

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE

LAURA PINTO TORRES DE MELO

O CUIDADO PROMOVIDO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:
representações sociais de puérperas

FORTALEZA-CEARÁ
2014

LAURA PINTO TORRES DE MELO

O CUIDADO PROMOVIDO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:
representações sociais de puérperas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Dafne Paiva Rodrigues

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecária responsável – Thelma Marylanda Silva de Melo CRB-3 / 623

M528c Melo, Laura Pinto Torres de
 O cuidado promovido à mulher no trabalho de parto e parto:
 representações sociais de púerperas/ Laura Pinto Torres de Melo . -
 2014.
 CD-ROM.90 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

 “CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho
acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro
de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos
em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

 Orientação: Prof^a. Dr^a Dafne Paiva Rodrigues.

 Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico
em Enfermagem e Saúde.

 1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Gravidez. 4.
Trabalho de parto. I. Título.

CDD: 610.73

LAURA PINTO TORRES DE MELO

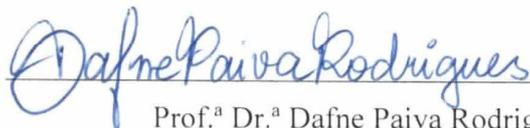
O CUIDADO PROMOVIDO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:
representações sociais de puérperas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: 25/02/2014

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues

(Orientadora e Presidente)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

(Membro Efetivo)

Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira

(Membro Efetivo)

Universidade Estadual do Ceará - UECE

AGRADECIMENTOS

A Deus pela a força, proteção e fé de seguir em frente, conquistando meus sonhos.

Aos meus pais, Lauro e Silvana, por terem me proporcionado amor, cuidado, educação e acreditarem em mim.

Às minhas irmãs, Natalia, Ticiane e Pollyana, pelo amor, apoio e carinho.

Ao meu esposo Bruno, pelo amor, cuidado, incentivo, compreensão, paciência e companheirismo sempre.

À minha orientadora Dafne, pela inspiração, apoio, conhecimento, simplicidade, persistência e amor pelo que faz.

Ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME) pelo acolhimento, incentivo, companheirismo, carinho e inestimáveis orientações.

Às minhas amigas e companheiras Eryjossy, Thays, Ana Lídia, Hilana, Ivana, Albertina, Ana Clara, Laura, Priscila, Raissa e Emanuelle pela a grande ajuda que foi proporcionada para a construção desse estudo.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), pelos o compartilhamento de saberes e atenção.

Aos membros da banca pelas oportunas contribuições a essa dissertação.

Às mulheres do estudo que gentilmente aceitaram e se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Ao local que foi desenvolvido a pesquisa por ter nos proporcionado o espaço para a coleta de dados.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pelo incentivo financeiro.

RESUMO

O cuidado há tempos vem sendo incorporado à prática na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um estudo descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com uso de multimétodos, tendo como objetivo apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado promovido pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto. Desenvolveu-se em uma maternidade da Secretária Executiva Regional VI no município de Fortaleza, Ceará. Participaram da pesquisa 119 puérperas que estavam internadas nas unidades de alojamento conjunto que atenderam como critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 14 anos e ter tido filho de parto normal na instituição em estudo. Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), utilizou-se um instrumento para traçar as características sociais, econômicas, demográficas e obstétricas, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e o roteiro de entrevista semiestruturada. A entrada no local da pesquisa foi efetivada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Número do Parecer: 310.298 e CAAE: 12536113.1.0000.5534. Das 119 participantes, 89 evidenciou que (74,8%) era procedente de Fortaleza, a maioria declarou professar a fé Católica, 63 (52,9%). Em relação à faixa etária, em 74 (62,2%) das puérperas predominou a faixa entre 14-24 anos. Sobre o estado civil, 69 (58%), mantinham relação estável, 58 (48,7%) possuíam ensino fundamental incompleto e 82 (68,9%), referiram receber de 1-2 salários mínimos. As 1.385 palavras evocadas durante o TALP foram processadas no *software* Evoc, a partir da análise lexicográfica. Como palavras indutoras utilizaram-se os termos: cuidado, trabalho de parto, parto e cuidado no trabalho de parto e parto. O comportamento da mulher na vigência da dor durante o trabalho de parto e o parto é variável. Ao utilizar o estímulo *trabalho de parto*, a dor é expressa de forma mais intensa, permeada de ansiedade e desespero. Diante do termo indutor *parto*, a dor está vinculada ao alívio da sensação dolorosa, sendo alívio a palavra mais prontamente evocada e relacionada com o término do processo de parturição, ou seja, se livrar das dores intensas das contrações uterinas. Os dados obtidos através das 21 entrevistas foram organizados a partir do método de análise lexical no *software* ALCESTE, revelando a distribuição dos conteúdos em quatro categorias discursivas ou classes. Classe 03 representou o atendimento dos profissionais de saúde e a humanização; classe 02, a vivência do processo de parturição. A classe 01 e 04 se revelaram semelhantes, logo foram nomeadas como a trajetória de parturientes, sendo a classe 01 abordando a avaliação do início do trabalho de parto e a classe 02 o caminho da gestante à maternidade. Ao considerar a parturiente como um ser dotado de necessidades, que devem ser compreendidas e atendidas, alguns conhecimentos devem ser problematizados no acompanhamento pré-natal para, assim, melhor conduzir seu processo de parturição, principalmente do ponto de vista físico e mental.

Palavras-chaves: Cuidados de Enfermagem. Saúde da Mulher. Gravidez. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

The care for a long time has been built into the practice in caring for women during pregnancy and puerperium. This is a descriptive study, based on the Theory of Social Representations, with use of multimethods, having as objective to apprehend the social representations of mothers on the care promoted by health professionals during labor. It developed in a maternity hospital in the Executive Secretary Regional VI in the city of Fortaleza, Ceara. The research involved 119 mothers who were hospitalized in the units of housing that met the inclusion criteria: age greater than or equal to 14 years and have had son of normal labor at the place of study. By signing the Informed Consent Form (ICF), we used an instrument to trace the social, economic, demographic and obstetrical, the Test of Free Association of Words (TALP) and the roadmap of semi-structured interviews. The entry at the site of the study was carried out after approval of the project by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceara, with Number of Opinion: 310,298 and CAAE: 12536113.1.0000.5534 . Of the 119 participants, 89 showed that (74.8 %) were from Fortaleza, the majority stated that "profess the Catholic faith, 63 (52.9 %) . In relation to age, in 74 (62.2 %) of puerpera predominated the range between 14-24 years. On the marital status, 69 (58 %), remained stable relationship, 58 (48.7 %) had not completed elementary school and 82 (68.9 %), reported receiving 1-2 minimum wages. The 1,385 words evoked during the TALP was processed in Evoc software, from the analysis lexicographical order. As inducing words used the terms: care, labor, delivery and care during labor and delivery. The women's behavior in the presence of pain during labor is variable. To use the stimulus labor, pain is expressed in a more intense way, filled with anxiety and despair. Before the term labor inducer, the pain is linked to the relief of painful sensation, being eased the word more readily evoked and related to the termination of the parturition process, i.e. get rid of intense pain of uterine contractions. The data obtained from 21 interviews were organized from the method of lexical analysis in software ALCESTE, revealing the distribution of content in four discursive categories or classes. Class 03 represented the healthcare professionals and the humanization; class 02, the experience of the parturition process. The class 01 and 04 proved similar, they were named as the trajectory of the parturients, being the class 01 addressing the assessment from the beginning of labor and class 02 the path of the pregnant woman to motherhood. To consider the woman as a being endowed with needs, which must be understood and met, some knowledge must be debated in prenatal care, to better lead their process of parturition, mainly from the point of view physical and mental.

Keywords: Nursing Care. Women's health. Pregnancy. Labor

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição das características sociais, econômicas e demográficas. Fortaleza-CE, 2013-----	38
Tabela 02 - Distribuição das características obstétricas. Fortaleza-CE, 2013-----	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe-----	35
Figura 2 - Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente-----	36
Figura 3 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente-----	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações-----	33
Quadro 02 - Classes produzidas pelo ALCESTE e seus respectivos nominações-----	37
Quadro 03 - Quadro de quatro casas à palavra indutora cuidado. Fortaleza-CE, 2013-----	41
Quadro 04 - Quadro de quatro casas à palavra indutora trabalho de parto. Fortaleza-CE, 2013-----	42
Quadro 05 - Quadro de quatro casas à palavra indutora parto. Fortaleza-CE, 2013-----	44
Quadro 06 - Quadro de quatro casas à palavra indutora cuidado no trabalho de parto e parto. Fortaleza-CE, 2013-----	46
Quadro 07 - Palavras representativas da classe 03. Fortaleza-CE, 2013-----	48
Quadro 08 - Palavras representativas da classe 02. Fortaleza-CE, 2013-----	52
Quadro 09 - Palavras representativas da classe 01. Fortaleza-CE, 2013-----	60
Quadro 10 - Palavras representativas da classe 04. Fortaleza-CE, 2013-----	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- ALCESTE – Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CHD – Classificação Hierárquica Descendente
- GRUPESME – Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem
- JICA – Japan International Cooperation Agency
- Khi2 – Qui-quadrado
- MBE – Medicina Baseada em Evidências
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PPCCLIS – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
- REHUMA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
- RS – Representações Sociais
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TRS – Teoria das Representações Sociais
- UCE – Unidade de Contexto Elementar
- UCI – Unidade de Contexto Inicial
- UECE – Universidade Estadual do Ceará
- UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	17
3 MARCO CONCEITUAL E TEÓRICO	18
3.1 A história da parturição no Brasil e o processo de humanização	18
3.2 Humanização do parto e nascimento: um enfoque histórico	20
3.3 O cuidado de enfermagem às mulheres no processo de parturição	23
3.4 A Teoria das Representações Sociais	24
4 METODOLOGIA	29
4.1 Natureza e tipo de estudo	29
4.2 Cenário do estudo	29
4.3 Sujeitos da pesquisa	29
4.4 Procedimento e instrumento de coleta de dados	30
4.5 Organização para análise dos dados	31
4.6 Aspectos éticos na pesquisa	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Características das participantes da pesquisa	38
5.2 Análise lexicográfica: evocações emitidas pelas puérperas	40
5.3 Análise lexical dos conteúdos representativos das puérperas	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	74
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Apêndice B – Instrumento para os dados socioeconômico, demográfico e obstétrico	76
Apêndice C – Teste de Associação Livre de Palavras	77
Apêndice D – Roteiro da entrevista semiestruturada	78
Apêndice E – Dicionários das palavras evocadas	79
ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

O cuidado há tempos vem sendo incorporado à prática na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanística.

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida da mulher. O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante, destacando os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Tal situação tem contribuído para a elevação dos índices de morbimortalidade materna e o desrespeito aos direitos reprodutivos (CORREA et al, 2010).

Em 2011 a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 63,9 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo considerada alta, segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. No estado do Ceará, no período de 1998 a 2012, foram confirmados 1.754 óbitos por causas obstétricas diretas ou indiretas. Entre 2005 a 2011 verificou-se um decréscimo de 23,3% passando de 88.5 para 67.8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, resultado atribuído ao Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna, infantil e neonatal (CEARÁ, 2013).

Em 2013, até 17 de fevereiro, foram confirmados 117 mortes maternas, sendo 76 óbitos maternos declarados e 41 de mulheres em idade fértil. Os municípios com maior número de mortes maternas, no ano de 2013, do maior para o menor foram: Fortaleza, Caucaia, Sobral, Ipueiras, Eusébio, Itapagé, Maranguape, Quixadá, Iguatu, Paracuru, Pentecoste, Itapipoca, Morada Nova, Ipu, Senador Sá, Ubajara, Barroquinha, Cariús, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel (CEARÁ, 2013).

Preocupado com os índices de mortalidade materna, o Ministério da Saúde propôs políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança. Em 2000, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como elementos estruturadores a humanização da assistência no pré-natal, no parto e no puerpério e os direitos reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2001). Esse Programa foi criado para aprimorar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ganhou mais força e ampliação em 2004, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com uma maior abrangência na atenção a saúde da mulher como um todo (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Como forma de dar continuidade ao enfoque da humanização, o Governo Federal lançou no ano de 2011 o programa Rede Cegonha que visa garantir atendimento de qualidade

a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida do bebê. Conforme as diretrizes gerais e operacionais desse programa deve ser assegurado às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada no decorrer da gravidez, do parto e do pós-parto e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, destaca-se o enfermeiro como profissional indispensável ao acompanhamento da parturiente, pois recebe a mulher quando é admitida na sala de parto; divide com ela as angústias quanto ao medo do parto difundido em nossa cultura ao longo dos séculos; proporciona amparo e conforto no decorrer da parturição, estimulando a assumir o protagonismo desse momento. O enfermeiro possui posição privilegiada para auxiliar a mulher nessa passagem, pois é capaz de utilizar estratégias transformadoras do ambiente em que atua, traduzindo a ciência que aprendeu em moldes humanistas e levando em conta os direitos da mulher à maternidade segura e prazerosa (QUITETE; VARGENS, 2009).

O parto caracteriza-se como um evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança. A vivência que a mulher tem da parturição pode ser prazerosa ou traumática, dependendo de sua maturidade e experiências pessoais ou familiares anteriores e da assistência recebida pelos profissionais. Segundo Griboski e Guilhem (2006), cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única, portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a singularidade de cada parturiente.

Isso nos leva a refletir que promover uma assistência humanizada é saber ouvir as parturientes e atender suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto normal. Para isso, os profissionais de saúde que se propõem acompanhar essas mulheres nesse momento devem acolhê-las, reconhecendo a importância da comunicação em sua prática.

A dor do parto normal, como uma vivência inerente ao processo de parturição e historicamente associada à ideia de sofrimento, é um componente cultural que tem contribuído para que o parto tenha conotação e significado de experiência traumática para a mulher, bem como tem colaborado para a difusão do ideário de dor como sofrimento no imaginário feminino popular (Griboski; Guilhem, 2006). É necessário reduzir a ansiedade da mulher, a fim de que possa ser aliviada a tensão e o medo de elementos que interferem no

processo natural do parto, tendo como presença o enfermeiro para proporcionar à parturiente conforto, segurança e apoio.

O nascimento do filho é, sem dúvida, um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois é o evento que a torna verdadeiramente mãe. O momento é tão importante que para muitos é fascinante e requer estudo e análise para compreensão. Como o parto é considerado um período de diversos acontecimentos próprios da parturiente, uma experiência essencialmente feminina e familiar, rica em sentimentos e permeada por emoções, preocupações e dúvidas, surgiu a necessidade de saber as diferentes formas de representação entre as puérperas sobre o cuidado durante o trabalho de parto e parto.

Segundo Sá (1998), para gerar representações sociais, o objeto deve ter suficiente relevância cultural ou espessura social. Deve ser um fenômeno para o conjunto social escolhido para representa-lo, estando implicado, de forma consistente, em alguma prática do grupo, detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente. A representação e seu objeto são inseparáveis, na medida em que é o objeto que é constituído como uma representação social.

De acordo com Moscovici (2012) a TRS busca compreender as interpretações e os sentidos que os grupos e sujeitos têm sobre objetos sociais relevantes, com enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum. Para Jodelet (2001) as representações dão sentido, orientam e conduzem os grupos sociais. Formam um saber prático tanto por estarem inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos.

Diante do universo de significados que permeia a mulher no contexto da parturição, questionou-se: qual o cuidado que as mulheres receberam dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto; e quais as representações sociais atribuídas por essas mulheres neste processo de parturição?

Realizou-se uma busca avançada de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos (2009-2013) no portal da Capes com os seguintes descritores e cruzamentos: psicologia social e trabalho de parto; psicologia social e parto; psicologia social e parto normal. Após essa busca observou-se um número reduzido de publicações acerca da Teoria das Representações Sociais (TRS) envolvendo os temas trabalho de parto e parto.

Uma dessas publicações abordou a comparação entre os grupos de mulheres e os de profissionais de saúde sobre a assistência ao parto em maternidades. Os profissionais destacaram como aspectos importantes da assistência: a presença do acompanhante, a preocupação com a sua humanização, a participação da enfermeira obstetra e o espaço físico.

As mulheres assistidas destacaram de maneira importante a atenção recebida dos profissionais nas maternidades (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

O interesse em investigar o presente tema teve início durante o curso de graduação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) quando a pesquisadora pôde conhecer e participar do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher desenvolvendo pesquisas relacionadas ao tema. Ao ingressar no curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, a pesquisadora buscou participar do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME) e descobriu o interesse pela assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Assim, durante o mestrado procurou aprimorar mais seus conhecimentos sobre a Teoria de Representações Sociais e pôde construir pesquisas que envolvessem a temática com a teoria.

Assim, esse estudo torna-se relevante por possibilitar a compreensão desse fenômeno de representação social a partir das representações que subjaz a experiência vivida de mulheres no processo de trabalho de parto e parto e poderá subsidiar os profissionais e os serviços de saúde envolvidos com reflexões acerca do cuidado oferecido a essas mulheres, (re) significando-o, indo ao encontro do saber e das necessidades das mulheres.

2 OBJETIVO

Apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado promovido pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto.

3 MARCO CONCEITUAL E TEÓRICO

3.1 A história da parturição no Brasil e o processo de humanização

A prática milenar de prestar assistência à mulher no período gestacional e ao recém-nascido foi exercida até o final do século passado, basicamente por mulheres, salvo em algumas comunidades indígenas em que os maridos as ajudavam. Essas mulheres eram frequentemente anciãs que, ao longo da vida, foram adquirindo conhecimento e prática, passando sua experiência para as mais novas, dando origem às parteiras (Rezende, 1998). Dessa forma, as gestantes foram sendo assistidas pelas parteiras em seus domicílios.

Com o surgimento da obstetrícia como área acadêmica do conhecimento, a partir da metade do século XIX, a assistência empírica prestada por mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal perde seu espaço. É justamente nessa época que se inicia uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras, e por consequência, essas perdem, progressivamente, o domínio do saber sobre a arte de assistir o parto e o nascimento. Nessa nova ordem, a mulher passa então de sujeito da ação a objeto de estudo da nova ciência médica (BARROS, 2009).

O parto é institucionalizado no século XX, expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade materna e infantil. Assim, ele era a celebração da vida, e passa a ser visto, prioritariamente, por meio dos riscos à saúde, sendo “medicalizado” com base na premissa de que a medicina poderia dominar e/ou neutralizar os riscos. O aumento gradativo do número de médicos na assistência ao parto, a incorporação e o manejo de novas tecnologias por esses profissionais, tais como anestesia, antissepsia e, posteriormente, antibioticoterapia e hemoterapia, tornaram o parto mais seguro e valorizado pelos procedimentos invasivos e pela possibilidade do controle clínico e cirúrgico da fisiologia (BARROS, 2009).

No Brasil, o parto foi também institucionalizado e “medicalizado”, como regra geral, a partir da década de 1950, não sendo acompanhado por uma política de desenvolvimento do setor público de saúde, que se incorpora aos avanços tecnológicos, à garantia de leitos hospitalares e aos recursos humanos qualificados para uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRENES, 1991).

A institucionalização do parto no Estado de São Paulo acabou sendo acelerada pela extinção do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência no final da década de 1960, o que reduziu drasticamente os partos domiciliares. Nesse mesmo período, houve a

unificação dos institutos de Previdência e a criação do Fundo de Assistência Social pelo governo federal, que propiciou a construção e a expansão da rede hospitalar pública e privada por meio de recursos financeiros subsidiados (Barros, 2009). Assim, com a construção de novos hospitais com suas sofisticadas tecnologias e sem os serviços de apoio ao parto domiciliar, criou-se na população a necessidade do parto institucional.

Nas décadas de 1970 e 1980, as mulheres ao final da gestação, quando portadoras de registro no sistema previdenciário vigente, INPS/INAMPS, recebiam uma guia de internação para que pudessem ser assistidas em hospital próprio ou conveniado com esse serviço. A guia, porém, não garantia a escolha da instituição, apenas garantia que a internação poderia ocorrer em qualquer hospital credenciado. Dessa forma, as mulheres não associadas a esse instituto e que não podiam pagar pelo parto eram consideradas “indigentes”, recorriam às instituições de ensino, hospitais públicos ou filantrópicos (BARROS, 2009).

Esse mesmo autor complementa que com a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) como forma de pagamento dos procedimentos hospitalares realizados na rede do INAMPS, o parto é incorporado com valores muito baixos, como procedimento passível de emissão de AIH, deixando de ser lucrativo. Apesar da melhora do acesso das parturientes a esses serviços, gradativamente produziu-se, a desqualificação e a mercantilização da assistência ao parto e nascimento, que, ao longo prazo, colaborou para a desumanização da assistência.

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo as reivindicações do Movimento de Mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que inclui a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher com um todo. O PAISM incorpora as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, que tomou força na década de 1980 e propiciou a elaboração da nova Carta Constitucional em 1988, que foi promulgada trazendo a setor da saúde importantes avanços relacionados, principalmente, a sua inserção no capítulo de seguridade social (BRASIL, 2007).

Além dos programas destinados à rede pública, a Agência Nacional de Saúde Suplementar lança uma campanha a favor do parto normal e pela redução de cesáreas desnecessárias intitulada: “Parto normal está no meu plano”. As operadoras foram incentivadas a enviar uma carta elaborada pela Agência Nacional de Saúde às mulheres titulares de plano médico-hospitalares com cobertura obstétrica, relatando os benefícios do parto normal e os riscos de cesáreas sem indicação precisa e, passaram a incluir a cobertura dos partos feitos por enfermeira obstetra e da presença de um acompanhante durante a

internação hospitalar. Essas medidas pretendem colaborar com a redução de 20% no número de cesáreas realizadas nas instituições privadas (BARROS, 2009).

Em maio de 2008 foi lançada pelo Ministério da Saúde outra campanha a favor do parto normal, como mais uma tentativa de incentivar as mulheres a esse tipo de parto e reduzir o número de cesáreas. O público-alvo incluiu gestantes, familiares e profissionais de saúde e a veiculação feita por meio de informes publicitários no rádio, televisão, internet e outros meios de comunicação, trazendo relatos dos benefícios de nascer naturalmente e, claro, do risco de intervenções desnecessárias (BARROS, 2009).

Durante a gestação é importante estar sob os cuidados de uma equipe de profissionais especializada e experiente, porém não é suficiente porque os fatores psíquicos e emocionais em geral não são atendidos. Na hora do trabalho de parto e parto continuam prevalecendo rotinas hospitalares rígidas, nas quais as mulheres se submetem de forma silenciosa e submissa, vivendo esse momento sem harmonia. O propósito da assistência ao parto em instituições é oferecer condições à mãe e seus filhos, assim como assegurar os recursos por meio de profissionais qualificados, treinados, com competência técnica e disponibilidade de meios para assistir com qualidade, conforto e segurança.

O Ministério da Saúde lançou o manual “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”. Esta publicação versa sobre diversas práticas utilizadas no parto, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, o início do aleitamento materno na primeira hora após o parto e o delivramento ativo da placenta para atingir o objetivo da atenção contínua às mães e recém-nascidos (BRASIL, 2011).

Durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher tem necessidade de resolução dos seus problemas e de alguém que escute suas angustias, medos e ansiedades, e o profissional que ali atua, enquanto ser humano, deve ajudá-la a encontrar as soluções ou oferecer condições de minimizá-los e dispensar um atendimento de qualidade, respeitando a individualidade de cada mulher (BARROS, 2009).

A construção de um modelo assistencial que traga a mulher e sua família como sujeitos do processo pode representar um impacto favorável em relação aos indicadores de saúde materna existentes no nosso país. É preciso ver o processo do parto como um acontecimento único, individualizado, excluindo ações rotineiras e intervencionistas tão comuns na assistência obstétrica.

3.2 Humanização do parto e nascimento: um enfoque histórico

Um dos eventos que resguardam a Humanização do parto e nascimento foi configurado desde 1993, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUMA), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições, considerando que o parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA, 2011).

No Brasil considera-se que o marco da assistência ao parto e nascimento aconteceu em 1985, em Fortaleza-CE, no movimento sobre tecnologia apropriada para o nascimento, onde houve uma reflexão da necessidade de implementar outros profissionais não médicos para a humanização da cena do parto e nascimento. No Ceará, o auge dessa ascensão foi configurado de 1975 a 1985 quando o obstetra José Galba de Araújo coordenou o serviço pioneiro de casas de parto (OSAVA, 1997).

José Galba de Araújo nasceu em Sobral, no Ceará, em 1917, estudou medicina na Bahia e nos Estados Unidos, onde teve contato com as inúmeras tecnologias que havia em sua época, porém, ao retornar ao Brasil sempre defendeu a assistência a mulher respeitando seus costumes e crenças. Ele formou profissionais de saúde e foi defensor das parteiras, e ainda, criou um projeto exemplar de atenção primária em zona rural, onde encarou o desafio de melhorar a qualidade do parto domiciliar e identificar as gestantes de alto risco. Enfim, Galba foi um defensor incansável do parto normal, tanto que, em 1998 o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba de Araújo (BRASIL, 2002).

Em Fortaleza, em novembro de 2000, aconteceu a I Conferência Internacional do Parto, uma parceria entre o projeto Luz – Japan International Cooperation Agency (JICA), Ministério da Saúde e Secretaria de Estado do Ceará, com objetivo central de reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado (REHUNA, 2000).

Contudo, vale ressaltar que o termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, com a premissa de melhorar as condições do atendimento e que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas, também, ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Ainda traz a todo momento a importância da participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2000).

No Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático (1996) consta que a solução para a prática do parto humanizado é simples e de baixo custo, e as doulas realizam um trabalho importantíssimo que independem de tecnologias específicas para isso, pois mesmo com os aparatos existentes na instituição é possível realizarem suas práticas com um simples toque e apoio.

Cabe salientar que o Ministério da Saúde divulga, em seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal, aspectos que devem ser seguidos durante a assistência ao parto, tais como: avaliação do bem-estar da parturiente durante o trabalho de parto; procedimentos de rotina; nutrição; local do parto; apoio durante o parto; presença do acompanhante junto à parturiente, e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como massagens realizadas por doulas ou acompanhante, banho de chuveiro ou de imersão, uso de compressas quentes ou frias, dentre outras práticas (OMS, 1996).

Segundo Odent (2002), ao afirmar que, o nascimento antes de ser uma “questão médica”, é de fato uma parte integral da vida sexual e emocional das mulheres, e assim a equipe deve ser mera facilitadora cuja tarefa é a de intervir o mínimo possível; e Janet Balaskas (1993) diz que o parto é basicamente uma função natural do organismo, que acontece de maneira espontânea e involuntária no final da gravidez, fazendo parte de um processo contínuo que inicia com o ato de amor e concepção e termina com a crescente independência da criança em relação à mãe, durante os primeiros anos de vida.

O que está posto vai ao encontro do paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

A medicina baseada em evidência (MBE) iniciou-se no campo da saúde pública no ano Internacional da Criança em 1979 com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. A partir desse trabalho vários grupos foram formados para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto apoiado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996).

O que está posto demarca uma compreensão de que a MBE possibilitou a redescritão extensa da assistência ao parto, ao sinalizar que o corpo feminino antes carente e desgastado é redescrito como apto a dar a luz, muitas vezes, sem a necessidade de quaisquer intervenção e, o nascimento antes considerado um perigo para o bebê passou a ser visto como

um evento fisiológico, os familiares são convidados a cena do parto fazendo com que o parto inspire uma nova estética (WHO, 1996).

Diante dos resultados citados observa-se que a humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e propostas de mudanças que permeiam as simples ações e atitudes, capazes de criar novas possibilidades que cumpram com os direitos das mulheres respeitando suas opiniões, sexualidades, experiências e, sobretudo escolhas.

3.3 O cuidado de enfermagem às mulheres no processo de parturição

De acordo com Rodrigues, Silva e Fernandes (2006) compreende-se o cuidado como repleto de significados, englobando o estar próximo da pessoa cuidada, correspondendo às suas necessidades, respeitando suas particularidades e privacidade. A interação entre enfermeiro e mulher, desde a gravidez, o parto e até o puerpério, necessita se fundamentar no diálogo, na sensibilidade, na afetividade, no prazer de estar com o outro e na atenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual.

O cuidado de enfermagem à parturiente transcende a utilização de procedimentos técnicos, e no processo de parir todas as habilidades podem ser utilizadas pelas enfermeiras, delineando um cuidado sensível que é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebê.

Neste sentido, Carraro (2001), tendo como subsídios os escritos de Florence Nightingale e Ignaz Philip Semmelweis, no intuito de sistematizar o cuidado realizado à mulher em seu processo de parto, propôs componentes do cuidado de enfermagem que compreendem a observação e a atenção ao estado emocional da mulher; as relações interpessoais; o conforto e bem-estar; e condições oferecidas pelo meio ambiente na potencialização do poder vital da mulher.

Partindo desses componentes, humanizar o cuidado à mulher e sua família na situação de trabalho de parto e parto consiste em respeitar seu tempo no processo de parturição; evitar intervenções desnecessárias que são muitas vezes impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer seus aspectos culturais próprios (Moreira et al, 2009). Para isso faz-se necessário ouvir os sentimentos, as angústias e os temores das parturientes de forma que o trabalho de parto possa ocorrer da maneira mais natural.

O parto representa um marco na vida de qualquer mulher que vivencia, trazendo repercussões nos âmbitos físico, psicológico e social. Nessa perspectiva, o enfermeiro além de proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor e saudável, precisa minimizar os

sentimentos negativos e suas possíveis consequências, problematizando temores, tabus e preconceitos, pois o cuidado prestado por esse profissional tem um impacto considerável no âmbito pré-natal, do parto e do puerpério (GOMES, FONSECA, ROBALHO; 2011).

O enfermeiro desenvolve atividades de educação que promovem autonomia da gestante, permitindo que ela compreenda as modificações existentes no organismo e como lidar com as mesmas, fornecendo-lhe e permitindo o direito à cidadania. No primeiro contato do enfermeiro com a gestante inicia-se uma relação de escuta e confiança, de forma a preparar a mulher para receber e colocar em prática as orientações necessárias para a saúde dela e do bebê. Essas orientações fornecidas durante o pré-natal são de suma importância, já que preparam a mulher para o período gestacional, o trabalho de parto e os cuidados com si mesma e com o bebê. Durante o trabalho de parto, essas orientações se tornam evidentes, visto que deixam a mulher segura e confiante nesse processo (FIGUEIREDO et al, 2010).

A atenção à saúde da gestante e a adequada assistência ao parto contribuíram para a promoção da saúde da mulher e do recém-nascido. O período de gestação e parto são experiências marcantes para a vida reprodutiva do ser humano. As mudanças que a mulher enfrenta nesse período são significativas na sua vida pessoal e no relacionamento familiar.

3.4 A Teoria das Representações Sociais

O referencial teórico proposto para este estudo caracteriza-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS) que busca investigar a percepção de puérperas sobre o cuidado promovido durante o trabalho de parto e parto. A TRS têm suas raízes em diferentes áreas, particularmente nas Ciências Humanas e Sociais, destacando a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia Social (ARRUDA, 2002).

Para uma melhor compreensão a respeito desta teoria, serão mencionadas aqui algumas ideias dos autores considerados referência sobre o tema.

O estudo das representações sociais embasa-se nas representações coletivas, definidas por Durkheim como representações que conduzem os homens a pensar e agir de maneira homogênea à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo. Durkheim defende uma separação entre as representações individuais e coletivas, sugerindo que as primeiras deveriam ser o campo da Psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da Sociologia (MOSCOVICI, 2003; NÓBREGA, 2003).

Entretanto, Moscovici, influenciado pela Psicologia Social, elaborou o conceito de representações sociais através da interseção do individual e do coletivo, a partir do princípio

da indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, interno e externo. Insiste sobre a especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas, caracterizadas por: intensidade e fluidez das trocas e comunicações; desenvolvimento da ciência; pluralidade e mobilidade sociais (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003; NÓBREGA, 2003).

A Teoria das Representações Sociais tem como precursor o romeno naturalizado francês Serge Moscovici, através da sua obra *La psychanalyse, son image et son public* que analisou a representação social mantida pela população parisiense no final dos anos cinquenta. Para ele, as Representações Sociais são teorias coletivas sobre como o real rege as condutas.

Moscovici (2003) explana que as Representações Sociais são sempre complexas e necessariamente inscritas dentro de um “referencial de um pensamento preexistente”; sempre dependentes de sistema de crença ancorado em valores, tradições e imagens do mundo e da existência. Elas são o objeto de um permanente trabalho social através do discurso, de tal modo que cada novo fenômeno pode sempre ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificativos que são familiares e, conseqüentemente, aceitáveis.

Para Moscovici (1978), uma Representação Social (RS) é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Nesse sentido, podemos concluir que as Representações Sociais são um saber gerado através de comunicações na vida cotidiana, com o objetivo prático de orientação de comportamentos em contextos sociais concretos.

Denise Jodelet é uma das principais colaboradoras e difusoras das ideias de Moscovici. Esta autora confirma a ideia de que as representações sociais referem-se ao modo de pensar e interpretar o cotidiano, constituindo-se como um conjunto de imagens. As RS apoiam-se em valores variáveis, segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações, e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular. Estão ligadas tanto a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos ou culturais, quanto à condição social e à esfera da experiência dos indivíduos (JODELET, 2001).

O estudo das RS busca identificar a visão de mundo que os indivíduos ou grupos têm e empregam na maneira de agir e se posicionar. Para Abric (1998), de acordo com a TRS, toda realidade é representada, reaproximada pelo indivíduo ou grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores e dependente de seu contexto sócio-histórico e ideológico.

Entende-se, portanto, que para Abric (1998) a representação não pode ser reduzida a um simples reflexo da realidade, se constitui em uma organização significativa, na qual

existe uma reestruturação da realidade, no intuito de integrar características objetivas do objeto representado, assim como experiências anteriores do sujeito.

Moscovici classifica e analisa os três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. Cada sistema de comunicação é particular aos laços estabelecidos entre o emissor e o receptor, à organização das mensagens e aos comportamentos visados. As modalidades de deslocamento das representações através das três formas de comunicação correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. Cada forma de comunicação tem por efeito a produção de RS específica, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto articulado no âmbito do pensamento social (NÓBREGA, 2003).

Quanto à formação e elaboração das representações (Jodelet, 2001; Moscovici, 2003; Nóbrega, 2003), estão envolvidos dois processos fundamentais: ancoragem e objetivação. A ancoragem consiste na inserção do objeto desconhecido ou novo num sistema de pensamentos pré-existente, tornando-o familiar, estabelecendo em torno de si uma rede de significados e incorporando-o ao social, a uma rede de categorias usuais. Ancorar é, portanto, classificar e dar nome a algumas coisas ainda não classificadas, consideradas estranhas ou inexistentes.

O segundo processo, a objetivação, corresponde ao fato de tornar real um esquema conceitual, tornar concreto o que é abstrato (materializar as abstrações), consiste em transformar um conceito em uma imagem ou núcleo figurativo, a partir da associação de uma ideia não-familiar transportada para a realidade. Enfim, é transformar em objeto o que é representado. Este processo, por sua vez, é constituído pela construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003; NÓBREGA, 2003).

Na construção seletiva, a seleção dos elementos é feita, por um lado, em função de critérios culturais, sendo estes determinados pela desigualdade das condições de acesso às informações, segundo o pertencimento ao grupo; por outro lado, são os critérios normativos que exercem a função de retenção dos elementos de informação, preservando a coerência com o sistema de valores próprios ao grupo (NÓBREGA, 2003).

Nóbrega e Coutinho (2003) afirmam que nas pesquisas em RS é recomendável utilizar uma diversidade de instrumentos que possibilitem salientar aspectos diferenciados (quantitativos e qualitativos) a respeito do objeto de investigação. Cada instrumento pode ter seus dados interpretados através de diferentes perspectivas analíticas que permitem uma visualização mais aprofundada e abrangente do objeto representado.

A TRS permite a utilização de diversas abordagens metodológicas, contribuindo de maneira diversa e criativa para a construção do objeto de pesquisa. As RS não estão atreladas a delimitações restritas de pesquisa, pelo contrário, buscam agregar distintos e compatíveis métodos de investigação para se aproximar da apreensão dos universos consensuais dos sujeitos.

- A Teoria do Núcleo Central

A Teoria do Núcleo Central teve sua primeira proposição, dentro do quadro de pesquisa experimental que veio a ser caracterizado, em 1976, através da tese de *Doctorat d'État* de Jean-Claude Abric – *Jeux, conflits et représentations sociales* – na Université de Provence, sob a forma de uma hipótese a respeito da organização interna das representações sociais, formulada nas seguintes palavras:

A organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado (ABRIC, 1994, p. 19).

De acordo com a teoria do núcleo central, para se obter um entendimento completo das representações sociais, tão importante quanto desvendar seus conteúdos e descobrir também a forma como estes conteúdos são estruturados, estabelecendo uma distinção entre o núcleo central e os elementos periféricos. Para Santos:

O Núcleo Central tem função geradora, pois através dele criam-se outros elementos das Representações Sociais; e desempenha função organizacional, pois determina a natureza das relações entre os demais elementos da Representação Social. Ele é fortemente marcado pela memória coletiva e pelo sistema de normas de um grupo, ou seja, o seu conhecimento é partilhado pela coletividade. Sua função é, acima de tudo, consensual. O Núcleo Central resiste às mudanças, permanecendo estável (2004, p. 167).

Para Abric (1998), na medida em que a composição do núcleo central se modifica, a RS também é modificada. O núcleo central apresenta como características principais: o seu caráter estável, coletivo, coerente, resistente a mudanças e normativo por natureza. No sistema periférico estão localizados os elementos periféricos das RS. Este tem relevância no funcionamento e na dinâmica da RS. Se configura como menos estável e mais flexível do que o núcleo central. Seus elementos prescrevem comportamentos, ou seja, influenciam na

tomada de decisões, atuando como regulador e adaptador das ações do grupo, permitindo variações nas RS individuais.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza e tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo norteado pela Teoria das Representações Sociais, baseado nos princípios de Moscovici (2003) e Jodelet (2001), explorando também a Teoria do Núcleo Central de Abric (1998), com uso de multimétodos ou triangulação (abordagens qualitativa e quantitativa).

Segundo Flick (2009), a triangulação metodológica é utilizada para designar a combinação de diversos métodos para tratar um fenômeno, com o intuito de enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e superar os potenciais epistemológicos do método individual. Um estudo poderá incluir abordagens qualitativas e quantitativas em diferentes fases do processo de pesquisa sem concentrar-se necessariamente na redução de uma delas a uma categoria inferior ou em definir a outra como sendo verdadeira abordagem da pesquisa.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública de atenção secundária, vinculada à Secretária Executiva Regional VI e ao programa Rede Cegonha, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A escolha deste local deu-se pelo fato de ser referência na assistência materna e infantil e de desenvolver programas e projetos que buscam a humanização da assistência ao parto e nascimento.

Um dos principais programas desenvolvidos pelos os profissionais de saúde é o projeto “Parto que te quero perto”, que tem como finalidade estimular a participação do pai ao longo do processo gestacional; uma vez por mês os companheiros das gestantes são convidados a participar do “Encontro dos pais” para fortalecer o vínculo com o hospital, adquirir conhecimento e segurança em relação à paternidade, trocar experiências com outras famílias e esclarecer dúvidas sobre o ciclo gravídico-puerperal.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram puérperas que estavam internadas nas enfermarias de alojamento conjunto da instituição supracitada que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 14 anos; e ter tido seu filho de parto normal no local da

pesquisa. O critério de exclusão eliminou as mulheres que foram submetidas a parto cesariano; e que saíram da área de abrangência do hospital no período da coleta de dados.

Participaram da aplicação do Teste de Associação de Palavras (TALP) 119 mulheres puérperas, considerando o cálculo amostral de uma população finita, como segue abaixo. Dentre as 119 que realizaram o TALP, foram escolhidas 21 puérperas para a entrevista semiestruturada por critério intencional.

Considera-se:

$$p = q = 0,5$$

Grau de confiança = 95% equivalente a 1,96

N = 170 puérperas

Erro amostral = 5%

<p>Finita: $n = \frac{\partial^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + \partial^2 \cdot p \cdot q}$</p>
--

3.4 Procedimento e instrumento de coleta de dados

Após a aceitação de participação da pesquisa pelas as puérperas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foi utilizado um questionário para traçar as características sociais, econômicas, demográficas e obstétricas (Apêndice B), posteriormente o TALP (Apêndice C), e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice D) que objetivava explorar os sentidos atribuídos ao cuidado promovido pelos profissionais de saúde no trabalho de parto e parto e à vivência nesse processo de parturição.

Teste de Associação Livre de Palavras – TALP

O Teste de Associação Livre de Palavras é caracterizado por ser uma técnica projetiva que favorece os indivíduos a revelarem o conteúdo latente da memória em relação a um objeto determinado implícito (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

O TALP aplica-se ao tipo de investigação aberta, o qual permite evidenciar universos semânticos; ao mesmo tempo, destacam os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos. Este instrumento consiste na evocação de ideias por estímulos

indutores, a partir das palavras dadas. Esses devem ser definidos com base no objeto pesquisado (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

O procedimento de aplicação é simples, basta pronunciar diante do sujeito uma ou mais palavras, denominadas indutoras. Em resposta, o sujeito deve verbalizar o mais rápido possível as primeiras palavras que lhe vêm à mente (palavras induzidas). Deve-se ter o cuidado de não permitir que haja tempo para elaboração das respostas, estas deverão ser enunciadas de forma mais rápida possível (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

As palavras indutoras escolhidas para este estudo foram quatro: cuidado, trabalho de parto, parto e cuidado no trabalho de parto e parto (Apêndice C). As palavras foram escolhidas a partir da aproximação com o objeto de estudo, após a aplicação desse teste, foram transcritas em sua íntegra para um banco de dados e elaborou-se um dicionário correspondente aos estímulos, onde foram reunidas todas as palavras evocadas que se relacionaram aos respectivos estímulos indutores, para serem então processadas através do *software* Evoc.

Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi utilizada por permitir aos participantes revelarem suas representações sobre o objeto em estudo, além disso, é composta por perguntas abertas que podem ser alteradas no decorrer da entrevista (Apêndice D).

Segundo Minayo; Deslandes e Gomes (2010), por se tratar de um instrumento que combina perguntas abertas, favorecendo à entrevistada a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada pela pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas, em seguida, transcritas em sua íntegra. Preparou-se um banco de dados único para ser processado através do *software* ALCESTE versão 2010 (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto).

3.5 Organização para análise dos dados

Análise lexicográfica – Evoc

Os dados obtidos no TALP foram transcritos e analisados com o auxílio do *software* Evoc que realiza um processamento computacional, denominado análise lexicográfica, graficamente, as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico

das representações sociais. É identificada à frequência de aparecimento dos termos evocados e a ordem de aparecimento das respostas registradas (Rang).

Esse *software* compreende um conjunto de 16 subprogramas informatizados (*Lexique, Trievoc, Nettoie, Rangmot, Listvoc, Aidecat, Catevoc, Redocat, Catini, Tricat, Stacat, Discat, Rangfrq, Complex, Rangmotp, Selevoc*). Tal conjunto permite a identificação dos temas que emergem do núcleo central e do sistema periférico das representações sociais, a partir das respostas a cada um dos estímulos indutores (ABRIC, 1998; SÁ, 1998).

Dentre os 16 subprogramas, de acordo com Vergès (2002), após ser definido o vocabulário do *corpus*:

- É criado o glossário no subprograma *Lexique* e sua classificação (*Trievoc*);
- *Nettoie* limpa o arquivo original de erros de digitação ou palavras desnecessárias;
- O subprograma *Rangmot* calcula a frequência e distribuição de fileiras de cada palavra;
- *Listvoc* apresenta as listas de todas as palavras no contexto do *corpus*;
- *Aidecat* analisa os co-ocorrências de palavras;
- *Rangfrq* elabora o quadro de quatro casas, contendo as frequências criadas para a pesquisa do núcleo e das periferias.

Após a coleta das evocações livres e antes do processamento do programa computacional foi elaborado um dicionário (Apêndice E) a partir da digitação de todas as respostas das participantes referentes aos estímulos indutores, em seguida a organização das categorias. Este processo dá-se a partir de critérios de similaridade semântica entre as palavras, objetivando-se evitar a redundância e toná-las, estatisticamente, significativas.

Por fim, foi construído o banco de dados na forma de planilha (Microsoft Excel) contendo as palavras evocadas de cada estímulo, depois o arquivo foi salvo na *extensão.csv* e processado no *software* Evoc.

O gráfico construído permite o estabelecimento de quatro quadrantes, também chamado de quadro de quatro casas, representados num esquema figurativo, em que podem ser identificadas no quadrante superior esquerdo as evocações que, provavelmente, constituem parte do núcleo central, no inferior direito, as evocações que provavelmente pertencem ao sistema periférico, enquanto que as demais evocações são consideradas como intermediárias e merecedoras de interpretação dentro do contexto dos resultados obtidos.

Análise lexical a partir do *software* ALCESTE

Os dados obtidos através dos depoimentos das participantes foram organizados a partir do método de análise lexical. O programa informático ALCESTE, desenvolvido por Max Reinert, na França, na década de 1970, emprega uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e permite uma análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (REINERT, 1990; CAMARGO, 2005).

A aplicação do *software* permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no texto. Isso permite descrever, classificar, assimilar, sintetizar e identificar a organização tópica de um texto, acessando as relações existentes entre os léxicos (SOUSA et al, 2009).

Toma como base um único arquivo do Microsoft Word em fonte Courier 10, com espaçamento simples entre linhas, constituído pelo *corpus* de análise ou banco de dados que será analisado, preparado com regras específicas. O *corpus* de análise é formado pelas unidades de contexto iniciais (UCI), unidades a partir do qual o programa efetuará a fragmentação inicial e que correspondem a cada entrevista realizada (SOUSA et al, 2009).

Nesta pesquisa, o banco de dados foi composto por 21 UCI, a partir das entrevistas gravadas e transcritas. Foram retiradas as perguntas da entrevista no momento da transcrição; todas as palavras em maiúsculo, como nomes próprios ou siglas, foram colocadas em letras minúsculas; os sinais gráficos, como aspas, hífen, exclamação, interrogação foram substituídos por vírgula ou ponto final; acrescentou-se underline em palavras com importância somente unidas (termos composto enquanto única noção) e foi realizada a substituição do hífen por underline nas palavras. Este procedimento de preparo do *corpus* é uma regra do programa ALCESTE para processamento dos dados (SOUSA et al, 2009).

Além disso, foram construídas as linhas de comando, na qual cada UCI foi separada por uma linha de comando ou “linha com asteriscos”, identificando cada entrevistada e foram selecionadas cinco variáveis de acordo com a pesquisa em questão: entrevistada, idade, escolaridade, paridade, presença de acompanhante (Quadro 01).

Quadro 01: Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações.

Variáveis	Códigos	Classificações
Entrevistada	ent	01 a 21
Idade	ida	1 – 14-21 anos 2 – 22-29 anos 3 – 30-38 anos
Escolaridade	esc	1 – Ensino Fundamental 2 – Ensino Médio 3 – Ensino Superior
Paridade	par	1 – Primípara

		2 – Múltipara
Presença de acompanhante	aco	1 – Sim 2 – Não

Utilizou-se a versão 2010 do programa ALCESTE. De acordo com Camargo (2005) numa análise padrão, após o programa reconhecer as indicações das UCI, divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), unidades com menor fragmento de sentido. Elas são segmentos do texto, de três a seis linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do *corpus* e, em geral, respeitando a pontuação.

Iniciada a análise, o programa processa as quatro etapas (Camargo, 2005; Nascimento; Menandro, 2006; Sousa et al, 2009), descritas a seguir:

A - Leitura do texto e cálculo dos dicionários: primeira segmentação do texto que agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e calcula a frequência destas formas reduzidas. Observa-se que o programa possui dicionários acoplados (inclusive de português), o que permite identificar diferentes conjugações verbais, bem como diferenciar palavras com função puramente sintática ou não analisáveis (pronomes, artigos, advérbios) daquelas com “conteúdo” ou analisáveis (verbos, substantivos, adjetivos).

B - Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE: as UCE são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas, aplica-se o método de Classificação Hierárquica Descendente e obtém-se uma classificação definitiva.

C - Descrição das classes de UCE: nesta etapa o programa apresenta o dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes, principalmente pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis);

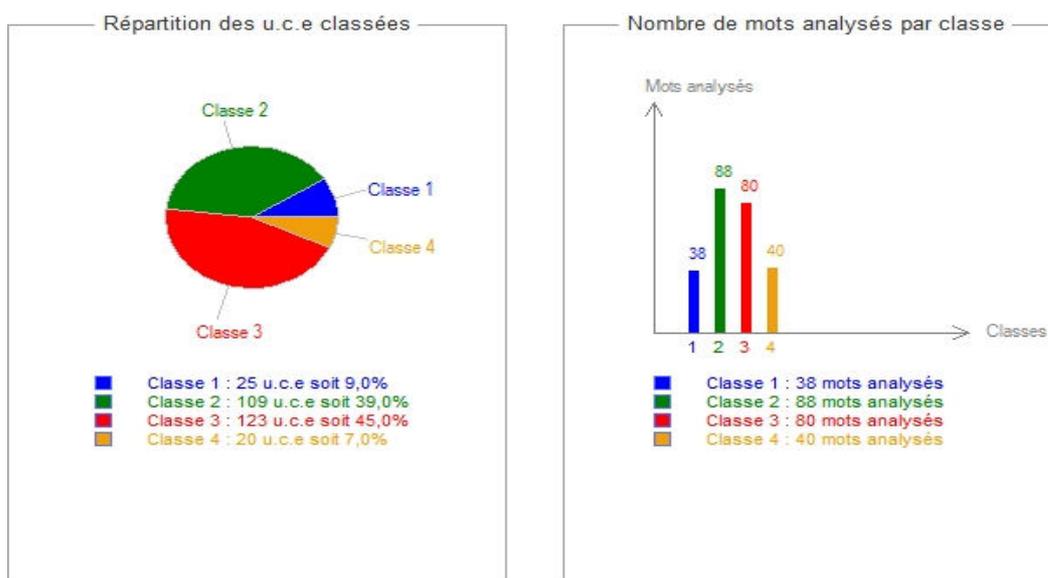
D – Cálculos complementares: com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. Ele fornece ainda a Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo o estudo das relações dos elementos (formas) intraclasses.

As operações mais importantes para a interpretação do *corpus* são: a CHD, a descrição das classes, com radicais mais importantes; e a seleção das UCE mais características de cada classe (SOUSA et al, 2009).

Neste estudo, foram encontradas 1883 formas distintas ou palavras diferentes. Foram selecionadas 351 UCE, das quais 277 foram classificadas em quatro classes. Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo. Na Figura 1,

é possível verificar a distribuição das 277 UCE e das 246 palavras analisáveis nas quatro classes. A classe 03 apresentou maior número de UCE (123) e a classe 02 exibiu maior número de palavras analisáveis (88).

Figura 1: Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe.



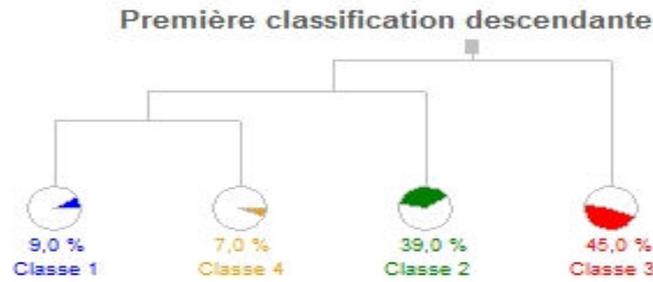
Num primeiro momento, o *corpus* foi dividido (1ª partição) em dois *subcorpus*, originando de um lado a classe 03 e do outro lado aquele *subcorpus* que posteriormente originou as classes 02, 01 e 04. A classe 03 é a mais específica e representa 45% do *corpus*.

Num segundo momento, o segundo subgrupo foi dividido em dois (2ª repartição), originando a classe 02 (39% do *corpus*) e um novo subgrupo.

Esse último subgrupo realiza uma nova divisão (3ª repartição), resultando nas classes 01 (9,0% do *corpus*) e 04 (7,0% do *corpus*), mais comuns entre si, por serem as últimas a se dividirem. A CHD parou aqui, pois as 04 classes mostraram-se compostas de UCE com vocabulário semelhante.

A Figura 2 ilustra essas repartições, a partir da Classificação Hierárquica Descendente. A análise dos dados será realizada na ordem que em essas classes foram repartidas pelo programa.

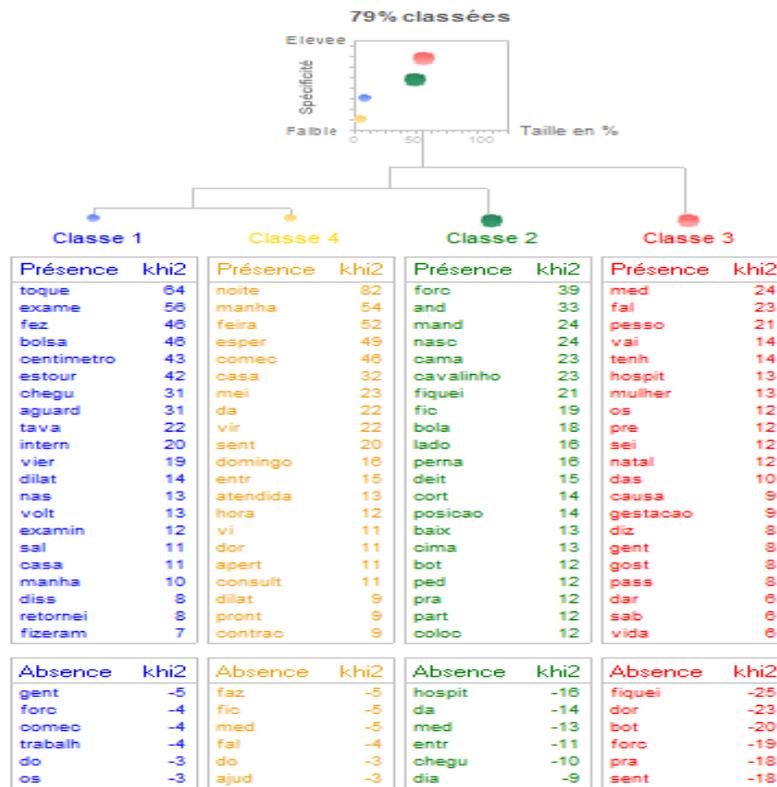
Figura 2: Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.



O programa teve 79% de aproveitamento. Quando 75% ou mais das UCE foram classificadas, tem-se um bom desempenho da CHD (CAMARGO, 2005).

A Figura 3 apresenta o gráfico de especificidade das classes: quanto mais alta a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade. As palavras analisáveis apresentadas no dendograma podem ser consideradas os elementos mais relevantes e representativos para descrever cada classe, pois apresentam maior qui-quadrado (khi2). O khi2 calcula a frequência de aparição da palavra. Quanto maior o khi2, mais relevante é a palavra para a construção da classe.

Figura 3: Dendograma da classificação hierárquica descendente



No final do processamento, o programa fornece o número de classes resultantes da análise, as palavras analisáveis na sua forma reduzida, o contexto semântico e as UCE

características de cada classe consolidada. A partir desse material, cada classe será nomeada de acordo com os léxicos mais frequentes e mais característicos extraídos das UCE de cada classe e interpretada através das informações fornecidas pelo software, fundamentando-se na perspectiva processual da TRS.

Surgiram os temas de cada classe descritos pela pesquisadora (Quadro 02).

Quadro 02: Classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas nomações

Nominações	Classe
O atendimento dos profissionais de saúde e a humanização	Classe 03
Vivência do processo de parturição	Classe 02
A trajetória de parturientes	
Avaliação do início do trabalho de parto	Classe 01
O caminho da gestante à maternidade	Classe 04

3.6 Aspectos éticos na pesquisa

Todas as participantes foram orientadas sobre as condições da pesquisa através do TCLE, que após elucidação de dúvidas, esse termo foi assinado pelas as puérperas que aceitaram participar da pesquisa, autorizando o pesquisador a iniciar a coleta de dados.

A entrada na instituição do estudo foi efetivada após parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Número do Parecer: 310.298 e CAAE: 12536113.1.0000.5534 (Anexo A) e autorização emitida pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (Anexo B) e pela Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza (Anexo C). A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2013.

Esta pesquisa obedeceu aos critérios éticos de autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, estabelecidos na resolução 196/96 do código de ética em pesquisa com seres humanos, no qual ficam garantidos o sigilo, o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados (BRASIL, 1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dados relativos à caracterização das participantes do estudo sob o aspecto sócio-demográfico, econômico e obstétrico. Posteriormente, será realizada a descrição e a interpretação dos dados processados nos *softwares* Evoc e ALCESTE.

Caracterização das participantes da pesquisa

As informações provenientes do perfil social, econômico, demográfico e obstétrico foram submetidas a tratamentos estatísticos e organizadas em tabelas que proporcionam melhor visualização e entendimento.

Como pode ser visualizado na Tabela 1, das 119 mulheres do estudo, 89 (74,8%) eram procedentes da capital de Fortaleza, 27 (22,7%) do interior do Ceará e três (2,5%) de outras regiões, como Pernambuco, Maranhão e Minas Gerais. A maioria das participantes declarou professar a fé Católica, 63 (52,9%), enquanto 42 (35,3%) se declararam Evangélicas. Dentre as seis (5,0%) de outras religiões, uma era testemunha de Jeová, duas ateístas, duas cristãs e uma espírita. Ainda oito (6,7%) mulheres afirmaram não possuir religião.

Evidenciou-se que houve variação das idades de 14 a 41 anos, predominando a faixa etária entre 14-24 anos com 74 (62,2%) das puérperas, 41 (34,5%) tinham idade entre 25-35 e quatro (3,4%) possuíam idade acima ou igual a 36 anos. Em relação ao estado civil, a maioria, 69 (58%), mantinha relação estável, 24 (20,2%) eram casadas, 23 (19,3%) solteiras, duas (1,7%) divorciadas e uma (0,8%) viúva.

Sobre a escolaridade, 58 (48,7%) possuíam ensino fundamental incompleto, 27 (22,7%) médio incompleto, 24 (20,2%) médio completo e cinco (4,2%) fundamental completo, três (2,5%) tinham superior incompleto, uma (0,8%) superior completo e somente uma puérpera (0,8%) era analfabeta. A maioria das mulheres, 82 (68,9%), referiu renda familiar de 1-2 salários mínimos, 18 (15,1%) menos de um salário e 11 (9,2%) de 3-4 salários. As demais, cinco (4,2%), relataram não saber a renda mensal e três (2,5%), não possuir renda.

Tabela 1: Distribuição das características sociais, econômicas e demográficas. Fortaleza-CE, 2013

Variáveis	F	(%)
Procedência		
Interior	27	22,7
Capital	89	74,8
Outra região	3	2,5

Religião		
Católica	63	52,9
Evangélica	42	35,3
Outras	6	5,0
Nenhuma	8	6,7
Idade		
14-24	74	62,2
25-35	41	34,5
>ou igual a 36 anos	4	3,4
Estado civil		
Solteira	23	19,3
União Estável	69	58,0
Casada	24	20,2
Divorciada	2	1,7
Viúva	1	0,8
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,8
Fundamental Incompleto	58	48,7
Fundamental Completo	5	4,2
Médio Incompleto	27	22,7
Médio Completo	24	20,2
Superior Incompleto	3	2,5
Superior Completo	1	0,8
Renda familiar		
Não sabe	5	4,2
Não possui renda	3	2,5
Menos de 1 SM*	18	15,1
1-2 SM*	82	68,9
3-4 SM*	11	9,2
Total	119	100

*SM – Salário Mínimo

No perfil obstétrico das puérperas, 69 (58%) eram múltiparas e 50 (42%), primíparas. Quanto à presença do acompanhante, 96 mulheres (80,7%) estiveram acompanhadas durante o seu trabalho de parto e o parto, sendo amiga, 21 (17,6%), o tipo de acompanhante mais citado por elas. A irmã (19; 15,9%), o companheiro (18; 15,1%) e a mãe (18; 15,1%) também apareceram como acompanhantes frequentes durante o período.

Tabela 1: Distribuição das características obstétricas. Fortaleza-CE, 2013

Variáveis	F	(%)
Paridade		
Primípara	50	42,0
Múltipara	69	58,0
Acompanhante na sala de parto		
SIM	96	80,7
NÃO	23	19,3

Tipo de acompanhante		
Amiga	21	17,6
Avó	01	0,8
Companheiro	18	15,1
Cunhada	08	6,7
Irmã	19	16,0
Mãe	18	15,1
Prima	04	3,4
Sobrinha	01	0,8
Sogra	03	2,5
Tia	03	2,5
Total	119	100

Em um estudo realizado no ambulatório de pré-natal do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) pôde revelar que as participantes possuíam idade entre 20 a 35 anos, a maioria residia na capital do Rio de Janeiro, tinha o 2º grau incompleto ou completo e recebiam de um a três salários mínimos. Sobre o número de gestações, prevaleceu de duas a três gestações (XAVIER et al, 2013).

A análise do perfil sociodemográfico de puérperas (N=449) usuárias do sistema único de saúde mostrou alguns dados semelhantes aos da pesquisa. A faixa etária predominante foi de 20 35 anos de idade, em relação à paridade, a maioria possuía de um a dois filhos. Das 449 mulheres, 355 eram casadas ou estavam em união consensual e recebiam até dois salários mínimos, sobre a religião, 169 eram católicas, 118 eram evangélicas e as demais não possuíam (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011).

Análise lexicográfica: evocações emitidas pelas puérperas

Para esta análise foram utilizadas 1.385 palavras evocadas no TALP na busca pela compreensão das representações sociais de puérperas sobre o cuidado durante o trabalho de parto e parto. Os estímulos indutores utilizados foram: cuidado; trabalho de parto; parto; e cuidado no trabalho de parto e parto.

Essas evocações permitem a aproximação da pesquisadora com o universo de significados construído nas relações sociais dos sujeitos, haja vista a necessidade de conhecer e reconhecer os múltiplos universos de significado que interagem com os sujeitos para a compreensão e conseqüente intervenção na realidade (BITTENCOURT; VILELA, 2011).

As evocações foram processadas no *software* Evoc e interpretadas segundo a análise lexicográfica. A seguir, serão apresentados os quadros de quatro casas

correspondentes a cada estímulo indutor. Vale salientar que a frequência média de ocorrência das palavras foi 10 e a média das ordens médias 2,5 (Rang).

1º Estímulo: cuidado

Para este estímulo foram evocadas 351 palavras, necessárias para a construção do quadro de quatro casas. O quadro 03 apresenta os quadrantes relativos ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais sobre cuidado. A frequência média de ocorrência das palavras foi 10 e a média das ordens médias de evocação (Rang) foi 2,5.

Os termos evocados, distribuídos através do quadro de quatro casas, permite não só conhecer o conteúdo da representação, mas também sua organização ou estrutura (Sá, 1996). Dessa forma, o quadrante superior esquerdo agrupa as evocações que representam os elementos do núcleo central, considerados os mais frequentes e mais importantes; o quadrante superior direito reúne os elementos periféricos mais importantes; o quadrante inferior esquerdo contém os elementos com baixa frequência, mas considerados importantes pelo sujeito; e o quadrante inferior direito é constituído pelos elementos menos frequentes e menos importantes (OLIVEIRA et al, 2005).

Quadro 03: Quadro de quatro casas à palavra indutora cuidado. Fortaleza-CE, 2013

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência ≥ 10 / Rang $< 2,5$			Frequência ≥ 10 / Rang $> 2,5$		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Amor	26	1,423			
Atenção	29	2,138			
Carinho	23	2,174			
Cuidado com a criança	21	1,762			
Cuidar de si	13	2,385			
Filhos	15	1,400			
Proteção	10	2,400			
Responsabilidade	22	1,500			
Saúde	14	1,500			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 10 / Rang $< 2,5$			Frequência < 10 / Rang $\geq 2,5$		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Assistência dos profissionais	05	2,200	Apoio	08	2,500
Cuidado	09	1,889	Casa	06	3,000
Cuidado com meus filhos	09	1,667	Preocupação	05	2,600
Dedicação	06	1,500			
Família	09	1,778			
Paciência	07	1,857			
Respeito	09	2,444			

*FREQ – Frequência

Diante dos resultados observou-se que as palavras amor, atenção, carinho, cuidado com a criança, cuidar de si, filhos, proteção, responsabilidade e saúde foram as de maior frequência e de maior importância. Para Abric (1994), toda representação é organizada

em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado. Partindo-se desta afirmação essas palavras fazem parte do núcleo central.

O termo filhos apesar de não possuir uma das maiores frequências, foi mais prontamente evocado apresentando um Rang 1,400, o que significa que foi lembrado de modo espontâneo pelas as puérperas. O elemento atenção apresenta-se com uma frequência 29 e um Rang 2,138, está intimamente ligado à maneira de cuidar, de prestar um cuidado. O amor é um sentimento relacionado ao cuidado e o carinho é uma forma de proporcionar um cuidado a alguém. Ter responsabilidade foi também apontado como uma maneira de cuidar, demonstrado com uma frequência de 22 e um Rang 1,500.

Como elementos de contraste surgiram as palavras assistência dos profissionais, cuidado, cuidado com meus filhos, dedicação, família, paciência e respeito que apareceram em menor frequência, porém em maior grau de importância. A expressão cuidado com meus filhos está relacionada à proteção; os termos apoio e afeto estão pautados no cuidado e, ter respeito foi percebido como um ato de cuidar.

A palavra dedicação merece destaque por apresentar um Rang de 1,500. Esta palavra pode estar relacionada com o amor, a atenção e a responsabilidade. O ato de se dedicar, ter afeição foi desvendado como um modo de cuidado. Algumas puérperas relacionaram o cuidado com a assistência dos profissionais de saúde pautada no seu processo de parturição, o que pode ser visualizado no quadro com uma frequência de cinco e um Rang de 2,200.

Logo, os elementos da 2ª periferia foram compreendidos no termo apoio como uma maneira de proporcionar cuidado, como também na preocupação. O cuidado com a casa, ou seja, seu lar, seu lugar de moradia está ancorado nas representações com uma frequência de seis e um Rang de 3,000.

2º Estímulo: Trabalho de parto

Tomando-se a distribuição dos termos pelos quadrantes pôde-se descrever a organização do conteúdo da representação social desse estímulo com o seu provável núcleo central e os elementos periféricos (Quadro 04).

Quadro 04: Quadro de quatro casas à palavra indutora trabalho de parto. Fortaleza-CE, 2013

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL	ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA
Frequência ≥ 10 / Rang $< 2,5$	Frequência ≥ 10 / Rang $> 2,5$

	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Alívio	14	2,000			
Ansiedade	21	2,048			
Desespero	21	2,238			
Dor	105	2,248			
Felicidade	14	1,714			
Medo	13	2,007			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 10 / Rang < 2,5			Frequência < 10 / Rang > = 2,5		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Alegria	08	1,625	Nervosismo	06	2,500
Dar a vida	06	1,167			
Emoção	05	1,200			
Nascimento	09	1,333			
Preocupação	05	1,600			
Satisfação	06	1,667			
Sufrimento	08	2,250			

*FREQ – Frequência

A vivência do trabalho de parto e do parto pode ser influenciada a partir de fatores socioculturais que interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição. A partir disso, a análise das palavras sugere que alívio, ansiedade, desespero, dor, felicidade e medo constituem o núcleo central das representações das puérperas sobre o trabalho de parto, e que alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação, sofrimento e nervosismo fazem parte do sistema periférico.

A dor durante o trabalho de parto interfere no contexto psicoafetivo da parturiente, além da contratilidade uterina, ocasionando ansiedade, desespero e medo. Com o nascimento do bebê, as puérperas sentem alívio pela superação da dor e felicidade em poder ter o filho nos braços. Esses termos configuram-se a estruturação do núcleo central e estão ancorados no processo de parturição que segundo Oliveira et al (2010) é percebido como um momento de dor, medo e alegria, tendo a sensação dolorosa como necessária ao nascimento do bebê e como justificativa para a percepção negativa desse processo.

Em um estudo baseado na abordagem fenomenológica com o objetivo de compreender as experiências de puérperas que vivenciaram o trabalho de parto em um modelo assistencial humanizado revelou sentimentos como dor, medo e ansiedade. Embora o estudo tenha sido realizado em um modelo assistencial considerado humanizado, as experiências das puérperas mostram que ainda se distanciam de uma efetiva humanização (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

A interpretação subjetiva da dor apresenta-se como um dos elementos construtores da representação social das mulheres e está fortemente representada no imaginário das mulheres do estudo. A dor pode influenciar o comportamento da parturiente a partir do medo, o que acarreta sentimentos de ansiedade e desespero.

Em relação ao terceiro quadrante, denominado zona de contraste, figuram as palavras alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação e sofrimento, que embora tenham apresentado baixa frequência, foram consideradas importantes pelas participantes. A zona de contraste comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem modificar os elementos centrais e a própria representação (OLIVEIRA et al, 2007).

Nesse grupo as depoentes ancoraram suas representações na satisfação em relação ao nascimento de seu filho, que está intimamente ligado à alegria e a emoção por ser um momento único e singular e no sofrimento relacionado à dor do parto que pode ser vivenciado com insegurança causando preocupação e nervosismo. Este último aparece como elemento da 2º periferia.

É interessante observar que o Rang dos elementos de contraste foi bem mais significativo que o dos elementos do núcleo central, o que simboliza que o trabalho de parto pode ser singular para cada mulher, com significados próprios, arraigados na vivência pessoal. Mesmo possuindo significações diferenciadas sobre o trabalho de parto, elas compartilham de sentimentos como dor, ansiedade e desespero, presentes no núcleo central.

3º Estímulo: Parto

O quadro 05 mostra os elementos que compõem as representações sociais sobre o parto, termo que obteve 341 palavras evocadas. A frequência média de ocorrência foi 10 e a média das ordens médias 2,5.

Quadro 05: Quadro de quatro casas à palavra indutora parto. Fortaleza-CE, 2013

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência >= 10 / Rang < 2,5			Frequência >= 10 / Rang > 2,5		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Alegria	22	2,000			
Alívio	35	2,057			
Dor	21	2,333			
Emoção	11	1,818			
Felicidade	27	1,704			
Nascimento	11	1,636			
Satisfação	22	2,000			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 10 / Rang < 2,5			Frequência < 10 / Rang >= 2,5		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Amor	09	1,333	Medo	07	2,571
Amor-materno	09	1,556			
Ansiedade	06	1,833			
Cuidado	08	2,125			
Desespero	08	2,250			
Responsabilidade	05	2,200			
Vida	05	1,200			

*FREQ – Frequência

Nas respostas das participantes, no quadrante superior esquerdo, pôde-se observar que os sentimentos alegria, emoção e felicidade representam o parto como um momento positivo para a mulher e sua família. O comportamento da mulher na vigência da dor durante o trabalho de parto e o parto é variável. Ao utilizar o estímulo trabalho de parto, a dor é expressa de forma mais intensa, permeada de ansiedade e desespero. Diante do termo indutor parto, a dor está vinculada ao alívio da sensação dolorosa, sendo alívio a palavra mais prontamente evocada e relacionada com o término do processo de parturição, ou seja, se livrar das dores intensas das contrações uterinas.

A dor experienciada durante o trabalho de parto e parto tem um ciclo previsível de picos e patamares. Contudo, cada mulher percebe tal dor como experiência única e pessoal. A satisfação em relação ao parto está intimamente ligada à superação da dor, que possui como resultado o nascimento de seu filho por isso a palavra dor foi central nas representações sobre parto.

Como elementos de contraste, temos amor, amor-materno, ansiedade, cuidado, desespero, responsabilidade e vida. O parto é considerado um momento único e singular do ciclo gravídico-puerperal em virtude da ocorrência de muitas mudanças orgânicas e corporais, bem como de emoções intensa e importante do processo de transição para a maternidade, quando, finalmente, mãe e filho poderão se encontrar frente a frente. Essa transição pode ser observada nos termos amor, amor-materno e vida, que aflora como pontos positivos o cuidado e a responsabilidade.

Na 2ª periferia surge a palavra medo que pode estar relacionada ao parto vaginal devido à falta de informação e de diálogo franco e esclarecedor entre os profissionais de saúde e a mulher sobre seus anseios, dúvidas e dificuldades. A partir do medo a parturiente passa a vivenciar o nascimento de seu filho com desespero tornando o parto como um evento traumático para ela e sua família.

Pôde-se verificar no estudo de Lopes et al (2009), que nas participantes prevaleceram sentimentos positivos em relação ao parto e relataram que o alívio da dor nesse período foi o motivo que tornou maravilhosa essa ocasião. Para estas mulheres, o instante do nascimento foi relatado como permeado de emoções e pela magia de ser mãe, evidenciando a capacidade de trazer uma vida ao mundo como uma experiência maravilhosa, algo sagrado e natural. O que a parturiente mais deseja é parir rapidamente, poder estar com seu filho e se livrar das dores intensas. Assim que o parto acontece, o sentimento que flui é de alívio, de

alegria e de felicidade, principalmente pela dor ter sido superada e por ter seu filho em seus braços (SANTOS et al, 2011).

Os anseios provenientes da vivência da mulher durante a gestação podem levar a sentimentos como medo, preocupação e incerteza, além de influenciar a maneira de perceber as manifestações e as alterações que ela vivencia nesse momento. Essas impressões estão relacionadas às grandes mudanças que ocorrem no período gestacional. A experiência única de ser mãe faz da gestante um ser frágil e vulnerável à nova realidade. Nesse momento, ela precisa iniciar um processo de adaptação e reposicionamento de seu papel. Isso exige da mulher a capacidade de dar sentido a essa vivência (ALMEIDA et al, 2011).

4º Estímulo: Cuidado no trabalho de parto e parto

Para esse estímulo as puérperas evocaram 338 palavras. Como elementos centrais, temos assistência dos profissionais, atenção, cuidado, cuidado com a criança, dor, exercícios, força, higiene, orientação do trabalho de parto, orientação no parto e paciência (Quadro 06).

Quadro 06: Quadro de quatro casas à palavra indutora cuidado no trabalho de parto e parto. Fortaleza-CE, 2013

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência >= 10 / Rang < 2,5			Frequência >= 10 / Rang > 2,5		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Assistência dos profissionais	16	1,500			
Atenção	19	2,000			
Cuidado	11	1,727			
Cuidado com a criança	11	1,818			
Dor	10	2,200			
Exercícios	11	2,455			
Força	22	1,909			
Higiene	10	1,800			
Orientação do trabalho de parto	21	1,857			
Orientação no parto	15	2,467			
Paciência	10	2,200			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 10 / Rang < 2,5			Frequência < 10 / Rang >= 2,5		
	FREQ*	RANG		FREQ*	RANG
Adesão ao pré-natal	08	2,200	Felicidade	06	2,500
Amor	05	1,800			
Ansiedade	06	2,167			
Responsabilidade	07	1,857			
Tranquilidade	08	1,875			

*FREQ – Frequência

Observa-se que a expressão assistência dos profissionais possui o menor *Rang* em comparação com as demais e pode estar relacionada com a maneira de atendimento à parturiente que se deu por meio da atenção e do cuidado e traduz como uma resposta positiva em relação ao trabalho realizado pelos profissionais. A expressão orientações do trabalho de

parto está intimamente ligada à palavra exercícios e força, ou seja, as mulheres eram orientadas a realizar práticas não farmacológicas como a deambulação, a respiração e o diálogo para o alívio da dor e progressão do trabalho de parto e no momento do parto eram orientadas para colocar força e não gritar. Contudo, receber informações suficiente e adequada é sinônimo de humanização, representa o cuidado na atenção e constitui a característica desejável de um profissional competente.

A Organização Mundial da Saúde (1996) recomenda amplamente o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor pela possibilidade de produzir muitos benefícios para a maior parte das mulheres. No estudo de Wei, Gualda e Santos Junior (2011) a liberdade para deambular foi referida pelas as mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do trabalho de parto, uma vez que retira o foco de atenção da mulher na dor.

Os termos adesão ao pré-natal, amor, ansiedade, responsabilidade e tranquilidade constituíram a zona de contraste conforme o quadro 06. As mulheres relacionaram a adesão ao pré-natal como forma de cuidado. Realizar as consultas e os exames, receber orientações acerca da gestação, do trabalho de parto, do parto e puerpério, fazem parte dessa concepção. Para Guerreiro et al (2012), as gestantes consideram um pré-natal de qualidade aquele que tem um bom acolhimento, educação em saúde, atenção integral à mulher gestante e o número mínimo de seis consultas.

Vale ressaltar que o termo ansiedade apareceu no segundo e terceiro estímulos, visto que no segundo foi representado como núcleo central da expressão indutora trabalho de parto. O medo do desconhecido leva a ansiedade, para tanto é relevante que os profissionais prestem uma atenção qualificada à parturiente e a sua família para que o processo de parturição aconteça com tranquilidade. Finalmente, com a emoção do nascimento de seu filho e o término desse processo, surgem os sentimentos de amor, cuidado e felicidade, este último situado na 2º periferia.

Análise lexical dos conteúdos representativos das puérperas

Classe 03: O atendimento dos profissionais de saúde e a humanização

Esta é uma classe formada por 123 UCE e 80 palavras analisáveis. Trata-se da classe de maior significância estatística em termos de agregação de UCE, perfazendo 45% do total.

Para melhor ilustrar a discussão da classe 03, construiu-se um quadro (Quadro 07) agregando-se as palavras representativas com seus respectivos qui-quadrados que sinalizam a importância semântica de cada palavra dentro da classe. O programa realizou um corte contendo as palavras com Khi2 maior ou igual a 06. As palavras são expostas em sua forma reduzida, porém para facilitar a leitura optou-se pelo emprego da palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as UCE dessa classe.

Quadro 07: Palavras representativas da classe 03. Fortaleza-CE, 2013

Palavra reduzida	Contexto semântico	Khi2
<i>toque</i>	Toque	64
<i>exame</i>	Exame	56
<i>fez</i>	Fez	46
<i>bolsa</i>	Bolsa	46
<i>centímetro</i>	Centímetro	43
<i>estour</i>	Estourar	42
<i>chegu</i>	Cheguei	31
<i>aguard</i>	Aguardar	31
<i>tava</i>	Tava	22
<i>intern</i>	Internação	20
<i>vier</i>	Vieram	19
<i>dilat</i>	Dilatação	14
<i>nas</i>	Nascer	13
<i>volt</i>	Voltei	13
<i>examin</i>	Examinada	12
<i>sal</i>	Sala	11
<i>casa</i>	Casa	11
<i>manha</i>	Manhã	10
<i>diss</i>	Disseram	8
<i>retornei</i>	Retornei	8
<i>fizeram</i>	Fizeram	7

Os vocábulos ilustrativos dessa classe são: toque, exame, fez, bolsa, centímetro, estourar, cheguei, aguardar, tava, internação, vieram, dilatação, nascer, voltei, examinada, sala, casa, manhã, disseram, retornei e fizeram.

As formas reduzidas acima apresentam um contexto semântico único que são expressos nas representações das puérperas sobre o atendimento que está associado ao exame de toque vaginal, como pode ser visualizado nas seguintes palavras: toque, exame, bolsa, centímetro, estourar, dilatação, e ao início do trabalho de parto com a finalidade de uma possível internação hospitalar, o que é demonstrado pelos termos: cheguei, aguardar, internação, voltei, sala, examinada, casa, manhã, retornei.

Estas puérperas ancoraram suas representações na satisfação em relação ao atendimento dos profissionais de saúde, tendo como destaque nos depoimentos abaixo algumas formas de cuidado: a atenção, o apoio, a paciência e o diálogo.

*Eu fui bem atendida, muito bem atendida. O que eu posso falar é isso, até a hora que eu entrei e até a hora que eu sai eu fui muito bem atendida. As meninas me deram muita atenção, os médicos e as enfermeiras também. (uce n°105; khi2 = 18; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Os médicos daqui não são ignorantes, as enfermeiras também não são ignorantes. Os médicos são brincalhões, fica conversando pra gente não ficar assustada e relaxar. (uce n°217; khi2 = 14; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

*Eu sei que a enfermeira eu lembro muito bem dela, me deu muito apoio, ficou conversando comigo o tempo todo, quando ela vinha conversar ela dizia que não ia doer, que isso era normal e que toda mulher passava por isso e que eu tinha que ajudar. (uce n°126; khi2 = 12; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_3).*

Essas formas referenciam para um parto humanizado com a compreensão e ajuda dos profissionais. Além disso, a maternidade do estudo também desenvolve alguns projetos de humanização e apoia o direito ao acompanhante no momento do parto, sendo os motivos que levou a gestante a escolher essa instituição para parir.

*Acredito que, se alguma mulher falar, eles (profissionais de saúde) vão ter paciência sabe, eles compreendem, então o meu parto foi humanizado. (uce n°344; khi2 = 15; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Porque eu quis, minha mãe não queria, ninguém queria porque é hospital público, mas na rede particular não tem o parto humanizado tem aqui, não tem, então eu quis fazer meu pré-natal aqui, eu quis fazer tudo aqui, gosto demais daqui. (uce n°322; khi2 = 14; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Foi humanizado, certo que eu não tenho noção do que seja humanização. Com relação aos hospitais, eu pesquisei bastante e acredito que esse hospital seja o mais humanizado no atendimento, no tratamento com as mães, na consciência que os profissionais tem de ajudar a gente, eles tem paciência com a gente. (uce n°343; khi2 = 13; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*O apoio que eu queria ter no tive em relação a minha família ou amigo mesmo, seja quem for, queria que estivesse na hora do parto, porque dos meus filhos eu não tive essa oportunidade, só aqui no hospital que tem essa oportunidade em relação a família. (uce n°323; khi2 = 14; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

Observa-se nesses conteúdos o esforço intelectual das mulheres em dar sentido ao objeto, de ancorá-lo aos conhecimentos previamente estabelecidos (Jodelet, 2001; Moscovici,

2003; Nóbrega, 2003), como no atendimento dos profissionais de saúde e no processo de humanização do parto e nascimento.

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado oferecido a outras pessoas, assim, no estudo de Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011) o cuidado oferecido pelas enfermeiras durante o trabalho de parto e parto se deu por meio de orientações, apoio emocional, contato direto (toque) e realização de procedimentos da rotina obstétrica. Logo, o cuidado de enfermagem, em suas diversas formas, é visto como imprescindível por proporcionar conforto e bem estar para as mulheres.

No estudo que avaliou a assistência prestada no pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA revelou que a assistência foi classificada como boa pela análise dos indicadores: presença do acompanhante, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, aleitamento e contato imediato mãe-filho no parto (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

Pôde-se observar em alguns relatos um sentimento de revolta em relação ao atendimento do médico no acompanhamento do parto que pode ter sido de forma traumática e partir dessa experiência o apoio de psicólogas é importante, pois passa conforto para as mulheres, segundo a entrevistada 20. O atendimento do médico também foi representado na maneira de prestar assistência entre sala de parto e alojamento conjunto e na falta de humanização de alguns profissionais.

*A culpa foi do médico, do médico que fez o meu parto, a culpa foi dele. Eles falam como se a culpa não fosse do medico, a culpa não fosse do hospital, a culpa fosse da gestação, do mal acompanhamento do pré-natal e a gente sabe que não foi, não foi. (uce n°273; khi2 = 16; uci n°20: *ent_20 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Acho que é por isso que tem tanta psicóloga, misericórdia! É o dia todinho entrando e saindo. Acho que é isso, porque os médicos acabam com a vida das mulheres, tem que ter as psicóloga para confortar a gente. (uce n°278; khi2 = 25; uci n°20: *ent_20 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Lá (sala de parto) eu acho melhor porque a gente fica só a noite e no outro dia já temos alta, a gente já vai embora, aqui (alojamento conjunto) não, aqui muda de médico direto, entra um depois entra outro. (uce n°216; khi2 = 14; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

*Não tem consideração, é desumano e triste, o médico que me atendeu. Eu acho que fica mesmo só a revolta, é muito revoltante. (uce n°265; khi2 = 12; uci n°20: *ent_20 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Fui para vários hospitais e não fui tão mal tratada como fui por esse médico, faço nem questão de saber o nome dele, agora todos os outros foram excelentes. (uce n°323; khi2 = 14; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

As perspectivas das usuárias dos serviços públicos sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal permite considerar que o momento do parto pode ser caracterizado como de considerável medicalização, muito preso às rotinas e resistentes à humanização. Também, em relação a essa perspectiva, pode-se considerar que, nos períodos pré-natal e puerperal, o cuidado não é isento de problemas, sendo as mulheres geralmente tratadas como coadjuvantes, em processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais (PARADA; TONETE, 2008).

A percepção de puérperas quanto à atenção recebida durante o processo parturitivo permitiu desvelar que elas permaneceram sozinhas na sala de parto, sendo submetidas à utilização de condutas comprovadamente maléficas para a evolução do trabalho de parto e do parto, tais como a utilização indiscriminada da ocitocina intravenosa e a restrição ao leito obstétrico, representando a falta de humanização da assistência prestada pela equipe de saúde e a ausência de vínculo entre parturientes e profissionais de saúde (SANTOS et al, 2012).

Com base nessas considerações e em coerência com os princípios do PHPN (BRASIL, 2001), postula-se que a mulher deve ser reconhecida como principal partícipe do processo de parturição, tendo suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas que, baseadas em evidências, permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido.

A presença do acompanhante no momento do trabalho de parto e parto é benéfica na assistência à parturiente, pois promove além do apoio físico, o psicológico, o social, o espiritual e o emocional. Esse acompanhante, muitas vezes, pode ser a amiga, o companheiro, a mãe, os profissionais da sala de parto e outros.

*Praticamente eu tive amigos, primeiramente Deus e segunda elas (enfermeiras) que me ajudaram, apesar de eu ter conhecido elas só ontem, mas foi o bastante pra eu saber que eu estava com alguém ali, com alguém me apoiando. (uce n°197; khi2 = 17; uci n°17: *ent_17 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

*A mulher passa aquele apoio, mas meu esposo deu aquele apoio físico e emocional totalmente. (uce n°311; khi2 = 12; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

Nesse sentido, evidências científicas recentes demonstram que medidas de conforto físico e emocional auxiliam no desencadeamento do parto, diminuindo-lhe a duração e a necessidade de intervenções (Santos; Tambellini; Oliveira, 2011). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, que foi fortalecida em 2005 pela Lei n° 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pelo Congresso Nacional Brasileiro, que garante o direito de um acompanhante escolhido pela mulher, durante seu processo de parturição, nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

A participação do pai no momento do parto traz muitas contribuições não só para as crianças, por facilitar a formação do vínculo pai e filho, mas também para as mulheres, pela possibilidade de conferir maior segurança emocional e compartilhamento desse processo, além de contribuir para a construção da paternidade participante e afetiva (OLIVA; NASCIMENTO; SANTO, 2010).

Não há dúvida de que as informações sobre saúde circulam através de várias fontes e espaços, seja pelos profissionais, pela mídia, pelos próprios usuários do sistema de saúde, membros da sociedade, contribuindo para a formação de saberes e representações (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

Classe 02: Vivência do processo de parturição

A classe 02 é formada por 109 UCE e 88 palavras analisáveis. Em termos de agregação de UCE, sua significância estatística é de 39% do total. O quadro 08 apresenta as palavras reduzidas e completas mais representativas da classe e seus respectivos Khi2. Nesta classe, o programa realizou um corte contendo as palavras com Khi2 maior ou igual a 12.

Quadro 08: Palavras representativas da classe 02. Fortaleza-CE, 2013

Palavra reduzida	Contexto semântico	Khi2
<i>forc</i>	Força	39
<i>and</i>	Andar	33
<i>mand</i>	Mandaram	24
<i>nasc</i>	Nascer	24
<i>cama</i>	Cama	23
<i>cavalinho</i>	Cavalinho	23
<i>fiquei</i>	Fiquei	21
<i>fic</i>	Ficar	19

<i>bola</i>	Bola	18
<i>lado</i>	Lado	16
<i>perna</i>	Perna	16
<i>deit</i>	Deitada	15
<i>cort</i>	Corte	14
<i>posicao</i>	Posição	14
<i>baix</i>	Baixasse	13
<i>cima</i>	Cima	13
<i>bot</i>	Botar	12
<i>ped</i>	Pedia	12
<i>pra</i>	Pra	12
<i>part</i>	Parto	12
<i>coloc</i>	Colocar	12

Moscovici (2009) afirma que para se compreender uma representação social há necessidade de primeiramente se identificar seu núcleo figurativo, o qual relaciona um conceito e uma imagem. Para esse autor, enquanto não se discernir claramente o caráter inseparável do que pensa e imagina uma maioria, não se pode afirmar a existência de tal representação e nem a objetivação desses elementos.

Percebe-se que os vocábulos ilustrativos dessa classe são: força, andar, mandaram, nascer, cama, cavalinho, bola, lado, perna, deitada, posição, cima, parto e colocar. Estas palavras expressam as orientações de profissionais acerca do manejo do trabalho de parto e parto e o que se pode observar pelas palavras de maior associação com a classe é que essas orientações estão relacionadas à força que é percebida pelas participantes como uma atitude necessária para parir, a prática de exercícios, como a deambulação, o cavalinho e a bola e a adoção de posições que podem promover conforto a parturiente e ao profissional de saúde.

O trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que causam contrações uterinas, dor, dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal. Devido a este processo fisiológico, cabe aos profissionais orientar e estimular as mulheres a utilizar meios não farmacológicos com o propósito de promover a evolução do trabalho de parto e o alívio das dores. As puérperas do estudo ressaltaram que durante sua parturição eram orientadas a utilizar a bola, o cavalinho e o chuveiro e realizar exercícios de deambulação, de respiração, de relaxamento e de força, além disso, os profissionais passavam tranquilidade a elas e realizavam massagens.

*Como eu tava muito escandalosa, ela (enfermeira) pedia pra que eu tivesse calma, que eu não fizesse escândalo. (uce n°41; khi2 = 27; uci n°06: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Eles falaram para eu não fazer muito barulho, não fazer escândalo e ficar relaxada e fazer força pra baixo, respirar pra baixo, porque se eu respirar pra cima ela poderia subir e complicar mais ainda o meu trabalho de parto. (uce n°124; khi2 = 16; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Durante o meu trabalho de parto eles deram uma massagem nas minhas costas. (uce n°3; khi2 = 14; uci n°1: *ent_01 *ida_1 *ecs_1 *par_1 *aco_1 *K_1).*

*No meu trabalho de parto me mandaram ficar relaxada, não fazer muito barulho, não gritar, essas coisas assim. (uce n°108; khi2 = 14; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_1).*

*Quando foi de manhã me transferiram para uma cadeira, depois me mandaram andar e fazer o cavalinho. (uce n°161; khi2 = 13; uci n°17: *ent_17 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

*No meu trabalho de parto fiquei sentada em cima de uma bola me movendo em cima de uma bola e tipo um banquinho tipo bicicleta que vai pra frente e pra trás e andar. (uce n°2; khi2 = 12; uci n°1: *ent_01 *ida_1 *ecs_1 *par_1 *aco_1 *K_1).*

No estudo de Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011) as mulheres eram orientadas a utilizar as técnicas de cuidado como deambulação, cavalinho, bola de parto e banho de aspersão para fortalecer a musculatura pélvica, auxiliar na dilatação do colo do útero e para o alívio das dores e relaxamento. Essas técnicas têm o objetivo de resgatar o caráter fisiológico do processo do nascimento através do fortalecimento do corpo da parturiente.

Em relação aos tipos de cuidados não farmacológicos orientados pelos profissionais de saúde, a técnica mais aceita pelas as participantes foi o banho, no entanto outras técnicas surgiram, como a deambulação, o cavalinho e a bola de parto. O cavalinho consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente e promove um balanço pélvico (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Nascimento et al (2010) evidenciam em seu estudo que as mulheres foram estimuladas pelas as enfermeiras ao banho de imersão e de alguns exercícios físicos como a deambulação e o agachamento. As enfermeiras realizaram também massagens. Caus et al (2012) complementam que para o alívio da dor e evolução do trabalho de parto foram proporcionados para as parturientes massagem na região sacra e dorsal, ambiente confortável, banhos térmicos, exercícios na bola e hidratação.

Os benefícios observados pelas as enfermeiras sobre a utilização da bola durante o trabalho de parto foram o auxílio na descida e no encaixe da apresentação fetal, o relaxamento da parturiente, a progressão do trabalho de parto, a exercitação da região perineal, o alívio da dor, o auxílio da dilatação cervical, a promoção de benefícios psicológicos e da movimentação materna (SILVA et al, 2011).

Apesar das orientações dadas pelos os profissionais quanto à realização de exercícios, a entrevistada 19 da classe 02 preferiu ficar deitada e relaxar o máximo possível para guardar energia suficiente para o parto. A entrevistada 11 pertencente a essa mesma classe disse que fez o cavalinho, mas não gostou e preferiu ficar deitada na cama, pois é mais confortável.

*Eles me mandaram ir para o cavalinho, ir pra cadeira, tomar um banho, andar, mas eu preferia ficar deitada porque já tava muito perto, então eu fiquei deitada tentando relaxar o máximo possível, guardar energia pra hora do parto. (uce n°226; khi2 = 26; uci n°19: *ent_19 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_1).*

*Durante o meu trabalho de parto eu fiz só o exercício do cavalinho, depois ela me mandou passar pra cama, eu não gostei do cavalinho, preferi ficar deitada na cama porque é mais confortável. (uce n°88; khi2 = 16; uci n°11: *ent_11 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

A realização dos exercícios durante o trabalho de parto proporciona alguns benefícios para a mulher, além do suporte físico e emocional. A falta de informações sobre o processo de parturição pode desencadear na parturiente ansiedade, medo e desespero. Assim, esta desenvolverá dificuldade para enfrentar esse processo de forma tranquila e, muitas vezes, não aceita realizar atividades para o alívio da dor e progressão do trabalho de parto. As atitudes, a maneira como a parturiente usa seu corpo e o modo de se comportar dependem essencialmente das informações recebidas no Pré-Natal e do contexto socioeconômico.

*Durante o meu trabalho de parto elas me mandaram ir pra aquela cadeirinha, mas eu não aguentava nem ficar de pé, seu eu fizesse exercício ai que eu me desesperava cada vez mais, ai eu fiquei só na maca mesmo sentindo dor e a dor apertando. (uce n°22; khi2 = 11; uci n°5: *ent_05 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_4).*

Não há dúvida de que as informações sobre saúde circulam através de várias fontes e espaços, seja pelos profissionais, pela mídia, pelos próprios usuários do sistema de saúde, membros da sociedade, contribuindo para a formação de saberes e representações (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003). Os profissionais devem manter um diálogo aberto e

informativo à mulher, proceder as orientações de maneira correta e que esta entenda o que está sendo dito.

É necessário reduzir o máximo possível a ansiedade da mulher no trabalho de parto, a fim de que possa ser aliviada a tensão e o medo de elementos que interferem no processo natural do parto. Assim, a presença da enfermeira obstetra transmite conforto, segurança e apoio (CAUS et al, 2012).

Diversas mudanças ocorrem no organismo da mulher, que necessita de inúmeras informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, que lhe permitirão a aquisição de poder de decisão e autonomia para cuidar de si e do filho. As mulheres não tinham o poder de decisão em relação ao seu trabalho de parto, mas eram orientadas pelos profissionais a colocar força no período expulsivo e ficar com o queixo para baixo.

*Então ele (médico) me ensinou como eu deveria fazer e eu fiz do jeito que ele mandou. No momento do parto eles pediram que eu ficasse em posição, fizesse a força bem direitinha, não era pra cima era pra baixo e do jeito que eles mandaram eu fiz. (uce n°72; khi2 = 21; uci n°9: *ent_09 *ida_3 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Quando a dor vier você empurre pra baixo, faça força pra baixo e quando a dor vinha eu fazia força para ver se já havia mais passagem pra ela. (uce n°39; khi2 = 11; uci n°6: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Tudo que ela tava mandando eu fazer em relação a isso eu fazia, depois ela pedia pra quando vir a dor eu botar o queixo par baixo e colocar força, depois elas agradeciam: isso, muito bem, mais um pouco, o bebê já está vindo. (uce n°187; khi2 = 09; uci n°17: *ent_17 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

Na maioria das vezes, a mulher se encontra submetida às condutas pré-estabelecidas nos protocolos assistenciais dos serviços e a evolução do parto é controlada, o que impede sua participação ativa do processo. O exercício da autonomia durante a parturição implica, necessariamente, no respeito pelo direito da mulher de participar das decisões quantos aos cuidados que necessita e reconhece como importantes para o seu bem-estar. Autonomia, individualidade e privacidade são condições imprescindíveis para o cuidado humanizado (GONÇALVES et al, 2011).

O período expulsivo exige participação ativa da mulher, pois as contrações involuntárias do útero somadas à contração instintiva do abdome tornam efetivos os esforços despendidos, assim, as orientações fornecidas pela enfermeira sobre ações que poderiam ser proveitosas para encurtar o período foram consideradas importantes pelas entrevistadas. As

orientações expressas consistiram, especificamente, no firmamento dos braços em pontos de apoio da mesa de parto (barras de apoio), técnicas de respiração para o relaxamento nos intervalos entre as contrações, contração da musculatura abdominal (fazer força) e não gritar para manter a imobilização do tórax (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

As posições para parir, como a semi-sentada, a litotômica, a de decúbito lateral e a de cócoras foram adotadas pelas as participantes. Algumas participantes referiram desconforto e outras aceitaram a posição de decúbito lateral e de cócoras pelo o fato de tornar mais fácil e rápido o seu parto.

*No meu parto eu fiquei deitada, ela (enfermeira) colocou tipo um arco e colocou meus pés pra cima pra eu ficar com as pernas bem abertas pra não fechar na hora pra não prejudicar a bebê. (uce n°41; khi2 = 27; uci n°06: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Tinha um arco, ela pediu pra eu colocar a perna direita em cima do arco porque ficava melhor pra eu botar força, eu não achava que tava bom pra mim, mas era o ideal mesmo pra poder ajudar. (uce n°186; khi2 = 12; uci n°17: *ent_17 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

*No meu parto foi rápido, eles mandaram ficar só com as pernas abertas pra criança sair. (uce n°91; khi2 = 11; uci n°11: *ent_11 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

*A posição do parto eu tava de perna pra cima que a gente fica só naquela posição mesmo e pronto pra ter a criança. (uce n°53; khi2 = 10; uci n°07: *ent_07 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_2).*

*No meu parto eu fiquei de lado, tive ele de lado, foi bom porque se eu ficasse olhando pra cima eu ia ficar sem ar. (uce n°96; khi2 = 10; uci n°12: *ent_12 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

*Eu fiquei em cima da cama num banquinho, aquela posição do banquinho, tinha os ferros pra segurar e fazer força. Na hora mesmo eu nem me lembro da dor, só sei que eu tava colocando força e o menino nasceu, talvez deitada fosse mais difícil, no banquinho foi melhor. (uce n°154; khi2 = 10; uci n°16: *ent_16 *ida_1 *ecs_2 *par_2 *aco_1).*

Uma pesquisa documental realizada na Casa de Parto David Capistrano Filho revelou que no período de março de 2004 a dezembro de 2009 ocorreram 1.477 partos normais (100%) com as variações de posições adotadas pelas mulheres no parto. As principais posições adotadas foram a lateral (495 – 22,5%), a vertical (333 – 14,2%), a semivertical (295 – 20,0%) e a cócoras (209 – 14,2%). Na posição semivertical estão incluídas as parturientes que adotaram essa posição tanto na banheira quanto na cama da suíte de parto. As demais

optaram pela posição em pé, ajoelhada, em quatro apoios (apoiada sobre as mãos e os joelhos) (PEREIRA et al, 2012).

Vê-se nas representações a realização de práticas intervencionistas por alguns profissionais de saúde, como a episiotomia e o uso de ocitocina, a falta de orientações acerca dos exercícios no trabalho de parto e a ausência de materiais disponíveis para prestar assistência à parturiente e ao recém-nascido.

*Porque eu não consegui colocar ela pra fora, depois que ela fez o corte a neném saiu rapidamente. (uce n°41; khi2 = 27; uci n°06: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Foi feito um pequeno corte, depois do parto eles deram anestesia pra me pontear. (uce n°53; khi2 = 10; uci n°07: *ent_07 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_2).*

*Lá deram injeção em mim pra ter força, só foi muito bom não porque dói demais, eu tava com as pernas abertas aí quando vinha a dor botava força pra sair. (uce n°2; khi2 = 12; uci n°1: *ent_01 *ida_1 *ecs_1 *par_1 *aco_1 *K_1).*

*Durante o meu trabalho de parto fiquei só deitada, virada com a perna pra cima esperando o menino nascer e botando força pra ver se o menino descia, não fiz nenhum tipo de exercício, fiquei só mesmo deitada, virada pra ver se ele descia. (uce n°100; khi2 = 19; uci n°13: *ent_13 *ida_3 *ecs_2 *par_2 *aco_2 *K_4).*

*Não, não mandaram eu fazer nada, não precisava assim dos exercícios que tem lá, aquela bola, aquelas coisa lá, eles falaram só pra eu ficar relaxada e fazer força. (uce n°108; khi2 = 14; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_1).*

*Não tinha material pra fazer o parto dela, só tinha material pra fazer curetagem, não tinha material de parto, só tinha material pra curetagem, o cordão umbilical dela foi cortado com uma gilete. (uce n°142; khi2 = 10; uci n°15: *ent_15 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

No Brasil, o Ministério da Saúde não preconiza um limite aceitável de episiotomia no parto, apesar de recomendar a utilização restrita desse procedimento. As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo – lacerações de 3° e 4° graus – e não previne lesões no polo cefálico e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto. Por outro lado, a episiotomia é uma dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente (GUPTA; HOFMEYR, 2008).

A episiotomia deverá ser utilizada mediante as situações específicas como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, ameaça de laceração de terceiro grau. Constatou-se que a maioria das mulheres foi submetida a episiotomia no parto, não se evidenciando uma indicação prévia que justificasse o uso de tal técnica, sendo realizada como uma prática de rotina hospitalar (SILVA; SANTOS, 2009).

O uso indiscriminado de ocitocina para aceleração do trabalho de parto ou indução do parto, quando usado precocemente, pode produzir como efeito adverso a hiperestimulação uterina e o aumento das contrações. Esses efeitos podem trazer riscos para o feto como, o sofrimento fetal agudo, além de grande desconforto para a mãe, devido às intensas dores, podendo se tornar um indicativo para o parto cirúrgico. A maioria das mulheres manteve-se restrita ao leito assumindo a posição supina durante quase todo o trabalho de parto (SILVA; SANTOS, 2009).

Estudos já realizados afirmam que há diversas vantagens para a mulher quando esta caminha. Os resultados mostram que a duração do trabalho de parto para mulheres que deambulam é mais curta, as contrações são menos dolorosas, a necessidade de analgésico é menor e a incidência de variações patológicas nos batimentos cardíacos fetais diminui (BALASKAS, 1993).

Um importante objetivo da assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto consiste no alívio da dor e no controle das emoções (RICCI, 2008). Para tanto, quando se refere a cuidados não farmacológicos torna-se necessário uma orientação por parte da equipe, mesmo que esses cuidados já tenham sido orientados durante o pré-natal ou em outra situação (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Habitualmente, o mais esperado pela mulher após o nascimento é segurar o bebê em seus braços, ficar por alguns instantes admirando a nova vida que colocou no mundo. As mulheres representaram o nascimento através de sentimentos, como alegria, felicidade, emoção e alívio pelo término da profunda dor das contrações uterinas.

*Eu fiquei feliz quando ela nasceu eles botaram ela em cima de mim, ainda chorei emocionada. (uce n°143; khi2 = 25; uci n°15: *ent_15 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Depois que nasceu senti muita alegria, chorei de alegria, fiquei muito feliz com o nascimento do bebê. (uce n°3; khi2 = 14; uci n°1: *ent_01 *ida_1 *ecs_1 *par_1 *aco_1 *K_1).*

*Essa dor é horrível porque dói demais, quando ele sai a gente sente um alívio muito grande. (uce n°91; khi2 = 11; uci n°11: *ent_11 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

*Quando o bebê nasceu senti um alívio, não senti mais nenhuma dor. (uce n°96; khi2 = 10; uci n°12: *ent_12 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia e oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu parto, propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude.

A trajetória de parturientes

Classe 01: Avaliação do início do trabalho de parto

A classe 01 formou-se na última repartição do *corpus*, juntamente com a classe 04, porém por ter significância estatística maior em termos de agregação de UCE, perfazendo 9,0% do total, foi descrita antes da classe 04. Seus conteúdos são bem aproximados, por serem as últimas a sofrer divisão. Ambos discutem o tema “A trajetória de parturientes”. A classe 01 trata de como é realizada a avaliação da gestante em relação ao início do trabalho de parto, enquanto a classe 04 expõe a peregrinação da gestante à emergência obstétrica no início do trabalho de parto.

É formada por 25 UCE e 38 palavras analisáveis. O quadro 09 apresenta as palavras reduzidas e completas mais representativas e seus respectivos Khi2. O programa realizou um corte da classe 01 contendo com Khi2 maior ou igual a 07.

Quadro 09: Palavras representativas da classe 01. Fortaleza-CE, 2013

Palavra reduzida	Contexto semântico	Khi2
<i>toque</i>	Toque	64
<i>exame</i>	Exame	56
<i>fez</i>	Fez	46
<i>bolsa</i>	Bolsa	46
<i>centímetro</i>	Centímetro	43
<i>estour</i>	Estourado	42
<i>chegu</i>	Cheguei	31
<i>aguard</i>	Aguardar	31
<i>tava</i>	Tava	22
<i>intern</i>	Internada	20
<i>Vier</i>	Vieram	19
<i>dilat</i>	Dilatado	14

<i>nas</i>	Nas	13
<i>volt</i>	Voltasse	13
<i>examin</i>	Examinar	12
<i>sal</i>	Sala	11
<i>casa</i>	Casa	11
<i>manha</i>	Manha	10
<i>diss</i>	Disse	8
<i>retornei</i>	Retornei	8
<i>fizeram</i>	Fizeram	7

Os vocábulos ilustrativos dessa classe são: toque, exame, bolsa, centímetro, estourado, cheguei, aguardar, internada, dilatado, voltasse, examinar, casa e retornei. Estas palavras representam a avaliação de profissionais de saúde quanto ao início do trabalho de parto. Essa avaliação ocorreu através do exame de toque vaginal para verificar os centímetros da dilatação cervical, assim poderia ser admitida para a sala de parto ou retornava para sua residência para aguardar o aumento das contrações uterinas.

Quando a gestante chega ao centro obstétrico com dilatação cervical de 3cm ou mais e contrações com frequência de pelo menos três a cada 10 minutos, presume-se que esteja em fase ativa do trabalho de parto. Na fase latente que corresponde ao período inicial e lento do trabalho de parto, caracterizado por contrações irregulares de intensidade fraca, a internação deve ser evitada, pois poderá gerar falsas expectativas de evolução, favorecendo intervenções desnecessárias (FREITAS et al, 2011).

As mulheres relataram que após a avaliação realizada pelos profissionais na emergência eram orientadas a retornar para sua residência para aguardar o aumento das contrações uterinas, pois ainda estavam na fase inicial do trabalho de parto. Durante essa fase é importante que a mulher se mantenha tranquila e segura para que a evolução do seu trabalho de parto aconteça de forma mais fácil e a sua residência pode ser um lugar que propicie maior conforto a ela e sua família.

*Disse que eu tinha que aguardar porque não tinha ordem para internar porque eu só estava com três centímetros, não tinha estourado a bolsa, eu fiz a cardiotocografia no mesmo momento e tava tudo bem com ela, então eu retornei para casa (uce n°282; khi2 = 39; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Assim eu cheguei, entrei para a sala de toque ai ele fez o exame eu estava só com dois centímetros, ai ele disse que eu voltasse pra casa e com duas horas eu voltasse pra ele me examinar de novo (uce n°32; khi2 = 34; uci n°6: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

Eles perguntaram se eu quisesse ficar lá aguardando podia ser nas próximas horas, eu preferi voltar, é melhor ficar em casa com certeza, eu peguei e retornei, mas não fui para a minha casa porque é longe,

*eu fui para a casa da minha sogra. (uce n°283; khi2 = 10; uci n°21: *ent_21 *ida_1 *ecs_3 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*Quando foi na quinta feira pela manhã eu vi aqui, fui atendida com doutor só que só tinha dilatado um centímetro, eu retornei pra casa, quando foi no domingo eu retornei pra cá, mas também só tinha dilatado só mais meio centímetro com doutor e tudo e retornei pra casa esperando realmente sentir a dor (uce n°18; khi2 = 35; uci n°5: *ent_05 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_4).*

*Eu comecei a sentir dor quarta feira, de quarta para quinta começando das seis horas da noite foi até quatro horas da manhã, ai fui para o hospital e lá eles fizeram exame em mim, mas não tava ainda na hora (uce n°17; khi2 = 26; uci n°5: *ent_05 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_4).*

*Eu dei entrada na quinta feira a noite, uma hora da manhã eu fui atendida, fui atendida muito bem, mas não fiquei porque quem me atendeu disse que estava começando a dilatar, então me botaram pra casa ai eu fui pra casa (uce n°235; khi2 = 26; uci n°20: *ent_20 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Quando cheguei lá não tava sentindo dor ainda fiquei esperando a doutora, quando eu vi a doutora começou as contrações, mesmo sentindo dor me consultei com ela, depois voltei pra casa, meu esposo foi me buscar de moto (uce n°199; khi2 = 21; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a admissão para acompanhamento do trabalho de parto é feita com base no grau de dilatação e na presença de contrações uterinas frequentes (Freitas et al, 2011). Para a internação hospitalar, os profissionais adotaram como fatores o aumento da dilatação cervical, a perda de líquido amniótico e o trabalho de parto avançado.

*Quando eu cheguei lá vieram as contrações maiores, a minha mãe foi atrás do carro ai me trouxe de volta. Depois que eu cheguei aqui eu já estava com quatro centímetros, ele fez o toque ai disse que eu já podia ficar internada (uce n°34; khi2 = 34; uci n°6: *ent_06 *ida_1 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_2).*

*Quando eu cheguei à emergência a bolsa já tinha estourado, mandaram eu fazer a ficha, depois eu entrei, o médico fez o exame de toque e disse que ia ficar internada, uma hora e meia depois eu tive o neném (uce n°87; khi2 = 21; uci n°11: *ent_11 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_2 *K_2).*

Eu cheguei ao hospital ela já tava pra sair, a bolsa já tinha estourado em casa, quando eu cheguei lá só deu tempo de eu chegar, o médico

*me examinou ai eu tive ela (uce n°131; khi2 = 16; uci n°15: *ent_15 *ida_3 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_3).*

*Eu cheguei pela manhã, eu cheguei nove horas da manha, ai me botaram logo pra dentro porque eu estava sentindo as dores, tava assim de cinco em cinco minutos (uce n°106; khi2 = 8; uci n°14: *ent_14 *ida_2 *ecs_2 *par_1 *aco_1 *K_3).*

*A bolsa já tinha estourado, eu entrei depois eles me botaram pra sala de parto. Eu tive o neném 11h30min, eu cheguei 11 horas no hospital passei só um minutinho e no instante eu tive, não fiz exercício foi ligeiro o meu parto, a bolsa tinha estourada em casa (uce n°4; khi2 = 3; uci n°2: *ent_02 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_2).*

A entrevista 03 da classe 01 evidenciou que primeiramente foi à emergência porque estava sentindo dor, mas como estava na fase inicial o profissional orientou que retornasse para sua residência. Quando foi mais tarde voltou novamente ao hospital para ser reavaliada, pois as dores tinham aumentado, logo foi admitida e orientada a realizar os exercícios para ajudar na evolução do seu trabalho de parto.

*Eu cheguei sentindo dor, a doutora olhou pra ver quantos centímetros estava, com três ela mandou voltar pra casa, quando foi lá pra uma hora da noite eu voltei de novo para o hospital, ela olhou de novo, tava com quatro ai eu entrei, depois ela me mandou ficar no cavalinho (uce n°7; khi2 = 16; uci n°3: *ent_03 *ida_1 *ecs_1 *par_2 *aco_1).*

Classe 04: O caminho da gestante à maternidade

Esta classe é formada por 20 UCE e 40 palavras analisáveis. É a classe de menor significância estatística em termos de agregação de UCE, perfazendo 7,0% do total. O quadro 10 apresenta as palavras reduzidas e completas mais representativas dessa classe com seus respectivos Khi2. O programa realizou um corte da classe 04 contendo as palavras com Khi2 maior ou igual a 09.

Quadro 10: Palavras representativas da classe 04. Fortaleza-CE, 2013

Palavra reduzida	Contexto semântico	Khi2
<i>noite</i>	Noite	82
<i>manha</i>	Manha	54
<i>feira</i>	Feira	52
<i>esperc</i>	Esperando	49
<i>comec</i>	Comecei	46
<i>casa</i>	Casa	32
<i>mei</i>	Meia	23
<i>da</i>	Da	22

<i>vir</i>	Vir	22
<i>sent</i>	Sentir	20
<i>domingo</i>	Domingo	16
<i>entr</i>	Entrar	15
<i>atendida</i>	Atendida	13
<i>hora</i>	Horas	12
<i>vi</i>	Vim	11
<i>dor</i>	Dor	11
<i>apert</i>	Apertaram	11
<i>consult</i>	Consulta	11
<i>dilat</i>	Dilatado	9
<i>pront</i>	Pronto	9
<i>contrac</i>	Contrações	9

Os vocábulos ilustrativos dessa classe são: noite, manha, feira, esperando, comecei, casa, sentir, dor, apertaram, dilatado e contrações. Estas palavras estão relacionadas com o tempo como noite, manha e feira e o início do trabalho de parto na qual as mulheres retornavam para sua residência para esperar o aumento das contrações uterinas e quando as dores apertavam, elas retornavam ao hospital para ser reavaliada e depois ser admitida na sala de parto.

Para ter acesso à maternidade as gestantes, muitas vezes, eram prejudicadas pela a falta de um meio de transporte, e, principalmente pela a falta de vaga nos hospitais onde a mulher fica peregrinando juntamente com seus familiares.

*Eu sai de casa quatro e meia da manhã com meu esposo, eu morava a dois quarteirões abaixo do hospital. Quando foi quatro horas manha eu comecei a sentir dor, ele ficou doidinho ai eu peguei e disse que não ia de moto (uce n°210; khi2 = 45; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

*Terça feira de manha eu acordei às seis horas, fui para o posto perto da casa de onde eu moro, pois faltava fazer a minha última consulta e tinha entrado de greve, estava maior vira volta e faltavam só uns dias pra eu ter a menina (uce n°198; khi2 = 43; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

*Eu comecei a sentir dor em casa onze horas e quarenta minutos da noite, eu fiquei sentindo dor porque não quem deixar minha sobrinha, quando foi seis horas da manha eu vim para a parada que é um pouco longe, esperei o ônibus (uce n°98; khi2 = 41; uci n°13: *ent_13 *ida_3 *ecs_2 *par_2 *aco_2 *K_4).*

*Cheguei em casa, fiquei indisposta, fui e deitei e dormi. Quando foi meio dia, levantei, levei o menino para o colégio, fui sentindo dor, depois fui na casa da minha mãe buscar a minha a irmã que está comigo agora, depois a gente foi para o hospital, depois para outro hospital atrás de vaga (uce n°200; khi2 = 05; uci n°18: *ent_18 *ida_2 *ecs_1 *par_2 *aco_1 *K_1).*

Em uma revisão sistemática cujo objetivo foi analisar as situações do acesso das gestantes a assistência pré-natal e ao parto de baixo risco revelou que a peregrinação anteparto nas maternidades pode estar ocorrendo devido ao reduzido número de leitos existentes para a realização de partos de baixo risco. Outro ponto identificado é que esta peregrinação também pode estar ocorrendo devido a uma lacuna existente no sistema de referência e contra referência entre as unidades básicas e as terciárias, uma vez que ele deveria funcionar próximo do preconizado pelo Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (ALBUQUERQUE et al, 2011).

Jodelet (1989) diz que as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um grupo social. As puérperas do estudo construíram suas representações sobre o seu processo de parturição, ancorando no atendimento dos profissionais de saúde, na humanização, na vivência do trabalho de parto e parto e na trajetória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a parturiente como um ser dotado de necessidades, que devem ser compreendidas e atendidas, alguns conhecimentos devem ser problematizados no acompanhamento pré-natal para, assim, melhor conduzir seu processo de parturição, principalmente do ponto de vista físico e mental. Diante disso, defende-se o cuidado humanizado de profissionais de saúde para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da minimização de insegurança e anseios que possam estar presentes durante o trabalho de parto e parto.

O comportamento da mulher na vigência da dor durante o trabalho de parto e o parto é variável. Ao utilizar o estímulo trabalho de parto, a dor é expressa de forma mais intensa, permeada de ansiedade e desespero. Diante do termo indutor parto, a dor está vinculada ao alívio da sensação dolorosa, sendo alívio a palavra mais prontamente evocada e relacionada com o término do processo de parturição, ou seja, se livrar das dores intensas das contrações uterinas.

As representações sociais das mulheres anunciam satisfação em relação ao atendimento dos profissionais de saúde, tendo como destaque a atenção, o apoio, a paciência e o diálogo. Elas eram orientadas a utilizar a bola, o cavalinho e o chuveiro e a realizar exercícios de deambulação, de respiração, de relaxamento e de força. Em alguns depoimentos foi possível observar que as mulheres não tinham o poder de decisão em relação ao seu trabalho de parto, mas eram orientadas pelos profissionais a colocar força no período expulsivo e ficar com o queixo para baixo.

Nas representações foi observado que para ter acesso à maternidade as gestantes, muitas vezes, eram prejudicadas pela falta de um meio de transporte, e, principalmente pela falta de vaga nos hospitais onde a mulher fica peregrinando juntamente com seus familiares. Esses fatores não pertencem aos princípios da Política de Humanização, o que contribui para os indicadores de mortalidade materna.

Compreender o momento do trabalho de parto e parto é de fundamental importância para que o enfermeiro ou profissional de saúde planeje e execute uma adequada assistência durante o processo de parturição, reduzindo o impacto das representações negativas em relação a esse processo.

No pré-natal, o enfermeiro ou profissional de saúde deve procurar conhecer as representações das mulheres e seus acompanhantes acerca da gravidez, do parto e do puerpério, problematizando os tabus, preconceitos e ideias fantasiosas, pois a abertura de um

espaço dialógico pode auxiliar nas construções de representações positivas em relação ao momento do parto.

Essa modalidade de cuidar requer uma equipe de profissionais capacitada com vistas a proporcionar um parto humanizado por meio dos princípios éticos, humanísticos e com garantia de seus direitos legais.

REFERÊNCIAS

ABRIC. **Méthodologic de recueil des représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia: AB Editora, 1998.

ALBUQUERQUE, V. N.; OLIVEIRA, Q. M.; RAFAEL, R. M. R.; TEIXEIRA, R. F. C. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 3, n. 2, p. 1935-1946, 2011.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009.

ALMEIDA, M. R. C. B.; SOUZA, K. V.; RIBEIRO, V. B.; RIBEIRO, J. T.; AMARO, M. L. M.; COSTA, M. J. P.; STRAPASSON, S. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira - Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 79-85, 2011.

ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. Cadernos de pesquisa da UFRJ, n.117, Nov, 2002.

BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto normal**. São Paulo: Ground, 1993.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BETHEA, D.C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

BITTENCOURT, I. S.; VILELA, A. B. A. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.1, p.80-85, jan./mar., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **III Prêmio Galba de Araújo: Assistência Humanizada ao Parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 de setembro de 2012.

BRENES, A. S. A história da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. 2 ed. Goiânia: AB, 2001.

CAUS, E. C. M.; SANTOS, E. K. A.; NASSIF, A. A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.

CEARA. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica, 2013.

CORREA, A. C. P.; ARRUDA, T. M.; MANDÚ, E. N. T.; TEIXEIRA, R. C.; ARANTES, R. B. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 728-735, 2010.

COUTINHO, M. da P. L.; NÓBREGA, S. M. da.; CATÃO, M. de F. F. M. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. da P. L.; LIMA, A. da S.; OLIVEIRA, F. B. de.; FORTUNATO, M. L. **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2003.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO, J. V.; FREITAS, L. V.; LIMA, T. M.; OLIVEIRA, A. S.; DAMASCENO, A. K. C. Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 124-128, 2010.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; ROBALHO, E. C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 300-305, 2011.

GONÇALVES, R.; AGUIAR, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. B. F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira - Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 n.2 Oxford: Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com/pdf/CD002006.pdf>. Acessado em: 01 de janeiro de 2014.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LOPES, C. V.; MEINCKE, S. M. K.; CARRARO, T. E.; SOARES, M. C.; REIS, S. P.; HECK, R. M. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Revista Cogitare – Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, K.; ARAÚJO, M.; FERNANDES, A.; BRAGA, V.; MARQUES, J.; QUEIROZ, M. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Cogitare – Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 720-729, 2009.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Preconceito e representações sociais**. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D. (orgs). **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais**. Brasília: Thesaurus, 2009.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 6, n. 2, 2º semestre de 2006.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 08, p. 1859-1868, 2008.

NOBREGA, S. M. da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

NÓBREGA, S. M. da; COUTINHO, M. da. P. de. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. da. P. de. L.; LIMA, A. da. S.; OLIVEIRA, F. B. de.; FORTUNATO, M. L. **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Editora Terceira Margem, 2002.

OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R.; SANTO, F. R. E. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 435-440, 2010.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; ACIOLI, S.; SÁ, C. P. O sistema único de saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 377-386, 2007.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, v. 11, número especial, p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 249-254, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PEREIRA, A. L. F.; AZEVEDO, L. G. F.; MEDINA, E. T.; LIMA, T. R. L.; SCHROETER, M. S. Assistência materna e neonatal na casa de parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 2, p. 2905-2913, 2012.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 3, p. 315-320, 2009.

Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA). Disponível em: <http://www.rehuna.hpg.ig.com.br/800.htm>. Acesso em: 03 de setembro 2012.

REINERT, M. ALCESTE une methodologie d"analyse des donnees textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin de methodologie sociologique**, n.26, march 1990.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, Q. P.; DOMINGUES, P. M. L.; NASCIMENTO, E. R. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 242-248, 2011.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro – cliente na assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 2, p. 232-238, 2006.

SÁ, C. P. de. A identificação dos fenômenos de representação social. In:_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. de. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, A. **Representação social de esportes sob a ótica de pessoas cegas**. 304f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UFBA, 2004.

SANTOS, L. M.; SANTOS, V. E. P.; SANTANA, R. C. B.; MELO, M. C. P. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 1, n. 2, p. 225-237, 2011.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Revista Mineira - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 453-458, 2011.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S.; SANTOS, V. E. P.; SANTANA, R. C. B. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 3, p. 2655-2666, 2012.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Revista Cogitare – Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 585-590, 2008.

SILVA, E. C.; SANTOS, I. M. M. A percepção das mulheres acerca da sua parturição. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 1, n. 2, p. 111-123, 2009.

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista – Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010.

SOUSA, E. S. et al. **Guia de utilização do software ALCESTE**: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2009.

STANCATO, K.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; BOSCO, C. S. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 541-548, 2011.

VERGÈS, P. (2002). *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations – Evoc 2000*. Paris: Aix em Provence. Disponível em: www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm. Acesso em 15 de janeiro de 2013.

XAVIER, R. B.; JANNOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; JUNIOR, H. P. O. S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.

WHO, World Health Organization. **Alma-Ata Declaration**. Disponível em: <http://www.who.dk/policy/almaata.html> 1978. Acesso em: 03 de setembro de 2012.

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa **O cuidado promovido à mulher no trabalho de parto e parto** que tem como objetivo apreender as representações sociais de profissionais de saúde e puérperas sobre o cuidado promovido durante o trabalho de parto e parto.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo primeiramente a uma pergunta que a senhora irá responder depressa com três palavras que vierem à sua mente. Em seguida, gostaria de contar com sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre os cuidados que a senhora recebeu durante o seu trabalho de parto e parto, que poderá ser gravada se a senhora concordar. Os riscos serão mínimos pela possibilidade de lembrar algum fato triste, mas a pesquisadora conversará com a senhora e a entrevista só começará quando a senhora estiver bem. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e a senhora tem a liberdade para a qualquer momento deixar de participar da coleta, sem qualquer prejuízo ou danos.

Comprometemos-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão utilizados em artigos científicos a serem publicados em revistas especializadas, apresentados em encontros científicos e congressos, sempre mantendo sigilo de sua identidade, ou seja, sem nome não será divulgado. Os resultados desta pesquisa contribuirão para um cuidado mais humanizado durante o trabalho de parto e parto. Sua participação não haverá pagamento e a senhora não terá custos financeiros.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca desta pesquisa. Contatos com a mestrandia Laura Pinto Torres de Melo pelo telefone: (085) 8833.2340 e com a orientadora Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 8697.6038.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____, tendo sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma voluntariamente.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Assinatura da participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador

Apêndice B

Instrumento para os dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos

Idade	Procedência	Estado civil	Grau de Escolaridade	Profissão	Renda Familiar	Religião

Gestações _____ Partos _____ Abortos _____

Tipo de parto: _____

Teve acompanhante na sala de parto?

SIM () NÃO () Quem: _____

Apêndice C

Teste de Associação Livre de Palavras - TALP

Quais palavras vêm a sua mente quando digo para você o seguinte termo?

CUIDADO

1. _____
2. _____
3. _____

TRABALHO DE PARTO

1. _____
2. _____
3. _____

PARTO

1. _____
2. _____
3. _____

CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

1. _____
2. _____
3. _____

Apêndice D

Entrevista semiestruturada

1. Descreva como foi seu trabalho de parto e parto?
2. E o cuidado recebido nesse contexto do trabalho de parto e parto, desde sua admissão?
Quais foram os profissionais envolvidos?
3. Quais foram às práticas de humanização utilizadas durante o seu trabalho de parto e parto?

Apêndice E

DICIONÁRIO DAS PALAVRAS EVOCADAS

Adesão ao pré-natal – tem que fazer o pré-natal direito para ter um parto bom; o pré-natal; fazer o pré-natal direitinho; pré-natal; pré-natal importante; acompanhar o pré-natal.

Afeto – dar afeto

Ajuda – ajuda das pessoas

Alegria – alegre; alegria muito grande; muita alegria; alegria ao vê-lo.

Alimentação saudável – ter alimentação saudável

Alívio – aliviar a dor; alívio da dor ter passado rápido; aliviou a minha dor; alívio da dor; alívio de ter; passar a dor; depois que ter a criança não vai mais sentir dor.

Amamentar – dar de mamar; amamentação.

Amor – dar amor e carinho; amar; gesto de amor; dar amor.

Amor materno – querer botar ela no braço; muito amor ao filho; ver a carinha dela; vou ter ela em minhas mãos; foi bom na hora que eu vi a criança; hora de ela chegar perto de mim; vontade de cuidar; começar a sentir o carinho.

Ansiedade – espera; ansioso; ansiosa.

Apoio – cuidar de quem a gente gosta; cuidadora; de quem a gente gosta; de quem tanto a gente quer na vida; cuidado com as pessoas que eu gosto; cuidado com as pessoas; cuidar dos próximos.

Assistência dos profissionais – vários médicos ao redor; ajuda dos profissionais, eles foram muito importantes; orientação dos médicos e das enfermeiras; bem assistidos; bem tratada; ter um bom profissional; trataram bem; os profissionais foram muito atenciosos; os profissionais deram muita força; os profissionais tomaram conta de mim; bom medico; atenderam bem; bem atendida pelos profissionais; profissionais atenciosos; atenção dos médicos; assim que eu cheguei fui logo para a sala de parto; os profissionais me acompanharam até a bolsa estourar.

Atenção – ativa; esperta; ter atenção; ser atenciosa; prestar atenção; trataram bem; atencioso; ficar atenta.

Anticoncepção – pra não engravidar mais

Bola – foi para a bola

Carinho – beijar ela; dar carinho ela.

Casa – da casa; com a casa; do lar; lar; minha casa.

Cautela – cuidado no que vai fazer; prestar atenção no que vai fazer; cuidado com o que faz; ter cuidado com as coisas; fazer tudo o possível para ocorrer bem.

Companheirismo – minha amiga; companhia de alguém; afeto dos familiares no trabalho de parto; foi bom porque não fiquei só, tinha enfermeira.

Comportamento – melhor comportamento

Concentração – se concentrar

Contração – sentir as contrações; contrações que eu sentia; minhas contrações; contrações.

Coragem – ter coragem

Cuidado com a casa – cuidado em casa

Cuidado com a criança – cuidar da criança; cuidado com o bebê; ter mais cuidado com a criança; cuidado no que vai fazer com a criança; cuidar muito bem das crianças; cuidado com as crianças; cuidado com o neném; cuidado para não cair; cuidado para não bater; pegaram o bebe para cuidar; cuidado com ela; cuidado com RN; cuidado para o bebê não cair; cuidado no bebê; com o bebê; ter cuidado quando estiver engatinhando, aprendendo a andar; ter cuidado nas crianças para não adoecer; cuidado na criança; cuidado nela.

Cuidado com o futuro – cuidado no que vai haver; no futuro; futuro.

Cuidado com meus filhos – cuidar dos seus filhos; cuidado com a outra filha; ter cuidado com os filhos da gente; cuidar dos filhos; cuidado na minha filha; cuidado com meu filho; para minha filha não ficar doente; cuidar dos meus filhos.

Cuidado de educar a criança – condições de criar ele; cuidado na educação.

Cuidado na comunicação – cuidado no que vai falar

Cuidado na hora do parto – cuidado no parto

Cuidado no nascimento – tomar muito cuidado quando ela nascer; que o bebê fique com saúde; bebê com saúde e perfeito; olhou na hora e viu que o bebê tinha nascido perfeito.

Cuidado no pensamento - Cuidado com o que pensa; Tomar cuidado; Cuidado é tudo; Quanto mais cuidado melhor; Cuidar; Ter cuidado.

Cuidado na vida – cuidado que a gente tem que ter na vida.

Cuidado pós-parto – prevenir da infecção após o parto; cuidado depois do parto; recuperação da mãe e do filho.

Cuidar da família – cuidado com os familiares; cuidar do parente que esta precisando; com minha mãe que ela é tudo para mim; cuidado com a família; cuidado na família.

Cuidar de si – de mim; de sentir bem; cuidar de mim; cuidar bem de você; cuidado com nós mesmos; cuidado comigo; se cuidar; minha recuperação; cuidado no resguardo; autocuidado.

Cuidar de si e da criança – cuidado com a gente e com a criança

Dar a vida – trazer uma vida ao mundo; pensar na vida que tá botando pra fora; achava que tão cedo ia tirar esse menino; sentir ela saindo; ter logo o bebe; nasce uma vida; ajudei ela a vir ao mundo; botar para fora; emoção de saber que o meu filho ia nascer; dar à luz; trabalho que dar à luz à criança.

Deambulação – ficar andando; andar.

Dedicação do serviço social – dedicação dos assistentes sociais

Desespero – achava que ia morrer; muito desespero; vontade de ir para casa; queria que o bebê saísse logo; faltou as forças; vontade de desistir; sem força; pedir para acabar logo; queria que a menina nascesse; vontade de parir logo; que a criança nascer logo; chorava muito; pra sair bem ligeiro pra parar a dor; que não ia aguentar; gritaria.

Dificuldade – parto dificultoso; trabalhoso.

Disposição de ficar no hospital – disposição de ficar aqui, no hospital.

Dor – muita dor; sentindo muita dor; várias dores; muita cólica; dolorido; doloroso; machuca; sentir dor; dor de cólica; dor insuportável; dores; pontadas no pé da barriga; muitas dores; estava sentindo as dores.

Dor durante o parto – quando a cabeça da criança sai, a dor é mais forte ainda; sentir dor para ter a criança.

Dor na coluna – muita dor na coluna.

Emoção – emocionante.

Exercícios – fazer exercícios; fazer exercício; exercício.

Experiência – experiência única.

Família – pai; do marido; minha mãe; mãe; meu marido; minha família.

Felicidade – muita felicidade; maior felicidade do mundo; fiquei feliz; momento feliz; fiquei muito feliz; feliz.

Filhos – filho; do filho; dos filhos; meus filhos; com meu filho; meu filho; minha filha.

Força – muita força; se sente uma leoa porque a luta é muito grande; botar força pra nascer; fazer força; botar força; botasse força junto com a dor; incentivaram para ter força; fiz força; fazendo força; colocar força.

Fórceps – puxado a ferro

Falta de atenção dos profissionais – desatenção das enfermeiras

Fé em Deus – fé em Deus que vai dar tudo certo; se aproximar de Deus.

Gentileza – ser gentil

Gratificante – gratificação

Gravidez saudável – gravidez boa

Higiene – higienização; banho; com a higiene.

Inteligência – inteligente

Lembrança – lembrar sempre

Maternidade – queria ser mãe

Medo – medo de acontecer alguma coisa

Medo de perder a criança – assim que levaram ela para tomar banho pedi para uma amiga minha acompanhar porque é perigoso; medo de perder o bebê; medo de carregar a filha da gente.

Medo do parto cesáreo – medo de ser cesáreo

Nascimento – o neném vai nascer; bebê nasceu; momento em que a criança nasceu; menino sair; é ter neném; nascimento do bebê; o neném quando nasce; é o momento que ele nasceu; uma nova vida; tive minha filha.

Nervosismo – nervosa

Ocitocina – injeção de força

Organização – organizar

Orientação do trabalho de parto – Não ficar queta, ficar se movimentando; Quando sentir as dores do parto vir para o hospital; Procurar maternidade; Procurar a maternidade; Respirar bem forte e depois soltar devagarzinho; Ficar calma; Ter calma; Ficar respirando; Ficar andando; Não gritar; Não ficar nervosa; Não se apavorar; Ficar dizendo quando as dores aumentassem.

Orientação no parto – ter o cuidado quando o bebe estiver saindo não fechar as pernas; não gritar; respirar fundo; não gritar, para não prender; fiquei de joelho para ele sair; pra respirar; botar muita força; botar força.

Paciência – ter paciência; espera; tive paciência.

Parto prolongado – tava passando da hora de nascer

Pensamento positivo – pensar positivo

Perda de liquido – estourar a bolsa de sangue; liquido da bolsa; bolsa que se estourou.

Prazer – prazeroso

Preocupação – muita dor de cabeça; de se importar com a pessoa; preocupação com ela; cuidado com que anda; preocupação se a criança está bem ou não; saber se ela está bem; medo de dar alguma coisa errada; tive medo de dar hemorragia.

Prevenção – prevenir

Proteção – proteger; não ter o bebê sozinha

Respeito – muito respeito pela a pessoa; fui respeitada.

Responsabilidade – ter responsabilidade; responsabilidade grande; mais uma responsabilidade; mais uma vida para a gente cuidar.

Responsabilidade dos profissionais – responsabilidade grande dos profissionais

Repouso – ter repouso

Risco de vida – se arriscando a qualquer coisa; se arriscando a dar mais uma vida ao mundo.

Saída da placenta – minha placenta quase não sai, ficou pregada.

Sangramento – sangue

Satisfação – uma vida que vai lhe preencher a partir daquele momento; cuidar da pessoa e ela melhorar; maior felicidade do mundo; cuidar de que a gente gosta; ficar tudo bem depois; prazer de receber o neném nos braços; é bom; meu parto foi bom; realização; felicidade ao vê o bebê; coisa boa; oportunidade de ter uma criança; realizada; felicidade de estar com o bebê; presente de deus; tudo bem; recompensa de ver a criança; atendimento bom; chorei de tanta felicidade; que ia conhecer a minha filha; se sente realizada; alegria de ver a criança nascer; passaria por tudo de novo; sentir bem consigo mesma; foi legal; quis vê o neném; vê ela; me senti bem.

Saúde – cuidado com a saúde; cuidado na minha saúde; cuidado na saúde; ver com a saúde.

Segurança – presença confiável de alguém da família; certeza que está tudo bem; que seja um parto normal; penso no pai dela; minha mãe perto de mim.

Sufrimento – sofrer; sofre um pouquinho.

Tipo de parto – cesárea ou normal

Tranquilidade – muita calma; não sentir dor; ficar tranquila; me acalmar; tirar a angústia; calma; ocorreu tudo bem.

Tratamento – tratar

Vida – da vida; ver ele vivo.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PUÉRPERAS
SOBRE AS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Pesquisador: DAFNE PAIVA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12536113.1.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 310.298

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

Fazendo uma retrospectiva sobre o parto no Brasil, podemos constatar que até os anos 50 o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no âmbito domiciliar, onde a mulher era assistida por parteiras tradicionais que prestavam assistência à grávida e à criança (Ratter, 2009). Atualmente, esse quadro foi substituído por uma prática institucionalizada que torna o parto medicalizado, passando de um evento familiar para hospitalar, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos (Rodrigues e Siqueira, 2008). Com base nisso, essa medicalização acarretou o afastamento da família e da sociedade do processo do nascimento. O Ministério da Saúde (MS), ao longo das últimas décadas, propõe políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança. Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e incorporou como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. No entanto, sentiu-se a necessidade de uma política mais abrangente e que ampliasse o campo de atendimento à mulher. Em 2004, o MS juntamente com os diversos setores da sociedade, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), destacando a integralidade, a promoção da saúde, os direitos reprodutivos e de cidadania. Uma das prioridades desta política é a de promover atenção

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 310.298

obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, com diretrizes de ampliação da adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, tendo como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério às mulheres e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). Será de caráter descritivo e exploratório, norteado pela Teoria das Representações Sociais, com uso de multimétodos ou triangulação (abordagens qualitativa e quantitativa). Desenvolverá em uma maternidade pública, vinculado à Secretária Executiva Regional VI (SER IV), localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. Os participantes do estudo se constituirão de profissionais de saúde e de puérperas. A amostra será definida com base em critérios quantitativos e qualitativos que se sofrerão variação em função das técnicas e instrumentos de coleta de dados. Para a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), realizaremos cálculo amostral de acordo com a fórmula indicada para populações finitas. Dessa forma, o tamanho mínimo da amostra para as puérperas será 234 mulheres e para os profissionais corresponderá a própria população, totalizando 50. A partir dessa amostra quantitativa, selecionaremos outra amostra para participação nas outras etapas da pesquisa, seguindo os critérios de saturação teórica para a pesquisa qualitativa. Como instrumento para a coleta de dados será utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a Entrevista Semiestruturada para os dois tipos de sujeitos da pesquisa. Os dados oriundos do TALP, serão processados pelo software EVOC - Ensemble de programmes Permettant L analyse des Evocations e os resultados resultantes da entrevista serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as representações sociais de profissionais de saúde e puérperas sobre as práticas de humanização no trabalho de parto e parto.

Objetivo Secundário:

-Identificar as dificuldades entre os profissionais de saúde e parturientes e as barreiras institucionais para a utilização de práticas de humanização no trabalho de parto.-Verificar o processo de capacitação dos profissionais de saúde para o uso das práticas de humanização no trabalho de parto e parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. No entanto, tendo

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Continuação do Parecer: 310.298

como base a questão emocional do sujeito, o que se prevê como risco é, possivelmente, um momento de maior ansiedade ou emoção do mesmo durante a entrevista. Caso ocorra esta situação, a entrevista será pausada e o sujeito decidirá sobre a continuidade ou não da mesma.

Benefícios:

Temos a intenção de que o conhecimento gerado no estudo possa servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência obstétrica, de forma a realizarem uma atuação intensa, específica e articulada com os outros serviços de saúde. Esperamos ainda, avançar no melhor desempenho dos serviços que atendem mulheres no período de parturição e puerperal e reforçar a referência e contra-referência como forma de organizar o atendimento no ciclo gravídico-puerperal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa é pertinente, exequível e apresenta valor científico e, possivelmente trará retorno para os profissionais de saúde e puérpera em relação à prática humanizada e as estratégias para sua implementação real.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Traz Folha de Rosto com as assinaturas da pesquisadora e da instituição proponente.

A pesquisadora anexou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destinado aos profissionais de saúde e puérperas em conformidade com o recomendado pela Resolução 196/96 do CNS.

Declaração de anuência do Sistema Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE foi anexado.

Cronograma está adequado.

Os riscos e benefícios foram identificados e especificados.

Recomendações:

Para quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos, recomendo a leitura da Resolução 196/96 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende as recomendações da Resolução 196/96 do CNS. As pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pineiro@uece.br



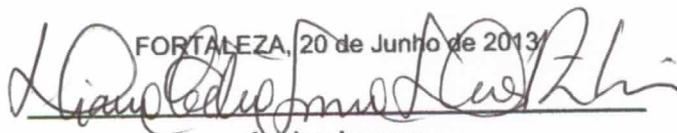
Continuação do Parecer: 310.298

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

FORTALEZA, 20 de Junho de 2013/


Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável **LAURA PINTO TORRES DE MELO** aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada no **HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA (SER VI)**.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **MARÇO DE 2013 A SETEMBRO DE 2014**.

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 04 de março de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola



DECLARAÇÃO

Processo Nº 3101154748882/2013.

Título do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.**

Pesquisador (a): responsável: **LAURA PINTO TORRES DE MELO**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE.**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 04 de março de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.