. Porque ali eu tava tendo ajuda de alguém e que tava me ajudando[...] [...]Eu me senti bem, fui bem tratada, gostei e se fosse para parir de novo, eu pariria aqui[...] [...] Elas me tratou super bem, cuidou de mim bem, perguntava toda hora o que eu sentia foi tudo bem. Eu não tenho nada o que reclamar não[...] [...]Meu parto foi bem, ocorreu tudo bem. Eu gostei. Muita ajuda, muito esforço e valeu a pena[...]	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor Solidão	Ambiguidade Decisão Temor	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo • Ser-com
Cristal	Foi uma benção, foi diferente da primeira gravidez que eu tive, porque na primeira gravidez eu não tinha experiência nenhuma só sei que foi uma dor..., é uma dor incomparável. Mas graças a Deus está tudo bem, eu estou bem, o bebê está bem, e aqui estou. [...]Jeu estava perdendo líquido demais, não estava segurando nada. Aí quando foi na segunda-feira, ontem, eu tive o bebê. O líquido não parou de sair. E a pressão também alta.[...]	Satisfação Medo Ansiedade Dor	Ambiguidade Decisão Temor	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo • Ser-com

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas: modos de disposição, de ser em Heidegger	Estruturas existenciais
	Como a senhora se sentiu no atendimento ao seu parto? Fale sobre esse momento			
Cristal	[...] na hora que o bebê nasceu. Ah eu agradei muito a Deus (risos). Porque foi muito sofrimento e acabou as dores[...] A dor, a dor que a gente nunca esquece [...] é uma dor incomparável (interrompendo), é uma dor parecendo que a gente não vai aguentar. [...] conseguindo fazer a ficha, eu vou ser medicada, eu vou ter,..., vou realizar tudo que eu preciso, exame, médico, porque esse hospital é completo, né?[...] [...] Eu mesmo quando comecei a sentir a dor, fui e tomei um banho bem frio, aí foi que a dor aumentou mais ainda[...] A enfermeira me deu Buscopan e outras coisas lá me deram, mas já estava na hora dele nascer[...].	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor	Ambiguidade Decisão Temor Falação	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo
Agua-marinho	[...] encontrei um enfermeiro (médico) muito bom, que daquele só Deus. Ele me ajudou bastante. Eu estava com a dor fria, ele botou um remédio só pra aumentar a dor e rapidinho fez meu parto. De repente eu ganhei neném. Eu gostei dele, me tratou super bem e das enfermeiras[...] [...]Uma pessoa com dor não vai se sentir nada né[...] [...]Esse aqui se eu tivesse de ter outro teria porque ele, pense num médico ótimo. conversava, que ele brincava, também me ajudou muito[...] [...] Nas contrações mandou eu fazer força, tudo certinho. Mandou não me estressar pra pressão não aumentar[...]	Satisfação Medo Ansiedade Desespero Dor	Ambiguidade Decisão Temor Falação	• Ser-no-mundo • Ser-aí • Ser-si-mesmo

APÊNDICE E - QUADRO ANALÍTICO COMPREENSIVO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
Esmeralda	[...] através desses cuidados que nós temos com as pacientes, a gente transmite pra ela mais segurança, mais conforto[...] [...] ela confia na equipe, sabe que vai ficar tudo bem com a criança[...] [...] assim ela colabora com o trabalho, a mãe colabora (dando ênfase ao trecho colabora) quando a gente ajuda ela mostrando o filho, orientando... posição, como se comportar ... ela colabora e aí nosso trabalho... flui [..] e aí existe uma satisfação tanto dela como nossa, quando a gente consegue cumprir nosso trabalho, existe também nossa satisfação.	Satisfação Conhecimento Linguagem Afeto Imposição	Solicitude	• Ser-com-o-outro • Ser-em
Safira	[...] as práticas não muito eficazes.... é, em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde [...] [...] em relação a humanização mesmo, aquela questão mesmo da paciente ser ..., protagonista do parto não vejo isso aqui, [...] [...] técnica muito,... mecanicista, muito,... aquela prática do profissional esta determinando o que, como transcorre esse trabalho de parto[...] [...] muita coisa não é levado em consideração como uso de partograma	Satisfação Conhecimento Linguagem Afeto Imposição	Solicitude Ocupação	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	[...] [...] Infelizmente não se tem um protocolo[...] [...] Então eu vejo assim que cada profissional faz do jeito que acha que deve ser feito, [...],vai mais da...do profissional, a questão individual [...] [...] relação a algumas práticas de alívio da dor, também é muito falha, [...] [...] Então seria essas práticas que eu presenciei foi com o pessoal de fisioterapia [...] [...] em relação a acompanhante, o que a gente observa também [...] é uma questão , como falei, uma questão que varia de profissional para profissional[...] [...] Às vezes pedem pra sair[...] não sei qual é a justificativa deles. Mas outros já permitem que, que fiquem mesmo durante o parto[...] [...] o acompanhamento, o monitoramento é fetal intermitente por meio da ausculta intermitente, isso é feito, né é.. alguns permitem também que elas se movimente durante o trabalho de parto, outros querem a posição supina não dá essa liberdade pra a mulher [...] [...] então como você pode observar aqui é muito variado, tem			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	profissionais que realmente abraçam essa causa, [...] [...] Em relação a essa liberdade ao protagonismo da mulher, tem uns que abraçam isso e deixam realmente transcorrer naturalmente, só interferem, quando necessário, mas tem outros que já não permitem isso. [...] o uso de episiotomia, também a gente vê um número considerável em relação a quantidade de partos normais, se você vê mais de 50% ainda é feito episiotomia[...] [...] É essa questão da liberdade da paciente em movimentação, deambulação, Ela ficar na posição que ela deseja isso a gente não vê então é uma prática ineficaz, [...] [...] alimentação, no caso geralmente é dieta zero, prescrevem dieta zero, alguns profissionais não, prescrevem líquidos, durante o trabalho de parto, mas a grande maioria ainda prescreve dieta zero durante o trabalho de parto [...] [...]Esse é um grande problema, que,..., que a gente observa aqui na unidade, nem as que fazem pré-natal aqui tem prioridade(com ênfase) e elas também não vem conhecer a unidade antes, não existe um planejamento para isso, [...] Não existe essa programação, né? É as			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	pacientes realmente peregrinam muito[...] [...] por ser uma referência elas acabam ficando e às vezes de uma forma não confortável[...] [...] a quantidade de leitos é insuficiente da região, então assim a rede não é organizada, [...] [...] ficando mesmo que seja em uma maca desconfortáveis, Parindo no local inadequado, Tendo uma assistência que infelizmente, não muito,..., coerente com o que deveria ser justamente por causa do aumento da demanda, [...] [...] a peregrinação existe muito, mas por conta da rede, que não é suficiente pra, pra esse quantitativo que a gente tem em Feira e região[...]. [...] a gente tem trabalhado muito essa questão incentivado essa questão do aleitamento materno, esse contato, na primeira, nos primeiros minutos de vida. [...] é uma coisa que eu acho eficaz aqui, uma das práticas eficazes, esse contato pele a pele logo depois do nascimento, a enfermagem faz. [...] alguns profissionais, relatam assim que não veem importância disso, eu já presenciei profissionais informando que [...] <i>(caguejou e</i>			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	<i>interrompeu a fala) [...]</i> [...] mas já presenciei membro da equipe ser contra esse processo, mas isso não impediu que continuasse a prática[...]			
Ônix	[...]determinadas tanto pelo obstetra como pela paciente, a paciente deve ter livre escolha de saber qual a forma que ela quer o parto. [...] [...] o médico explica a ela os benefícios do parto normal e junto com a enfermagem a gente vai tentando colocar na cabecinha da paciente a melhor forma do parto dela acontecer. [...] [...]tem direito a um acompanhante da escolha dela, desde que não seja do sexo masculino, porque o hospital no momento não dispõe da privacidade pra ficar um acompanhante masculino, [...] [...] é esclarecido as dúvidas que ela tiver e esclarecido também a melhor forma de parto, pois nem sempre o parto cesariano é a melhor forma da mulher ter o bebê. [...] [...] aqui é utilizado métodos farmacológicos, quando necessário é feito indução, até pra ajudar a paciente, não é utilizado muita técnica de massagem só quando a gente tem pessoal capacitado pra isso, é	Conhecimento Linguagem Imposição	Ocupação Ambiguidade	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	utilizado. [...] [...]A gente tem alguns métodos que são utilizados: tipo cavalinho, a paciente fazer a caminhada pelo quarto e o relaxamento em alguns casos a gente faz o relaxamento de forma farmacológica também. [...] [...]O monitoramento fetal é feito, a ausculta de hora em hora ou até menos quando necessário é utilizado o partograma. Tem disponível a utilização do partograma, nem todos os médicos utilizam, [...] [...] a liberdade de posição da paciente pela limitação da cama que a gente tem disponível, a maioria pare em posição ginecológica, mas se possível pare também em outras posições que ela desejar [...] [...] o contato pele a pele entre mãe e filho, sempre que possível também é feito. Desde que não seja um bebê prematuro, não seja um bebê que apresente sofrimento, [...]			
Topázio	[...] ainda está longe da gente chegar no padrão do que a gente ver como humanizado, como boas práticas realmente. [...] por falta de protocolo, claramente falando, se segue o padrão dos profissionais daquele plantão. Exemplo, plantão. [...] existem mesmo profissionais que já vem com uma, uma forma de	Conhecimento Impotência Normatização Julgamento Estrutura física	Ocupação Solicitude Facticidade Impessoalidade Ocupação	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	pensar diferente, que já vem sem querer levar todas as pacientes pra cesárea [...] [...] mas existe sim, a gente não pode deixar de dizer, existe aquele profissional que percebe primeiro a evolução do parto[...] [...] O direito existe deveria ser seguido por todos pra toda equipe falar a mesma língua [...] [...] Uma pequena parcela delas vem com conhecimento de ter direito ao acompanhante e as que vem com conhecimento de ter direito ao acompanhante normalmente já querem sugerir o acompanhante marido, a maioria delas já vem “cheias de direito” sabendo que podem escolher o acompanhante [...] [...] Eu acho que o problema não é só do setor, sabe! da política do hospital [...]eu acho que a gente segue muito piamente a política do hospital [...] porque todo mundo trabalha junto e segue o mesmo padrão. Toda a equipe não está preparada pra seguir realmente as boas práticas da maternidade segura. [...] [...] Elas vem muito frágeis, achando que se a gente deixar ficar o acompanhante a gente tá fazendo um grande favor e não o direito dela. [...]	impessoalidade	Vir-a-ser	

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
Jade	[...] compreendo que as práticas obstétricas são feitas de maneira correta, é, não diria completa, porque, mas em decorrência do ponto de vista da estrutura do serviço, mas do ponto de vista humanístico, do ponto de vista do trabalho pessoal, são feitas dentro do programa que se propõe. [...] [...] as pacientes elas são acolhidas, são recebidas, são orientadas e durante o trabalho de parto. Esse trabalho é feito pelos auxiliares, pelos técnicas de enfermagem, pela enfermagem e também pelo obstetra, porém do ponto de vista de assistência ao trabalho de parto, deixa a desejar [...] [...]precisamos melhorar em relação a questão da estrutura, não temos quantidade de profissionais suficiente para assistir a quantidade de pacientes, mas a prática que é feita dentro da realidade do serviço, é uma prática, (pausa, elaborando), eu diria assim boa, em relação né , talvez aos outros serviços, [...] [...] No momento do trabalho de parto ela também geralmente, está com acompanhante e o acompanhante também ajuda a paciente a deambular na hora correta, [...] [...] por exemplo a prática do Kristeller, hoje em dia realmente vem	Conhecimento Linguagem Normatização Regras Flexibilidade Julgamento Estrutura física	Ocupação Solicitude Facticidade Impessoalidade Ocupação Vir-a-ser	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	diminuindo bastante, atualmente se falar que não faz em nenhum momento realmente, a gente estaria omitindo, então as vezes ainda faz, mas não faz de maneira tão intensa como fazia antes, [...] [...] episiotomia, [...], na necessidade se faz, não se faz parto totalmente sem episiotomia, talvez até porque o grupo obstétrico que se encontra, [...], não vê a episiotomia como uma violência obstétrica, desde que seja bem feita, o corte correto a técnica correta, a gente não vê como violência obstétrica (<i>ênfatiza</i>), então a episiotomia é feita nos casos que são necessários. [...] [...] eu nem concordo muito com esse termo, [...]a equipe como todo, do centro obstétrico, tinha o hábito de às vezes falar com as pacientes, talvez não de maneira pejorativa, mas de brincar com as pacientes as vezes: Você vai voltar o ano que vem de novo, essa dor é assim mesmo; para fazer não dói, pra parir dói. [...] a equipe falava sem muito intenção, mas isso concordo que não deva ser realmente citado, porque a paciente está num momento psicologicamente, precisando de apoio [...], isso aí pra mim, cabe como violência obstétrica sim, mas as técnicas obstétricas de você fazer uma episiotomia, [...]. A violência obstétrica que eu vejo, [...] desrespeitar vamos dizer assim a paciente,			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	desrespeitar, não valorizar as suas queixas, não dar um apoio psicológico adequado, aí eu concordo que seria uma violência obstétrica, mas o radicalismo, vamos dizer assim de falar que uma episiotomia é uma violência obstétrica eu não concordo. [...] [...]os profissionais, a equipe que faz o pré-natal, sem dúvida nenhuma, se preparar a paciente, explicando a ela o que é o trabalho de parto, como ela vai passar no trabalho de parto, quais são as etapas que ela vai passar no trabalho de parto, é, ajuda bastante no momento da prática obstétrica a paciente será mais, psicologicamente muito mais, é preparada. [...] a gente observa é que as pacientes que chegam, a gente não vê com esse preparo no pré-natal, Talvez pela demanda, mas realmente muitas pacientes não sabem nem como é que vai acontecer o parto, que posição vai ser, o que é que ela vai sentir. Tanto é que a vinda da paciente no último trimestre para o pronto socorro de maneira desnecessária é ainda muito grande. Então é sinal de que no pré-natal ela não esta sendo orientada o suficiente[...] [...] Na unidade a posição de lito, litotômica como a gente fala, que é a paciente deitada em decúbito dorsal, onde as pernas fletidas e eu é a posição habitual ainda que se faz o parto[...]			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	[...] Minha opinião realmente é que o que eu acho que precisa é de colocar o projeto em prática, temos realmente programas de assistência à mulher, é o MS da saúde tem muitos programas de assistência à mulher, tema Rede Cegonha, tem várias, e vários programas, mas o que a gente observa é que na prática, não se vê pelo menos aqui no serviço, [...] [...], deveria toda a equipe, a parte de técnico, da enfermagem, ser mais preparados, até com cursos, palestras, pra ir renovando realmente, conhecimentos e também essa questão do comportamento com as pacientes. [...], esse ano, por exemplo, especificamente aqui houve uma melhoria muito grande com relação a isso, porque a gente teve o ALSO que é a assistência, os protocolos de assistência ao parto e que a nossa unidade propôs tanto pra enfermeiras como pra médicos a realizar essa preparação com ALSO, [...] [...] Mas assim, só complementando, de um modo geral dentro da nossa realidade, vamos dizer assim de estrutura de hospital público, na realidade atual do país a gente consegue fazer um trabalho humanizado (<i>risos</i>), [...]			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
Brilhante	[...] a paciente entra é, nervosa, a gente dá apoio psicológico, dá orientação sobre o parto, faz admissão, punção a veia, orienta sobre o ambiente, [...] sobre o trabalho de parto, e pós o parto quando ela, dá luz, imediatamente coloca a criança pra amamentar e imediatamente presta todos os cuidados necessários . [...] [...] a paciente chega nervosa, muita delas chorando, a gente começa a conversar com ela sobre o parto ela se sente melhor, [...] Elas se tranquilizam mais, [...] [...] Logo após o parto, que tira o RN a gente coloca pra amamentar nos primeiros momentos do parto, após o parto [...] [...] se ela foi bem orientada no pré-natal, ela chega mais tranquila pra o trabalho parto. [...] [...] Não sei responder [...]	Afeto Silêncio Linguagem Conhecimento	Solicitude Facticidade Ocupação	• Ser-com-o-outro
Ametista	[...] Compreendo como medidas que ajudam a mulher a parir, Independente do tipo de parto que ela escolha, mas uma ajuda que seja pra o bem estar dessa mulher. [...] [...] a gente trabalha com a deambulação, a orientação a massagens, ao banho morno, pra relaxar aquelas que estão mais estressadas e tentando tirar daquela mulher, normal, que a gente não vê nada patológico que	Conhecimento Linguagem Regras Flexibilidade Julgamento	Solicitude Facticidade Ocupação	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	ela vem na cabeça querendo o cesáreo. [...] [...] a deambular, a ficar no cavaleiro, [...], a partir do momento que ela se exercita e quando ela parte de que ela é a única pessoa que pode se ajudar nesse trabalho de parto, o trabalho de parto ele cursa sem sofrimento, na verdade pra ela isso não é um sofrimento a partir do momento que ela toma conta de si. [...] [...] muitas vezes ela já vem com essa questão da cesárea na cabeça, porque ela não quer passar dor, ela não quer passar pelo trabalho de parto natural, ela quer fazer a cesárea porque quer a cesárea[...], às vezes ela acaba indo pra cesárea, porque ela não se ajuda, ela não deambula, ela não quer tomar o banho quente. Ela não segue nenhuma das orientações. [...] [...] muitas delas tem o medo da dor, elas falam que está com medo, que não quer, que quer cesáreo, que quer cesáreo, muitas já vem assim: oh eu vim fazer minha cesárea como se fosse assim numa loja comprar uma roupa, como se a cesárea fosse um, um curativo pronto, vou ali fazer e volto. [...] [...]durante o pré-natal, ela não é orientada de que o parto natural, de que existe sim o parto cesáreo, mas o parto cesáreo é pra aquela			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	paciente que tem algum problema e por esse problema ela não pode parir por via baixa, é uma indicação médica e não é qualquer pessoa que fazer, Tem muitas delas que [...]Conversando, na conversa, orientando, a gente consegue tirar esse cesáreo da cabeça dela, mas tem muitas que não. [...] [...] O aleitamento materno, é bem debatido aqui, apesar de não está ligado ao parto, mas é totalmente ligado a parturiente, a gente incentiva muito o aleitamento materno e temos a questão do cuidado em relação aos exames, porque assim se é uma mãe que não pode amamentar, eu não posso falar do aleitamento pra ela, é interessante a equipe tá atenta a isso porque as vezes você tá falando pra uma paciente do lado os benefícios do leite, e tem uma do lado que tem um problema, alguma patologia que não pode amamentar. E aí como é que vai ficar essa mulher? é interessante o profissional porque às vezes no momento que você fala, você não tá atento a quem tá do lado, e é interessante isso. Porque as vezes pra uma é benéfico, mas pra outra já não caberia naquele momento. [...] [...] tem muitas que tem vontade realmente de amamentar e tem muitas que já não tem, e eu acho que isso também é cultural, [...]			

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	[...] Ao nascer, indicado nos primeiros minuto de vida, se um bebê que nascer bem, com Apgar ótimo a gente já coloca no peito, faz o contato pele a pele e já coloca no peito. [...]			
ágata	“[...] é ter melhora no acompanhamento desse trabalho de parto. Às vezes também a quantidade do número de profissionais, ajudaria bastante, que faria uma avaliação mais de perto dessas gestantes, deixando com que o outro ficasse menos sobrecarregado [...].”“[...] porque essa paciente fica muito cansada com o trabalho que às vezes se torna prolongado, um tempo prolongado de jejum vai deixar essa paciente menos favorável a cooperar no momento do parto [...].” “[...] nós não costumamos mais deixar a paciente em jejum, é estimulado que ela deambule, é permitido sempre acompanhamento, durante o trabalho de parto e durante o parto vaginal [...]”. “[...] ela só tem a ganhar, a paciente se sentindo mais fortalecida em ter um acompanhante do seu lado, a questão de alimentar também, a questão de tirar o mito que ela tem que ficar o tempo inteiro, deitada, ela também colaborando ela vai ver os benefícios [...].” “[...] ela só tem a ganhar, a paciente se sentindo mais fortalecida em ter um acompanhante do seu lado, a questão de alimentar também, a questão de tirar o mito que ela tem que ficar o tempo inteiro, deitada, ela também colaborando ela vai ver os benefícios [...].” “[...] a gente ter mais enfermeiras obstétricas para trabalhar junto com a gente e uma equipe mais preparada para fazer esse apoio as gestantes. Como eu falei as doulas, ou o pessoal da fisioterapia também [...]”. “[...] é ter melhora no acompanhamento desse trabalho de parto. Às	Conhecimento Impotência Normatização Julgamento Estrutura física impessoalidade	Ocupação Solicitude Facticidade Impessoalidade Ocupação Vir-a-ser	• Ser-com-o-outro • Ser-em

Codinome	Questão de pesquisa	Estruturas ônticas sentimentos, emoções e significados identificados na compreensão vaga e mediana	Estruturas ontológicas modos de disposição identificados em Heidegger	Modos de ser
	Como você compreende as práticas que são utilizadas no centro obstétrico durante o transcurso parturitivo?			
	vezes também a quantidade do número de profissionais, também ajudaria bastante, que faria uma avaliação mais de perto dessas gestantes, deixando com que o outro ficasse menos sobrecarregado. [...] um maior número de enfermeiras obstétricas, que a gente não tem nos serviços, a maioria dos serviços são enfermeiras, mas que não são obstétricas e que no momento do parto se fossem ajudariam bastante também [...].”			

ANEXO

ANEXO A – CATEGORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS RECOMENDADAS PELA OMS

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto • Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

CATEGORIA C -PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;

- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UEFS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA - BA

Pesquisador: Rita de Cássia Rocha Moreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49615815.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.692.328

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a emenda do projeto de pesquisa ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA – BA, aprovado pela Resolução CONSEPE 008/2016 e pelo CEP/UEFS - Parecer 1.327.867 - CAAE 496158150.0000.0053 em 18/11/2015.

A emenda é justificada pela pesquisadora, a mesma refere nas informações básicas na plataforma Brasil que o projeto prevê a realização de subprojetos. E informa como emenda os projetos que estão sendo desenvolvidos tendo como base o sub-projeto.

Informa que "que oriundo do sub projeto: Atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal em Feira de Santana – BA atendendo aos objetivos: Compreender a atuação dos profissionais e gestores da rede própria e conveniada com o SUS nos serviços de pré-natal, atenção ao parto e puerpério e Descrever o fluxo de atendimento e a resolubilidade das demandas de mulheres nos serviços de pré-natal, atenção ao parto e puerpério, serão desenvolvidos os projetos de Dissertação de Mestrado da discente Ramaiana de Jesus Gonzaga Cavalcante intitulado – Sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente: abordagem fenomenológica que tem como objetivos: Geral:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

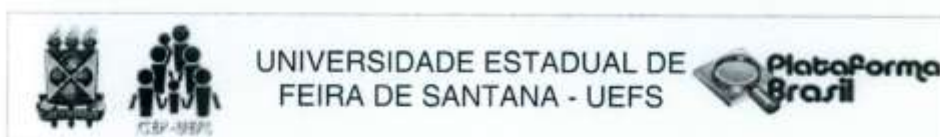
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação de Parecer: 1.682.328

Compreender sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público no interior da Bahia na ótica de parturientes e profissionais. Específicos: Descrever práticas de atenção à parturiente realizadas no Centro Obstétrico de um hospital público no interior da Bahia; Apreender significados de práticas realizadas na atenção à parturiente no Centro Obstétrico de um hospital público no interior da Bahia na perspectiva de parturientes e profissionais. Também o projeto de Iniciação Científica do discente Alberto Cezar Santos Almeida intitulado: Adequação da estratégia Rede Cegonha no atendimento ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana-BA que tem como objetivos: Geral: Analisar a adequação da estratégia Rede Cegonha no atendimento ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana-BA e Específicos: Caracterizar o perfil das mulheres atendidas nos serviços de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana – BA; e Descrever a rede de atenção às mulheres nos serviços de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana – BA. Informo ainda, que não há descaracterização do projeto original porque, como referi anteriormente, o mesmo prevê o desenvolvimento de sub-projetos e os campos de pesquisa e participantes serão os mesmos do projeto original onde já dispomos de autorização para o desenvolvimento das pesquisas.*

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentados na apresentação do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados na parecer consubstanciado nº 1.327.867.

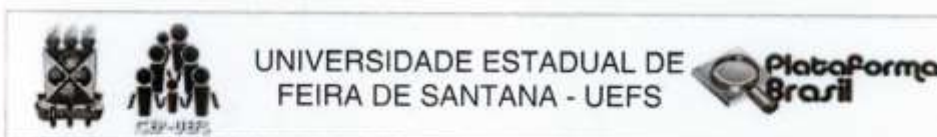
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda proposta fortalece a relevância social e científica do trabalho e demonstra o envolvimento de trabalhos que contribuíram na resposta ao problema de pesquisa apresentado no projeto matriz. Os objetivos do projeto de mestrado (Sentidos de práticas obstétricas realizadas na atenção à parturiente: abordagem fenomenológica) e de iniciação científica (Adequação da estratégia Rede Cegonha no atendimento ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana-BA) são coerentes e estão em consonância com a proposta do subprojeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8087 **E-mail:** oap@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.699.928

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que a EMENDA proposta ao projeto de Pesquisa foi Aprovada e satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, pode ser iniciada a coleta de dados com novos participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHIPSeCMPC001.jpg	24/08/2016 01:20:33	Polyana Pereira Portela	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCleriston001.jpg	24/08/2016 01:20:14	Polyana Pereira Portela	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_763163_E1.pdf	31/07/2016 19:25:51		Aceito
Outros	AutorizacaoCRMQfolha2_001.jpg	18/11/2015 14:20:05	ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO	Aceito
Outros	AutorizacaoCRMQfolha1_001.jpg	18/11/2015 14:19:40	ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNACON_Autorizacao.jpg	03/11/2015 21:31:02	ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/09/2015 19:22:58	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	27/09/2015 19:12:48	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	27/09/2015 19:10:54	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.999.328

Outros	AutorizacaoSMS.jpg	25/09/2015 11:52:16	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito
Outros	Compromissopesquisadores3.jpg	25/09/2015 11:50:56	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito
Outros	Compromissopesquisadores2.jpg	25/09/2015 11:50:26	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromissopesquisadores1.jpg	25/09/2015 11:49:24	Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 24 de Agosto de 2016

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br