

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA

**O FECHAMENTO DE UMA CASA DE PARTO NA PERSPECTIVA DAS EX-
USUÁRIAS FRENTE A UMA NOVA GESTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, exigido como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clícia Valim Côrtes Gradim

ALFENAS-MG

2017

Catálogo na fonte – Elaborada pela Bibliotecária Romilda Pinto da Silveira CRB/6
2019. Biblioteca Clarice Lispector – IFSULDEMINAS Campus Passos.

S619f	<p>Siqueira, Yeda Maria Antunes de O fechamento de uma casa de parto na visão das ex- usuárias frente a uma nova gestação / Yeda Maria Antunes de Siqueira. – Alfenas, 2017. 88 f. : il.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, 2017.</p> <p>1. Casa de parto 2. Humanização da assistência. 3. Enfermagem. I. Gradim, Clícia Valim Côrtes. II. Título.</p> <p>CDD 610.73</p>
-------	--



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pro-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RUA JOSÉ CARLOS DA SILVA, 100 - ANÁSTASIO - CEP 37131-000



Yeda Maria Antunes de Siqueira

"Avaliação do fechamento da casa de parto na visão das mulheres frente a uma nova gestação"

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 11/07/2017

Profa. Dra. Círcia Valim Côrtes Gradim
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Kelly Graziani Giocherio Vedana
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
FERP/USP

Assinatura:

Dedico à equipe da Casa de Parto de Juiz de Fora; profissionais que foram capazes de transformar a realidade dos nascimentos no município prestando assistência obstétrica ética, humanizada e apaixonante.

Às minhas filhas, Ana Laura e Luísa, que são os meus melhores presentes.

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Clícia Valim Côrtes Gradim por acreditar no meu sonho e me conduzir neste processo de aprendizado.

Às professoras Dr^a Valéria Fonseca da Silva e Dr^a Betânia Maria Fernandes por me apresentarem a Enfermagem Obstétrica e fazer com que me apaixonasse por ela. Vocês foram fundamentais para minha formação como profissional, como mulher e como mãe.

À professora Dr^a Antonieta Keiko K Shimpor me fazer acreditar que eu era capaz. Sua atenção foi preponderante para que eu persistisse na busca desta titulação.

A todas as mulheres que acompanhei durante os nascimentos dos seus filhos. É um privilégio participar deste momento sagrado.

As usuárias da Casa de Parto que tive a oportunidade de conversar durante a busca pelas participantes, foi maravilhoso ouvir as histórias contadas por elas.

Às mulheres participantes desse estudo, obrigada pela atenção e delicadeza em compartilharem comigo suas vivências.

À família Ruela de Oliveira que me acolheu com tanto carinho. Obrigada pelo abrigo, pelas comidinhas gostosas e as conversas descompromissadas do fim do dia.

As amigas do mestrado, pela amizade, companheirismo e cumplicidade. Vocês são especiais.

Ao Sigelberto, meu marido, meu companheiro, meu amor. Agradeço por fazer parte de todos os momentos importantes da minha vida. Este estudo não teria sido o mesmo sem sua cooperação.

Aos meus anjinhos, Ana Laura e Luísa, simplesmente por existirem e me fazerem tão felizes.

E a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para que eu pudesse vencer esta etapa.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivo compreender a percepção das ex-usuárias sobre o fechamento da Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para o desenvolvimento desse estudo a Teoria Fundamentada nos Dados foi utilizada como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Participaram da pesquisa 20 ex-usuárias da Casa de Parto que tiveram uma nova gravidez após o fechamento da Casa. Em resposta à pergunta norteadora: Na gravidez após o fechamento da Casa, como você escolheu o lugar para ter seu filho? A análise das entrevistas determinou duas categorias para o estudo: “Casa de Parto” e “Vivenciando um final feliz”. Tais categorias foram analisadas e deram origem a três subcategorias cada. Assim, dois diagramas emergiram da análise. O primeiro diagrama intitulado “Sendo atendida na Casa de Parto” apresentou as impressões que as mulheres tinham acerca da assistência prestada na Casa. O segundo diagrama, “Estou grávida: e agora?” referiu-se às percepções das mulheres quanto à nova gestação e as expectativas com relação ao parto. A teoria gerada dos dados: “O que importa é o filho nascer bem” apresentou as percepções das mulheres sobre o nascimento dos filhos, e a capacidade de adaptação dessas para que seus bebês nascessem com segurança. O modelo teórico proposto demonstrou que o fechamento da Casa de Parto foi percebido como uma perda para as mulheres, mas elas foram capazes de se adaptar à nova situação e buscaram as melhores condições para o nascimento dos seus bebês, pois para elas o que importava era o filho nascer bem.

Palavras chave: Casa de Parto. Humanização da assistência. Enfermagem.

ABSTRACT

This was a qualitative study that aimed to understand the perception of ex-users about the closure of the Birthing center the Nursing School of the Federal University of Juiz de Fora. For the development of this study, the Grounded Theory was used as a methodological reference and the Symbolic Interactionism as a theoretical reference. Twenty ex-users of the birthing center who had a new pregnancy after the house was closed participated in the survey. In answer to the guiding question: In pregnancy after the closure of the House, how did you choose the place to have your child? The analysis of the interviews determined two categories for the study: "Birthing center" and "Experiencing a happy ending". These categories were analyzed and gave rise to three subcategories each. Thus, two diagrams emerged from the analysis. The first diagram titled "Being Held at the Birthing Center" presented the impressions women had about the care provided in the House. The second diagram, "I Am Pregnant: What Now?" Referred to women's perceptions of new gestation and expectations regarding childbirth. The Generated Theory of Data: "What Matters Is The Child Being Born Well" presented women's perceptions about the birth of their children, and their ability to adapt to their babies being born safely. The proposed theoretical model demonstrated that the closure of the Birthing center was perceived as a loss for the women, but they were able to adapt to the new situation and sought the best conditions for the birth of their babies, because for them what mattered was the child is born well.

Key words: Birthing centers. Humanization of care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Relato histórico da razão da mortalidade materna no município nos anos de 1996 a 2012	20
Figura 2 -	Representação gráfica do processo de busca pelas ex-usuárias da Casa de Parto e consolidação da amostra da pesquisa	37
Quadro 1 -	Codificação Aberta segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos)	41
Quadro 2 -	Codificação Axial segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias)	42
Diagrama 1 -	Sendo atendida na Casa de Parto	54
Diagrama 2 -	Estou grávida: e agora?	62
Diagrama 3 -	Categoria Central - Teoria Fundamentada nos Dados: O que importa é o filho nascer bem	75

LISTA DE ABREVIATURAS

Universidade Federal de Alfenas	UNIFAL-MG
Programa de Humanização do Parto e Nascimento	PHPN
Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF
Programa de Saúde da Família	PSF
Organização Mundial de Saúde	OMS
Classificação Internacional de Doenças	CID
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora	FACENF/UFJF
Centro de Parto Normal	CPN
Baixo Peso ao Nascer	BPN
Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna de Juiz de Fora – Minas Gerais	CMPMMJF-MG
Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais	SES/MG
Interacionismo Simbólico	IS
Teoria Fundamentada nos Dados	TFD
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM
Minas Gerais	MG
Sistema Único de Saúde	SUS

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	INTRODUÇÃO	15
2.1	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: INDICADORES E AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATUALIDADE	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
4	OBJETIVOS	27
4.1	OBJETIVO GERAL	27
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5	TRAJETÓRIA METODOLOGIA	28
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	28
5.2	REGIÃO DE INQUÉRITO.....	31
5.3	A CASA DE PARTO	33
5.4	ATRIZES SOCIAIS.....	34
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	37
5.6	COLETA DE DADOS	38
5.7	ANÁLISE DE DADOS.....	39
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1	AS ATRIZES SOCIAIS	42
6.2	DIAGRAMAS	52
6.3	DIAGRAMA 1 – SENDO ATENDIDA NA CASA DE PARTO	53
6.4	DIAGRAMA 2 – ESTOU GRÁVIDA: E AGORA?.....	60
6.5	DIAGRAMA 3 – CATEGORIA CENTRAL - TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS – O QUE IMPORTA É O FILHO NASCER BEM	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	85
	ANEXOS	90

1 APRESENTAÇÃO

Cursei a graduação em Enfermagem na década de 90 no estado do Rio de Janeiro e meu interesse pela obstetrícia surgiu durante os estágios no Instituto Fernandes Figueira. Neste período, aprendi que era possível atender as gestantes/parturientes de forma digna e acolhedora, mesmo em uma época em que a humanização da assistência ao parto ainda estava emergindo no país. E com isso, a obstetrícia passou a ser minha área de interesse.

Quando terminei a graduação voltei para minha cidade natal, e nesta época, em virtude de todas as normas relativas à reforma psiquiátrica, as ofertas de trabalho foram em dois hospitais psiquiátricos da cidade, sendo um particular e outro estadual. Encantei-me com a saúde mental, e esta experiência foi primordial para meu amadurecimento pessoal e profissional.

No ano 2000 surgiu a possibilidade de atuar em uma clínica de hemodiálise e assumi este trabalho, pois sentia uma necessidade de me aperfeiçoar na área de assistência clínica. E desta forma, permaneci trabalhando na psiquiatria e na hemodiálise, mas o sonho da obstetrícia continuava latente.

Em 2003 o sonho de trabalhar com obstetrícia foi realizado, pois fui convidada a assumir a supervisão de enfermagem da maternidade de uma instituição filantrópica. A partir daí a obstetrícia passou a fazer parte da minha vida profissional, mas me deparei com uma obstetrícia altamente medicalizada.

Em 2004 fui aprovada no processo seletivo para cursar a Especialização em Enfermagem Obstétrica na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e novamente, através do ensino, percebi que o processo de gestação, parto e nascimento são eventos fisiológicos e que as mulheres têm o direito de receber uma atenção humanizada, que garanta sua integridade física e emocional.

Foi um período de muito aprendizado e gratificação profissional, pois eu consegui implementar muitos conhecimentos e habilidades adquiridos durante minhas práticas nas casas de parto onde eu realizava os estágios. E pude compartilhar todo este conhecimento com a equipe da maternidade onde eu trabalhava.

Durante o período que cursei a Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecida pela Faculdade de Enfermagem da UFJF pude perceber a qualidade do atendimento oferecido pela equipe da Casa de Parto. Em 2006 engravidei pela primeira vez e não tive nenhuma dúvida em procurar aquele serviço para me acompanhar durante a gestação e parto. Apesar de não residir em Juiz de Fora, fiz todo o acompanhamento de pré-natal e o parto na Casa.

Logo no início da minha gravidez assumi a responsabilidade técnica de outra maternidade. Era uma instituição que tinha um grande conceito na cidade com relação aos nascimentos, mas ela estava há vários anos sofrendo por problemas administrativos e técnicos. Em virtude deste sucateamento, a instituição estava fadada ao fechamento e uma movimentação social impediu este fechamento e uma organização não governamental de apoio à mulher assumiu a direção desta instituição.

E foi neste cenário que passei minha gestação, sonhando e implementando mudanças em uma maternidade cheia de virtudes e qualidades, mas com muitos desafios no que dizia respeito à conduta humanizada à mulher, ao bebê e seus familiares.

Foi um período que sofri muitas pressões, vindas dos meus colegas de trabalho, alguns amigos e familiares que não conseguiam entender como eu estava querendo ganhar bebê em “uma casa” e deixando todo o cuidado existente em um hospital. Conversei com todos os profissionais inúmeras vezes, expondo que eu não concordava com a maneira como os partos eram conduzidos e que eu buscava para mim e para meu bebê o que havia de melhor na assistência ao parto. E por mais que eu explicasse; eles não concordavam com minha escolha. Então minha estratégia foi não tocar mais no assunto “meu parto”.

Meu marido também abraçou a ideia do parto normal e vivemos juntos todo este processo de inseguranças, dúvidas e transformações em nossas vidas. Apesar de ele ser enfermeiro, não tinha nenhuma afinidade com a obstetrícia, mas ele acreditou e me apoiou naquilo que eu conhecia e acreditava, e isto me ajudou e me fortaleceu durante a gestação.

A equipe da Casa de Parto teve papel importantíssimo neste processo, pois nos acolheu e nos informou, me fez sentir capaz e principalmente nos proporcionou segurança.

Dei à luz a uma menina, na manhã do dia das mães de 2007. Foi um parto muito tranquilo, com a presença do meu esposo e uma equipe dedicada, amorosa e competente.

Em 2013 engravidei novamente e junto com o resultado do exame de gravidez veio à pergunta: “E agora, onde nosso bebê vai nascer?”

Comecei uma busca por um local onde eu me sentisse segura e tentei várias alternativas: visitei maternidades e uma Casa de Parto em Belo Horizonte, conversei com enfermeiras que acompanham partos domiciliares, mas nenhuma das opções vinha de encontro às minhas condições e necessidades. Alguns serviços não prestavam o atendimento pautado nos padrões de humanização e qualidade, outros tinham acesso muito difícil e em alguns, o custo financeiro não era compatível com meus recursos.

Em virtude disso, passei um período com muita insegurança, sem amparo, e acredito que este sentimento tenha sido vivenciado por muitas mulheres que foram usuárias da Casa de Parto de Juiz de Fora e que em suas gestações posteriores não tinham mais aquele serviço para recorrer.

Apesar de tudo, tive que criar alternativas para o nascimento do meu bebê.

Quinze dias antes do parto conheci uma enfermeira obstetra que trabalha em uma maternidade na cidade onde resido atualmente. Em uma conversa informal comentei com ela essa minha angústia com relação ao parto e ela se propôs a me acompanhar. Na minha última consulta com a médica obstetra que estava me acompanhando, conversamos abertamente sobre minha decisão de ter o parto normal. Até esta consulta eu percebia que a médica não acreditava que eu levaria a ideia até o final. Eu tinha um receio muito grande que quando eu entrasse em trabalho de parto ela me deixasse sem possibilidades de escolha e me submetesse a uma cesárea. Este receio tinha fundamento levando-se em consideração que a práxis desta médica era a realização de partos cirúrgicos. Nesta ocasião tivemos uma conversa muito tranquila, combinamos que assim que o trabalho de parto começasse, eu entraria em contato com ela e com a enfermeira obstetra e no hospital haveria um apartamento reservado para que eu pudesse permanecer durante todo o processo de parturição.

Na madrugada do dia quatro de junho de 2014, minha bolsa estourou. Quinze minutos depois as contrações começaram. De casa avisei a médica e enfermeira, e nos dirigimos ao hospital. Fui atendida inicialmente pela enfermagem e o médico de plantão foi me ver, mas ele aguardaria a obstetra chegar. Não deu tempo, estávamos eu e meu marido na sala de observação, senti que o bebê estava nascendo, e o bebê nasceu conosco. A equipe da

emergência não estava acostumada com este tipo de atendimento e ficou bastante desestruturada, sem saber o que fazer. Lembro-me de dizer que eles podiam ficar calmos, que o bebê estava nascendo e que era preciso só esperar, e assim aconteceu, o bebê nasceu. Fiz o que meu conhecimento e meu instinto mandavam. Ela nasceu bem, meu períneo íntegro. Eu perdi a possibilidade de ficar com meu bebê imediatamente ao nascimento, pois eles ficaram tão ansiosos para desempenhar as atividades de rotina que nem a peguei, eles a levaram imediatamente para realizar os primeiros cuidados.

Meu segundo bebê nasceu apesar de toda minha angústia e preocupação durante toda a gestação. Mas avaliando todo o processo, consigo perceber como a qualidade do atendimento não contemplou minhas expectativas de mulher, mãe e enfermeira obstetra. Na Casa de Parto, eu recebi todos os cuidados que garantiram nossa segurança e bem-estar, já no hospital, eu precisei contar com meus conhecimentos, a tranquilidade do meu marido e com a sorte, pois eu não tinha completa certeza se a equipe prestaria a assistência obstétrica que eu esperava, principalmente, se houvesse alguma complicação.

2 INTRODUÇÃO

Na atualidade a cultura de um parto mais natural tem sido a escolha de gestantes, parturientes e casais grávidos que questionam os métodos da medicina contemporânea, bem como todo o ideário que a sociedade criou em relação ao corpo da mulher e sua capacidade de parir (CARNEIRO, 2012)

No entanto, essa escolha vem de encontro a uma cultura arraigada em nossa sociedade em que a assistência ao parto está centrada no modelo biomédico, que transformou a gestação e o parto em eventos perigosos e que precisam de intervenção. Assim, esse modelo penaliza a mulher e sua família, pois ignoram a fisiologia, o tempo do trabalho de parto, os aspectos sociais e culturais que permeiam o processo de nascimento, promovendo taxas de morbimortalidade materna e neonatal incompatíveis com os avanços disponíveis na atualidade.

Com o intuito de melhorar a assistência ao parto e nascimento, reduzir as intervenções desnecessárias, minimizar as diversas formas de violência obstétrica e melhorar os indicadores maternos e neonatais, várias políticas públicas de incentivo ao parto normal foram instituídas ao longo dos anos. Dentre elas pode-se citar o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Prêmio Galba de Araújo, a implantação dos Centros de Parto Normal, a inserção do profissional enfermeiro na assistência ao parto normal de baixo risco, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e mais recentemente a Rede Cegonha (BRASIL, 2017).

Nesse contexto e com o objetivo de prestar uma assistência humanizada e de qualidade ao parto normal sem distócia, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999 criando as Casas de Parto e os Centros de Parto Normal no âmbito nacional (BRASIL, 1999).

A proposta de criação das casas de parto como política de assistência ao parto e nascimento teve origem com a experiência da Casa de Parto de Sapopemba inaugurada em 18 de setembro de 1998. O projeto de implantação e a coordenação ficaram a cargo da enfermeira Ruth Hitomi Osava e a Casa atendia as mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família – PSF do bairro Sapopemba em São Paulo (SEPÚLVEDA, 2003).

A partir desta proposta, várias outras casas de parto foram criadas no Brasil nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e no Distrito Federal.

A Casa de Parto de Juiz de Fora foi implantada em 2001 baseada nos dados epidemiológicos e diagnóstico situacional realizado pelo Comitê de Mortalidade Materna e pela Comissão Interinstitucional do município. Essa iniciativa era uma das várias ações propostas pelo Comitê que tinham como objetivo melhorar os indicadores de mortalidade materna e neonatal do município que se encontrava com razões muito altas de acordo com as convenções internacionais.

Este comitê criado em 1996, visava à mudança na assistência ao parto, haja vista, que neste ano o índice de morte materna naquela cidade havia sido de 123 por cem mil nascidos vivos (PROGIANTI, 2013). Conforme os parâmetros de avaliação da morte materna pela Organização Mundial de Saúde (OMS), este índice é considerado **muito alto** (para aqueles com valores acima de 100/100mil nascidos vivos) (Organizacion Panamerican de la Salud/Organizacion Mundial de La Salud,1996).

Este cenário manteve-se crítico por vários anos consecutivos, conforme podemos observar em um estudo onde foram discriminadas as razões de mortalidade materna encontradas durante os seis anos de trabalho do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora – MG – CPMMJF-MG. Os dados foram definidos de acordo com o cálculo da razão de morte materna da 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), e por isso, foram retirados os óbitos de mulheres não residentes em Juiz de Fora. Este estudo apresentou a razão de morte materna de mulheres residentes em Juiz de fora no período de 1996 a 2001, e em cinco anos esta razão foi superior a 100 mortes/100 mil nascidos vivos, portanto, uma razão muito alta. Em 1996 a razão foi de 123/100 mil. Em 1997, impulsionada pelas primeiras ações do comitê, houve uma queda considerável da razão de mortes, atingindo o valor de 49, no entanto esta curva de decréscimo não se manteve e no ano subsequente a razão atingiu o maior valor do período analisado, 140. Os valores continuaram altos em 1999 e 2000, sendo 103 e 119 respectivamente. Em 2001, ano de inauguração da Casa de Parto a razão de mortalidade materna apresentou uma nova redução, chegando a 56,8mortes/100mil nascidos vivos (MAUAD; FERNANDES; COSTA, 2003 apud Comitê de Mortalidade Materna de Juiz de Fora – MG).

Das mortes maternas ocorridas no período entre 1996 e 2001, 61% foram por causa obstétrica direta e 27% por causas obstétricas indiretas, mostrando com isso um cenário preocupante no que tange à assistência ao parto no município (MAUAD; FERNANDES; COSTA, 2003).

Segundo o Manual dos Comitês de mortalidade materna, as mortes classificadas como obstétricas diretas são aquelas resultantes de “*complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas*”. As obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças pré-existentes à gravidez ou que se desenvolveram durante esse período e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (BRASIL, 2007, p.12).

Diante desse cenário crítico, a Comissão Interinstitucional, que iniciou suas atividades em 16 de abril de 1998, elaborou o Modelo de Assistência Humanizado ao Parto. Para isso, um plano de ação foi estruturado e suas ações visavam: informação e sensibilização dos médicos e população, formação de recursos humanos e a reconfiguração do campo obstétrico de Juiz de Fora (PROGIANTI, 2013).

Neste contexto, a Casa de Parto foi criada por intermédio de uma parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF e o Ministério da Saúde e iniciou suas atividades em 14 de dezembro de 2001. A Casa de Parto foi idealizada pela enfermeira obstetra Betânia Maria Fernandes e pela assistente social Terezinha de Jesus Nascimento Martins da Costa enquanto atividade como membros do CMPMMJF-MG e da Comissão Interinstitucional para Redução da Cesariana e Proteção ao Parto Normal (HAUCK, 2013).

Na Casa de Parto a mulher e seus familiares eram acolhidos e incentivados a participar do processo de gestação e parto. A gestante era considerada a protagonista do parto, tendo os seus direitos e os do bebê respeitados, além de ter sua autonomia preservada (FERNANDES, 2011).

No período entre 2001 e 2007 a Casa funcionava 24 horas por dia e era composta por sete enfermeiros obstetras, quatro auxiliares de enfermagem, dois assistentes sociais, quatro auxiliares de serviços gerais e um motorista de ambulância. Foram realizados 703 partos nestes sete anos de funcionamento (PROGIANTI, 2013).

O fechamento da casa ocorreu em 06 de agosto de 2008 por uma determinação da reitoria da UFJF. Um ano antes, o então Reitor solicitou um Parecer à Procuradoria Federal da UFJF e criou uma Comissão de Transferência da Casa de Parto da FACENF/UFJF para o Hospital Universitário – Unidade Dom Bosco.

Em agosto de 2008 a Procuradoria emitiu parecer, determinando que a Casa de Parto não poderia continuar suas atividades, pois não estava apta a internar parturientes e realizar partos:

[...] não haver médicos-obstetras, médicos-neonatoLOGISTAS, ambulância, protocolo assistencial assinado por médico, “Contrato ou Termo de Compromisso” com hospital de retaguarda, “Alvará Sanitário” e “Certidão de Responsabilidade Técnica” válidos, além de diversos registros inverídicos no “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES”. (Procuradoria Federal da UFJF/ agosto de 2008).

Vale ressaltar, que vários critérios adotados para emissão deste parecer não condizem com as determinações da Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999 que instituiu as Casas de Parto e os Centros de Parto Normal no âmbito nacional (BRASIL, 1999).

2.1 – ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA: INDICADORES E AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATUALIDADE

Em 2014 foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora o Plano Municipal de Saúde a ser implantado no triênio 2014-2017 e este documento levanta vários índices desfavoráveis com relação à saúde materno-infantil e indica ações a serem desenvolvidas.

Esse estudo levantou que, seguindo uma tendência nacional, Juiz de Fora vem apresentando aumento significativo nas taxas de cesariana. Em 2000 o percentual era de 52,8%, aumentando para 61,6% (2010) na década seguinte e em 2012 apresentou um total de 64,3% de partos operatórios, apresentando uma leve queda destes padrões em 2014 (59,9%) (BRASIL, 2012b).

Estas taxas de parto operatório variam muito se levarmos em consideração o local de nascimento. Ainda em 2012, na rede privada estas taxas atingiram 94,2% dos partos e nas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) esta taxa chegou a 42,8% e 70,7% nas instituições conveniadas com o SUS (JUIZ DE FORA, 2014).

Estes dados corroboram com a “declaração da OMS sobre taxas de cesáreas” publicada em 2015 em que o Brasil é considerado líder mundial em cesáreas e alerta que o aumento desta prática se transformou em epidemia. A taxa de cesariana no Brasil vem aumentando de maneira exponencial, em 2010 a taxa era de 52,3%, em 2011 53,7% e estima-se que em 2014 atingimos a marca de 55% de partos operatórios (OMS, 2016)

Aliado a estas taxas elevadas de cesariana no município observa-se também uma tendência para o nascimento prematuro. Em uma década houve um aumento de 112,5% de prematuridade, sendo que em 2000 uma taxa de 7,2% de partos prematuros e em 2012 atingiram 15,3% dos partos, sugerindo a sincronia de elevação entre cesarianas e prematuridade (JUIZ DE FORA, 2014).

Outro indicador importante e que possui relação direta entre cesariana e prematuridade é o baixo peso ao nascer, sendo este índice de 11,7% no ano de 2012. O índice de Baixo Peso ao Nascer (BPN) está diretamente relacionado ao estado de saúde e a chance de sobrevivência dos bebês. Vários fatores são desencadeantes deste processo, dentre os principais podemos determinar a prematuridade e o retardo do crescimento intrauterino e estes podem estar relacionados à deficiência na assistência à gestação entre outras condições ligadas à saúde e hábitos maternos (BRASIL, 2011).

A mortalidade infantil é um reflexo dos dados apresentados acima aliados às condições socioeconômicas e de infraestrutura ambiental, acesso e qualidade dos recursos de atenção à saúde materna e infantil.

No período entre 2001 a 2007 a mortalidade infantil no município variou entre 24,3 e 14,3/1000 nascidos vivos. Em 2008 houve uma tendência de aumento da mortalidade infantil com percentuais variando entre 16,9/1000 nascidos vivos (2008) e 17,6/1000 nascidos vivos (2010). Em 2012 pode-se observar um leve declínio nesta porcentagem para 14,1% (JUIZ DE FORA, 2014).

Esses dados corroboram com os dados nacionais que no mesmo período apresentaram índices decrescentes de mortalidade infantil, variando de 26,1 óbitos de menores de um ano por cada 1000 nascidos vivos em 2000 para 15,3 em 2011 (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, a mortalidade materna apresenta grande relevância. No período compreendido entre 1996, ano de fundação do CMPMM e 2012 foram definidas 164 mortes maternas, sendo 130 (79,3%) por causas obstétricas, 20 (12,2%) aconteceram após o período puerperal e 12 (8,5%) foram mortes por causas não obstétricas (JUIZ DE FORA, 2014).

Ao analisarmos os relatórios do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna observamos que nas últimas duas décadas as taxas de mortalidade materna vêm oscilando entre 140/100 mil nascidos vivos em 1998 e 30/100 mil nascidos vivos em 2011. O gráfico abaixo apresenta um relato histórico da razão da mortalidade materna no município nos anos de 1996 a 2012.



Figura 1: Relato histórico da razão da mortalidade materna no município nos anos de 1996 a 2012. FONTE: JUIZ DE FORA, 2014 apud CMPMM/JF

Seguindo a tendência nacional, a razão de mortalidade materna vem apresentando reduções, mas permanecem consideradas altas de acordo com as determinações da OMS.

Desde 2011 está em funcionamento no município um grupo de trabalho interinstitucional que por meio de avaliação, estruturação e reestruturação das políticas públicas municipais tem como objetivo reduzir o óbito materno e infantil (JUIZ DE FORA, 2014).

Esse grupo foi criado em virtude dos levantamentos de dados do CMPMM/JF e do Comitê de Prevenção a Mortalidade Fetal e Infantil/JF, criados em 1996 e 2000 respectivamente. Várias ações educativas e instrutivas foram desenvolvidas por este grupo, destacando-se a realização do Seminário “Política de Assistência à Saúde das Gestantes, Parturientes e Puérperas no município de Juiz de Fora”, implantação do Viva Vida/SES/MG que foi aplicado como protocolo único no município para atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, apresentação do diagnóstico de uso abusivo da cesariana no município e levantamento dos principais determinantes e discussão sobre ações para o enfrentamento desta situação, reorganização da Política Municipal dos Direitos Sexuais e Reprodutivos/planejamento familiar (JUIZ DE FORA, 2014).

Finalizando as ações desta comissão, foi instituído o Comitê Municipal de Defesa da Vida, cujo objetivo é acompanhar, avaliar e propor ações deliberativas de redução da mortalidade infantil e materna. Esse comitê, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde foi regulamentado pela Portaria de nº 7.868, publicada em 22 de junho de 2012 (JUIZ DE FORA, 2014).

Fatores como a permanência de altos índices de baixo peso ao nascer, o aumento da prematuridade, altas taxas de partos operatórios apontam para a necessidade de uma profunda reflexão sobre as práticas obstétricas no município e a sua repercussão nesses indicadores. Com isso, as ações investigativas, educativas desenvolvidas por estes comitês demonstram uma situação bastante preocupante referente à mortalidade materna em Juiz de Fora e a urgência na adoção de medidas públicas para reverter esse quadro crítico, buscando perspectivas positivas e efetivas para a redução da mortalidade materna (JUIZ DE FORA, 2014).

Levando-se em consideração o cenário precário da assistência obstétrica em Juiz de Fora, com o encerramento das atividades da Casa de Parto as mulheres perderam esse local de assistência ao parto com um modelo humanizado e de qualidade.

A escolha pelo local do parto é uma construção realizada pela mulher que leva em consideração as experiências vividas anteriormente por elas ou por outros em situação semelhante, levando em consideração a busca por um modelo de assistência diferenciado e humanizado (GONÇALVES et al., 2011).

Usualmente, na busca do local para a ocorrência do parto, a mulher toma como referência as rotinas comuns nos modelos medicalizados e apesar das pressões sofridas pela mulher quando esta faz a opção pela Casa de Parto, a busca por um atendimento diferenciado é a motivação dessa escolha (GONÇALVES et al., 2011).

É importante entendermos as necessidades e desejos dos usuários, oferecendo serviços inovadores e que favoreçam a qualidade de vida. E as casas de parto tornam-se um local onde a assistência ao parto é centrada na gestante, no bebê e seus familiares, resgatando sua autonomia, sendo com isso, um serviço diferente dos demais (CLEMENTINO, 2008).

Como relatei anteriormente, fui usuária da Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da UFJF na minha primeira gravidez e quando engravidei novamente a Casa havia sido fechada e não tive acesso a um serviço em que eu, meu bebê e meu esposo, fossem o centro da assistência. O que nos trouxe muita angústia, inquietação e insegurança.

Com isso, comecei a me questionar se estes sentimentos que vivenciei foram experimentados por outras mulheres, também usuárias daquele serviço, em suas gestações posteriores ao fechamento da Casa.

Perante esse fator, justifica-se esse estudo com a finalidade de compreender a percepção das ex-usuárias sobre o fechamento da Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora frente a gestações posteriores fornecerá informações que permitirão compreender os desejos e necessidades das mulheres pertinentes ao processo de gestação e parto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento deste estudo, o Interacionismo Simbólico (IS) foi utilizado como referencial teórico.

O Referencial teórico pode ser definido como uma maneira de olhar o mundo que contém em si pressupostos que orientam o pensamento e o estudo do pesquisador (ANGELO, 1997).

O IS é “uma teoria em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social que pertencem” (LOPES, JORGE, 2005).

Com isso tem o propósito de compreender a causa da ação humana, causa esta que se transforma e dá significado à definição humana, a auto direção e as escolhas e ela reconhece que as ações humanas são livres (CHARON, 1969).

Blumer (1969), mantendo-se fiel aos pensamentos do idealizador do Interacionismo Simbólico, George Herbert Mead, desenvolveu três premissas básicas para o desenvolvimento da teoria: 1 - Os seres humanos agem em relação a coisas, tomando por base o significado que as coisas têm para ele; 2 - O significado de tais coisas surge das interações sociais; 3 - Esses significados são manipulados e modificados baseando-se em um processo interativo (BLUMER, 1980).

Essas premissas levam a desenvolver um esquema analítico da sociedade e das condutas humanas, tais como grupos humanos ou sociedade, interações sociais, objetos, o papel central do ser humano, entre outros (LOPES, JORGE, 2005).

O conhecimento de alguns conceitos é imprescindível para o entendimento deste referencial, tais como a mente, o *self*, as coisas, os símbolos, a linguagem, a sociedade, a auto-interação, a ação humana e a atividade grupal descritos por Mead (BLUMER, 1980).

O *self*, o ego ou a própria pessoa, é concebido por meio da interação com o outro e sua relação com o mundo, permitindo o controle, direção e manipulação da própria vida. É formado pelo Eu e o Mim. Na fase “Eu” o ser humano age de forma espontânea e impulsiva,

sem preocupações com regras sociais. Na fase “Mim” as atitudes são organizadas, é o outro generalizado, consciente e tem a pessoa como objeto, sendo assim a fase social (MEAD, 1972).

O *self* está em constante mutação, pois a partir do momento que o indivíduo interage com o outro ele se define e redefine (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997)

A mente é a ação simbólica para o *self*, surge através das interações com o outro e permite ao indivíduo definir, observar os *selves* e símbolos e ter uma ação diante da interpretação realizada (LOPES, JORGE, 2005).

As **coisas** definidas por Blumer incluem o que o ser humano pode observar ao seu redor e as ações determinadas conforme o significado que essas coisas têm para ele

Para definir “coisa”, Blumer considera que o ser humano observa o mundo físico ao seu redor, e dá significado às “coisas” e suas ações e reações estão diretamente relacionadas à maneira como ele enxerga essas “coisas” (LOPES, JORGE, 2005).

O **símbolo** no IS é o conceito central, pois sem ele não ocorre a interação uns com os outros. Os símbolos são classes de objetos sociais, que o ser humano utiliza para representar suas interpretações e são usados para pensar e comunicar. Os símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Os símbolos só têm significado para nós, pois podemos descrevê-los através das palavras (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A **linguagem** está relacionada à utilização das palavras, e com elas o ser humano interage de forma ativa com a sociedade e se integra a ela (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). Ela é composta por instrumentos que os indivíduos utilizam para ordenar a experiência, modelando o comportamento humano com base nos significados que usamos através da linguagem (LOPES, JORGE, 2005).

Integrando todos os conceitos do IS temos a **sociedade**, que nos ajuda a entender a natureza do ser humano. Podemos considerar sociedade cada grupo, organização ou situação de interação, visto que os indivíduos se interagem e utilizando os conceitos citados anteriormente eles “*assumem papéis, interpretam, ajustam seus atos uns com os outros, direcionam e controlam o self, compartilham perspectivas na interação, comunicam-se com símbolos*” (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Desta forma, o significado é formado por meio de atividades definidoras que emergem da interação intra e interpessoais. A interação social é responsável pela estruturação do processo interpretativo. Nesta vertente, o indivíduo utiliza os significados como um instrumento para a formação da ação (BLUMER, 1969).

Além deste processo interpretativo promovido pela interação social, o indivíduo também redefine seus conceitos pela auto interação e utiliza de suas experiências e valores pessoais, interferindo no significado que as coisas têm para ele (LOPES, JORGE, 2005).

A **auto interação** emerge da interação social, e acontece quando o indivíduo observa a situação através do prisma do outro; e colocando-se nesta posição é capaz de se ver ou agir em relação a si nesta posição (BLUMER, 1969).

O processo de auto interação é essencial para o IS, pois com este processo, o indivíduo manipula seu mundo e constrói sua ação, individual ou coletiva (HAGUETE, 1995).

Como resultado da auto interação há a formação da **ação humana**, e esta é construída a partir da identificação da situação (coisa) e permite a interpretação (dar significado) e o indivíduo pratica a ação (BLUMER, 1969).

A ação do ser humano pode ser dividida em quatro estágios: impulso, percepção, manipulação e consumação. Tomando por base as normas e regras sociais e a consolidação destes estágios o ser humano consegue definir suas ações (MEAD, 1972).

A atividade grupal baseia-se no comportamento cooperativo e cada ser humano responde às situações baseado na maneira como percebe a intenção e reação dos demais atores a cada evento. Estas intenções são transmitidas com gestos que se tornam simbólicos, possíveis de serem interpretados, proporcionando ao homem a habilidade de responder aos próprios gestos. Os comportamentos grupais emergem do compartilhamento de experiências e de condutas, e com isso, os seres humanos são capazes de responder da mesma forma ao mesmo gesto (MEAD, 1972).

Os conceitos descritos anteriormente promovem a interpretação consciente e enfatizam a concepção interacionista de significado. As coisas passam a ter significado para a pessoa a partir do momento que ela as considera conscientemente, refletindo e pensando sobre o objeto, interpretando-o. Neste processo, de construção interior do significado, a pessoa

seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma o significado baseando-se na situação em que foi exposto e na direção que imprimiu sua resposta. Desta forma, a interpretação é um processo, pois os significados são formados e não aplicados a partir de pressupostos já estabelecidos (HAGUETE, 1995).

O Interacionismo Simbólico considera o homem como organismo mutante, dinâmico, capaz de interagir com o “mundo” e consigo mesmo, interpretando as situações e definindo respostas levando em consideração todas as nuances das relações.

Este referencial teórico tem sido amplamente utilizado por profissionais da enfermagem, visto que durante a prática profissional lidamos com seres humanos vivenciando experiências muito íntimas e singulares nas diversas etapas ou fases da vida. E podemos considerar que com a apreensão dos significados destas experiências, os profissionais podem estabelecer mecanismos de melhoria do ensino e da assistência prestada à população (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; POLIT; BECK, 2011).

4 OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção das ex-usuárias sobre o fechamento da Casa de Parto frente as gestações posteriores.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar como ocorreu a escolha de outros locais para a ocorrência dos partos posteriores ao fechamento da Casa de Parto.
- Perceber os sentimentos e reações vivenciados pela mulher relacionados à escolha de um local para a ocorrência do parto.
- Construir um modelo teórico que represente a percepção das ex-usuárias sobre o fechamento da Casa de Parto frente as gestações posteriores.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa investigativa de cunho qualitativo. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) será utilizada como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico.

A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de técnicas interpretativas que descrevem e decodificam os componentes de um sistema complexo de significados, e tem como objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos no mundo social, reduzindo a distância entre indicador e indicado, teoria e dados, contexto e ação (MATHEUS, 2006; DYNIEWICZ, 2014).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador a elaboração do projeto ao longo do período conforme a pesquisa vai acontecendo. Além disso, este tipo de pesquisa não busca enumerar e medir eventos, e geralmente não emprega instrumento estatístico para a análise dos dados (POLIT; BECK 2011).

Apesar dos vários modelos de pesquisa qualitativa possuírem aspectos comuns, existe uma ampla variedade de abordagens gerais. Não existe uma taxonomia consensual e a pesquisa qualitativa é descrita de acordo com as tradições disciplinares. Estas tradições de pesquisa têm origem nas disciplinas da antropologia, da psicologia e da sociologia e são base para a fundamentação dos estudos (POLIT, BECK, 2011).

O método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) surgiu por volta de 1960, período histórico em que a pesquisa qualitativa perdia espaço na Sociologia. Partindo de um estudo realizado com profissionais de um hospital nos Estados Unidos, dois sociólogos, Barney G. Glaser e Anselm Strauss, pesquisando o processo de morte nos hospitais, desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que deram origem a TFD (CHARMAZ, 2009).

A *Grounded Theory* ou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conforme tradução para o português foi apresentada por Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967 na obra *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Ambos eram sociólogos,

mas com formações filosóficas distintas, Strauss era oriundo da Universidade de Chicago e Glaser formado na Universidade de Columbia (STRAUSS, CORBIN, 2008). Embora Strauss e Glaser tenham desenvolvido a teoria conjuntamente, com o passar dos anos assumiram caminhos diferentes e este estudo baseou-se nas concepções de Strauss e Corbin.

Este método é muito utilizado por pesquisadores que tem como objetivo compreender a realidade tomando como base a percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa/sociedade. O método explora a riqueza e a diversidade das experiências dos indivíduos e estes fenômenos são analisados e sistematicamente conduzidos (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A TFD é um método que permite ao pesquisador conhecer determinado evento em profundidade. O pesquisador pode/deve procurar ver o mundo da forma como os participantes da pesquisa o fazem, conhecendo seus ambientes e as circunstâncias (CHARMAZ, 2009).

Na pesquisa em que a TFD é utilizada, os conceitos sensibilizadores e as perspectivas disciplinares (seus conhecimentos prévios) são somente o ponto de partida. Dessa forma, partindo do conhecimento prévio o trabalho está aberto a novos caminhos e a construção de informações no transcorrer da pesquisa (CHARMAZ, 2009).

Este método de pesquisa é composto pela coleta e análise simultâneas dos dados (codificação), definição de categorias, desenvolvimento destas relacionando-as por meio de hipóteses, identificação de fenômenos ou a categoria central e a descrição da teoria (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Os pesquisadores frequentemente enfrentam a dúvida de onde obter os dados para o desenvolvimento do estudo. A amostragem teórica é um instrumento que vem de encontro a esta questão. Este termo consiste na realização da “coleta de dados conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de fazer comparações” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.195). Neste caso, a amostragem não é definida antes de começar a pesquisa, ela se desenvolve durante o processo, cujos conceitos surgem da análise e mostram-se relevantes para a teoria evolutiva (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A coleta de dados é uma etapa fundamental no desenvolvimento do estudo e para que esta etapa seja profícua, é indispensável à capacidade de formular perguntas. A construção de

boas perguntas leva a conclusões positivas. Usar perguntas para reunir informações e fazer averiguações é uma atitude condizente (CHARMAZ, 2009; STRAUSS, CORBIN, 2008).

O pesquisador deve ter em mente que boas perguntas às vezes dependem de sorte, mas frequentemente são determinadas pelo conhecimento relevante, percepção de lacunas e sensibilidade para aquilo que os dados estão dizendo. É fundamental para qualquer investigação de pesquisa fazer perguntas juntamente com a busca de respostas, e que estas possam levar ao desenvolvimento de formulação teórica (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Após, e até mesmo durante a coleta de dados, ocorre à análise dos resultados. A esta etapa chamamos de codificação dos dados. Codificar significa reduzir ou reunir em códigos, sendo que os códigos revelam como o pesquisador seleciona, separa e classifica os dados.

Estes códigos não são determinados por categorias preconcebidas como habitualmente ocorre nas pesquisas quantitativas, eles são elaborados a partir do que definimos e observamos nos nossos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A codificação não pode ser considerada uma etapa isolada, pois ela acontece simultaneamente à coleta/análise dos dados e consolida a formação de categorias (CHARMAZ, 2009; STRAUSS, CORBIN, 2008).

O processo de análise também é uma etapa simultânea as demais citadas e consiste em fazer perguntas e comparações entre os dados obtidos (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Para fazer comparações teóricas são necessárias mais explicações. A comparação teórica é uma ferramenta utilizada para olhar alguma coisa subjetivamente, não buscando classificação ou nomeação sem um exame completo do objeto nos níveis de propriedade e dimensão (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Fazemos comparações quando estamos em dúvida ou confusos e o estímulo mental derivado das comparações amplia nossos horizontes e nos permite delinear as propriedades e as dimensões que definem o significado dos fenômenos dando especificidade à nossa teoria (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Após o desenvolvimento de todas as etapas e a definição da teoria desenvolvemos os dados, conclusões e resultados utilizando o processo de escrita. Este momento permite ao pesquisador fazer um esboço das descobertas, escrevendo e reescrevendo, observando novas ideias e percepções. Este processo é de suma importância para a divulgação de sua teoria e por isso, deve ser executado de maneira que sua marca seja impressa com graça e estilo (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Associados ao desenvolvimento de todas as etapas deste estudo foram utilizados os memorandos e os diagramas. Os memorandos são registros realizados desde o início do estudo e que ajudam a esclarecer o que acontece no campo, contém os produtos e oferece as direções para a análise dos dados. Os principais objetivos dos memorandos são manter a pesquisa embasada e ajudar ao pesquisador a sustentar esta consciência. Os diagramas consistem na representação gráfica dos dados e mostram as relações entre os conceitos (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A elaboração dos memorandos e diagramas iniciam-se tão logo a análise conceitual começa e deve permanecer durante todo o processo. Com o auxílio destes instrumentos o pesquisador pode “registrar o progresso, as considerações, os sentimentos e as direções do projeto de pesquisa e do pesquisador” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.210)

Diante do exposto, com o desenvolvimento de todo o processo de pesquisa a TFD é um instrumento altamente adequado para se trabalhar com dados qualitativos, proporcionando ao pesquisador a possibilidade de construir explicações sobre fatos ou compreender os fenômenos, construindo seus próprios modelos teóricos (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

5.2 REGIÃO DE INQUÉRITO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, localizado na Zona da Mata, distando 283 Km da capital, com população estimada de 550.710 habitantes, sendo 272.223 mulheres (IBGE, 2010).

Juiz de Fora é a quarta cidade em número de população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e, está entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos. A economia local está baseada principalmente na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos bem como na comercialização destes e de outros produtos (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)¹ de Juiz de Fora apresentado em 2010 foi de 0,0778, o que coloca o município na faixa de alto desenvolvimento humano, ou seja, aqueles índices compreendidos entre 0,700 e 0,799. A longevidade, com índice 0,844, é o principal fator para manter este índice elevado, seguido pela renda (0,784) e educação com índice 0,711.

A expectativa de vida da população Juiz Fora passou de 68 anos em 1991 para 75,65 anos em 2010 (IDHM)¹.

Com relação à educação de crianças, jovens e adultos os avanços também foram surpreendentes, hoje o município conta com 95,61% das crianças de 5 a 6 anos na escola, superando os 58,95% da década de 1991. Em 1991, apenas 22,98% dos jovens entre 18 e 20 anos possuíam o ensino médio completo, já em 2010 estes índices atingiram 50,03% desta população. Este fator pode ter sido decisivo para o aumento da renda per capita no mesmo período, variando de R\$ 607,97 para R\$ 1.050,88 (IDHM)¹.

O município é referência em saúde e educação, possuindo rede de assistência à saúde bem equipada, e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora é sede da Macrorregião Sudeste de MG composta por 94 municípios que possui uma estimativa populacional de 1.575.629 habitantes e é sede da Microrregião Juiz de Fora - Lima Duarte - Bom Jardim de Minas, com 25 municípios e população de 642.353 habitantes (IBGE, 2010; JUIZ DE FORA, 2014).

¹ Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em 20 jun 2015.

A cidade possui 337 estabelecimentos de saúde, sendo seis serviços públicos federais, três públicos estaduais; 93 públicos municipais e 235 privados, sendo que destes 165 prestam serviços para o Sistema Único de Saúde – SUS (IBGE, 2010).

5.3 A CASA DE PARTO

A Casa de Parto foi institucionalizada pela Resolução Nº 26/2001, de 26 de novembro de 2001, que aprovou a criação do Regulamento da Casa de Parto (FERNANDES, 2004).

A Casa tinha como proposta a humanização do parto, proporcionando a mulher uma assistência “carregada de sensibilidade, respeito e mínima intervenção no trabalho de parto e no parto natural” (FERNANDES, 2004).

A construção da unidade foi realizada em um terreno da Universidade no centro da cidade, sendo adotado um projeto arquitetônico moderno, proporcionando conforto e aconchego aos usuários.

Todo o projeto foi estruturado buscando proporcionar ao ambiente características semelhantes a uma casa, apesar de garantir todos os recursos necessários para a atenção obstétrica e neonatal com segurança (FERNANDES, 2004).

O atendimento profissional era realizado por sete enfermeiros obstetras, duas assistentes sociais, quatro auxiliares de enfermagem e quatro auxiliares de serviços gerais que garantiam atendimento ininterrupto (FERNANDES, 2004).

A equipe desenvolvia inúmeras atividades de atenção à mulher e seus familiares, dentre elas: 1) grupos educativos para gestantes e casais grávidos. 2) Yoga para gestantes. 3) Consulta de enfermagem no pré-natal. 4) Assistência ao parto, pós-parto e ao recém-nascido. 5) Consulta de revisão puerperal. 6) Grupo de direitos reprodutivos. 7) Acompanhamento do bebê no primeiro ano de vida. 8) Massagem para gestante. 9) curso de formação de profissionais para o desenvolvimento de grupos de gestantes (FERNANDES, 2004).

A busca pelo atendimento na Casa acontecia por meio do encaminhamento da gestante pela equipe do Programa Saúde da Família – PSF e Unidades Básicas de Saúde – UBS e por demanda espontânea. A Casa não possuía uma área adscrita definida, e por ser o único serviço na cidade e região que apresentava esse modelo de assistência, atendimento por demanda espontânea era uma realidade que proporcionava a procura pelo serviço por mulheres de todo o município e região (FERNANDES, 2004).

O último parto realizado na Casa foi em 15 de agosto de 2007. Por mais um ano a atividades de assistência à gestante continuaram, exceto os partos, e em 06 de agosto de 2008 foram encerradas todas as atividades ali desenvolvidas (HAUCK, 2013).

5.4 ATRIZES SOCIAIS

As atrizes sociais deste estudo foram mulheres que utilizaram a Casa de Parto no período de entre 07/01/2004 e 15/08/2007. Essas foram localizadas após a análise dos 390 prontuários da Casa de Parto

Foram adotados critérios de inclusão e exclusão para a busca das mulheres que utilizaram a Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Os critérios de inclusão foram mulheres: 1 - Que pariram na Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da UFJF no período de 07 de janeiro de 2004 até 15 de agosto de 2007 (último parto realizado no serviço); 2 - Tiveram uma ou mais gestações e partos após o parto ocorrido na Casa. Os fatores de exclusão foram mulheres: 1- Admitidas em trabalho de parto e que foram transferidas para unidade hospitalar em qualquer etapa do processo. 2- Que pariram na Casa de Parto e os recém-nascidos precisaram ser transferidos para uma unidade hospitalar.

Após a análise e coleta de dados referentes à localização das usuárias da Casa, iniciou-se a busca destas mulheres tomando-se por base os contatos telefônicos contidos nos registros. Este processo foi de difícil realização, pois devido ao período transcorrido, muitos contatos não estavam mais disponíveis.

Somente 77 mulheres foram localizadas. Destas, 35 mulheres tiveram apenas um filho, 10 ganharam o último filho na Casa de Parto, seis tiveram todos os filhos na casa, duas estavam grávidas do segundo filho.

Além destes, 12 contatos foram realizados com parentes e conhecidos, não sendo possível o contato direto com as mulheres. Algumas não moravam mais naquele endereço, algumas haviam se separado do pai do bebê e a família do mesmo não sabia fornecer outro contato e um familiar contactado era mãe de uma usuária que após dois partos na Casa faleceu durante o terceiro parto realizado em um hospital do município. Apesar de deixar meu contato com estes familiares ou conhecidos não obtive retorno em das ex-usuárias.

Foram excluídos os prontuários que relatavam transferências durante o trabalho de parto (24), no pós-parto imediato (2) e recém-nascido (1), totalizando 27 prontuários. Seis mulheres possuíam mais de um prontuário, pois pariram dois ou mais bebês na Casa de Parto. Um prontuário não foi incluído no estudo por pertencer à pesquisadora desse estudo. Três mulheres contemplavam todos os critérios de inclusão, mas não participaram da pesquisa, pois foram localizadas após o término da etapa de coleta de dados. Assim, vinte mulheres contemplavam os critérios de inclusão e compuseram a amostra do estudo. A figura 2 apresenta os dados descritos acima.

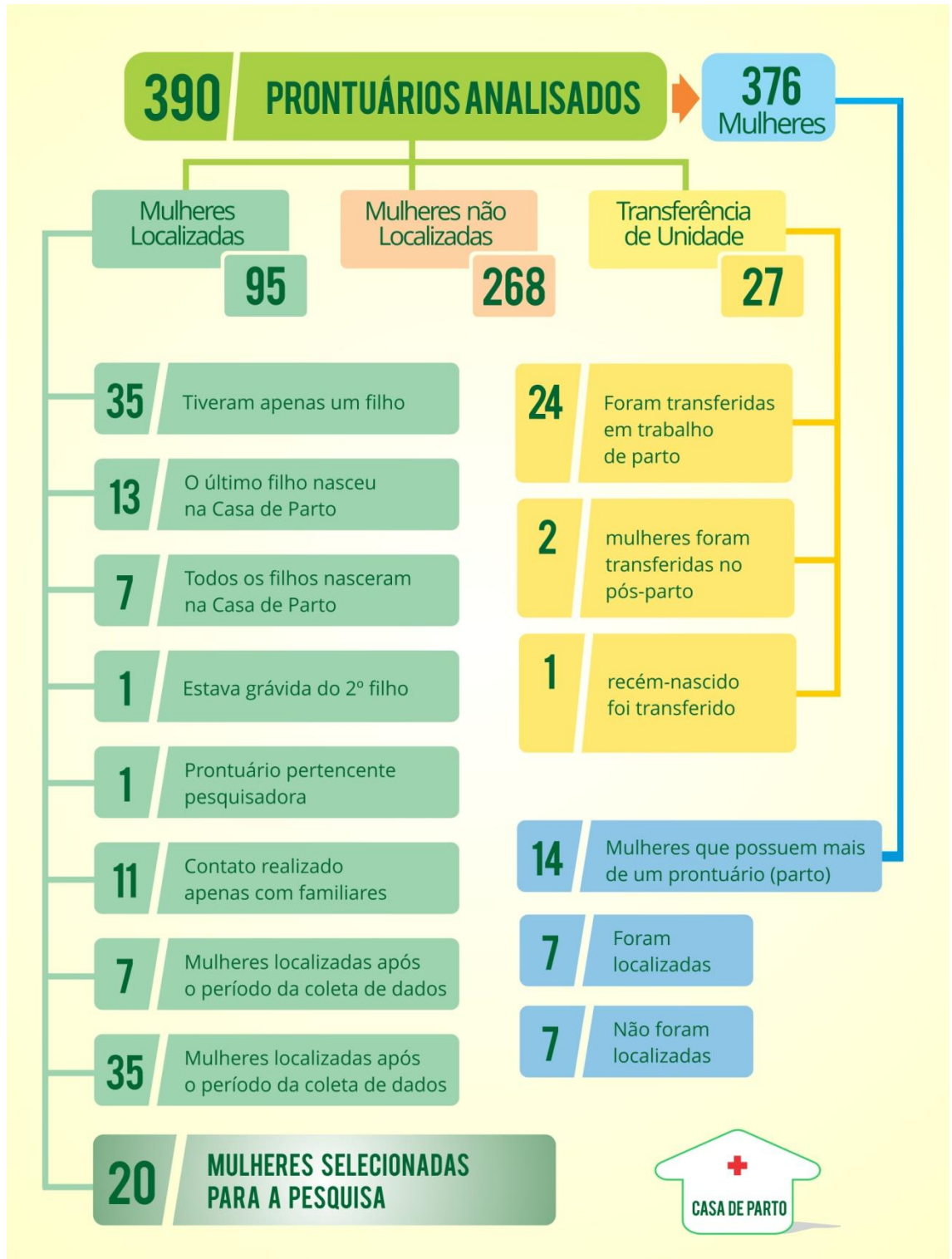


Figura 2 – Representação gráfica do processo de busca pelas ex-usuárias da Casa de Parto e consolidação da amostra da pesquisa. Alfenas, 2016.

Fonte: Do autor.

Assim, a etapa da amostragem teórica foi determinada como parâmetro para o desenvolvimento da pesquisa. Inicialmente utilizamos um roteiro básico de questões para direcionamento das primeiras categorias percebidas, mas este mecanismo de amostragem não determinou o número de participantes. O número de participantes encontradas foram vinte atrizes que cumpriram os fatores de inclusão. Como houve interesse delas participarem, optamos por entrevistar todas, independente do direcionamento, densificação e saturação das categorias, fato esse que ocorreu por volta da 14ª entrevista. Como o contato já havia sido realizado as entrevistas ocorreram em todas as participantes.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram encaminhados à Faculdade de Enfermagem da UFJF o projeto de pesquisa na íntegra e um ofício solicitando permissão para a realização do estudo e acesso aos arquivos da Casa de Parto. Em 03 de junho de 2015, o Ofício nº 84/2015-DIR, da Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF, emitiu parecer favorável, permitindo o acesso aos prontuários para a coleta dos dados necessários para a execução deste estudo (APÊNDICE A).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas - MG sob o parecer nº 1230481 (ANEXO A) de acordo com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012a). Para conservarmos os aspectos éticos das instituições, na discussão a Casa de Parto não receberá o nome da Universidade a que está ligada. O Hospital 1 se refere ao Hospital Escola, o Hospital 2 é uma maternidade estadual, o Hospital 3 é uma entidade filantrópica, o Hospital 4 é uma instituição particular e o Hospital 5 é um hospital municipal. Duas entrevistadas não moravam mais em Juiz de Fora na ocorrência de seus últimos partos, por isso, sempre que mencionaram a unidade de internação para o parto registramos apenas a palavra Hospital.

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada utilizando uma entrevista semi dirigida conforme roteiro apresentado no Apêndice B.

A entrevista foi constituída pelas seguintes questões norteadoras: 1) Como foi a experiência de ter um filho na Casa de Parto? 2) Na gravidez após o fechamento da Casa, como você escolheu o lugar para ter seu filho? 3) Como foi a assistência que você recebeu neste parto? 4) Se a Casa de Parto ainda existisse você teria escolhido aquele serviço para ter seu filho?

Além da entrevista em questionário contendo a identificação das mulheres, questões sociodemográficas como idade, estado civil, filhos, renda familiar, profissão e nível de instrução também foi aplicado.

Esse instrumento é uma das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa no campo das ciências sociais, desempenhando importante papel nas atividades científicas e atividades humanas. Sendo a entrevista semi dirigida àquela que se desenrola a partir de um esquema básico, sem rigidez, permitindo ao entrevistador fazer adaptações conforme a necessidade (DYNIEWICZ, 2014 APUD LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As entrevistas foram agendadas previamente com a mulher no local escolhido, pela mesma. No momento do agendamento orientei às mulheres quanto à importância de realizarmos a entrevista em um local mais reservado, para que pudéssemos ter liberdade para conversar, e todas primaram por este cuidado. O principal local de escolha das mulheres foram suas residências, mas quatro entrevistas foram realizadas no local de trabalho das mesmas.

Todas as entrevistas foram realizadas em local tranquilo e somente com a presença da entrevistada e a pesquisadora. No final da entrevista realizada na residência da E14 a mãe da entrevistada chegou e disse: “Vim participar da entrevista”, mas permaneceu quieta e tranquila, sem imprimir nenhuma opinião e a filha não demonstrou nenhum constrangimento com a presença da mesma.

Todas as mulheres, participantes da pesquisa, foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e a seguir foi oferecido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice D) que foi assinado por todas as participantes em duas vias.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora. Nenhuma das entrevistadas possuía vínculo com a mesma, sendo que o primeiro contato entre elas ocorreu durante a conversa telefônica, realizada com o objetivo de buscar as participantes da pesquisa. Nenhuma entrevistada recebeu a informação que a pesquisadora foi usuária da Casa de Parto.

A pesquisadora esteve atenta para a compreensão das informações pela respondente, buscando esclarecer as dúvidas que pudessem surgir durante a entrevista, oferecendo o esclarecimento sem induzir as respostas.

Foram realizadas vinte entrevistas, sendo 19 gravadas por meio de um gravador digital. Uma entrevista foi realizada sem a gravação, pois a entrevistada não se sentia à vontade para ter sua voz gravada. Desta forma, suas informações foram registradas manualmente.

As entrevistas foram transcritas e enviadas por email eletrônico ou carta para confirmação das participantes, sendo alterados os dados de somente uma entrevista, a que foi realizada sem a gravação. As gravações tiveram duração média de 10 minutos e 20 segundos, sendo dois minutos e 50 segundos a de menor duração e 17 minutos e 30 segundos a de maior duração. A entrevista realizada sem gravação teve duração de 22 minutos. A transcrição foi realizada após cada entrevista realizada, seguida pela análise dos dados.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados consiste em conceituá-los, codificá-los e convertê-los em fenômenos. E para isso, a análise ocorre em três etapas interdependentes, a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Esse estudo foi conduzido e baseado no princípio da amostragem teórica, em que a coleta e análise dos dados foram realizadas em sequências alternativas proporcionando que a imersão dos conceitos surgisse durante o desenvolvimento do processo.

Para a construção do estudo utilizamos as três etapas descritas por Strauss e Corbin (2008) que estão apresentadas a seguir.

A **codificação aberta** foi a primeira etapa da análise de dados. Esta análise detalhada deve ocorrer desde início da coleta para que as categorias iniciais sejam estabelecidas e também para descobrir as relações entre os conceitos. Esta análise inicialmente realizada “linha por linha”, pode ser também aplicada a uma palavra, frase ou parágrafo, buscando palavras ou expressões que possam formar os códigos preliminares (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Seguindo este procedimento, realizamos a transcrição das entrevistas e minuciosa leitura do conteúdo, analisando as palavras, as frases e as linhas buscando identificar os códigos abertos. Selecionamos trechos que representam a essência do relato das participantes, como segue no Quadro 1:

Código aberto	Codificação Aberta	
	Essência do relato	Trecho da entrevista
Experiência satisfatória	“Foi uma experiência muito boa, gostei bastante! Em questão dos outros partos que eu tive antes, eu gostei muito mesmo”. [...] As enfermeiras sempre muito atenciosas, a todo momento dando atenção, conversando, foi muito bom mesmo, gostei bastante.	“Foi uma experiência muito boa, gostei bastante! Em questão dos outros partos que eu tive antes, eu gostei muito mesmo”. [...] As enfermeiras sempre muito atenciosas, a todo momento dando atenção, conversando, foi muito bom mesmo, gostei bastante.
Percebendo a diferença entre os serviços		
Sentindo-se acolhida		

Quadro 1 – Codificação Aberta segundo modelo da TFD (Formando códigos abertos) Alfenas, 2016.

Fonte: Do autor

A **codificação axial** foi a etapa subsequente à identificação dos códigos abertos e consiste em agrupar os códigos semelhantes em subcategorias e categorias (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Nesta etapa, a leitura foi direcionada à análise dos códigos abertos, buscando mais aproximação e conhecimento dos dados que emergiram a partir da reflexão. Em seguida

agrupamos os códigos semelhantes formando subcategorias e categorias, conforme apresentado no Quadro 2.

Codificação Axial		
Categoria	Subcategoria	Código Aberto
Casa de Parto	Sentindo-se acolhida	Sentindo satisfação com a assistência recebida Percebendo a diferença entre os serviços Sentindo-se acolhida

Quadro 2 – Codificação Axial segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias). Alfenas, 2016.

Fonte: Do autor.

O início da análise consistiu em leituras constantes da amostra e levantamento dos primeiros códigos. Nesta etapa um grande número de subcategorias e categorias emergiram sendo três categorias e trinta e cinco subcategorias. Seguindo o referencial metodológico, foi realizada leitura exaustiva dos códigos abertos, buscando refinamento e redefinindo as primeiras categorias emergentes. Mediante esta análise, as categorias foram redefinidas e apresentamos duas categorias e seis subcategorias.

Dando continuidade à análise, realizamos a etapa final que consiste na **codificação seletiva**, que tem como objetivo a identificação de uma categoria central. Esta etapa ocorre através do refinamento das categorias anteriores. A categoria central é a que constituirá a teoria do estudo (STRAUSS, CORBIN, 2008). Neste estudo, a teoria fundamentada definida foi: O que importa é o filho nascer bem.

Realizamos uma análise das falas das atrizes, selecionamos as que retratavam as categorias e que foram utilizadas na discussão dos dados. Este material passou por refinamento, retirando vícios de linguagem e adequação à linguagem culta.

6 RESULTADOS e DISCUSSÃO

6.1 AS ATRIZES SOCIAIS

Os dados do questionário socioeconômico demonstraram que as atrizes sociais possuíam características familiares, educacionais e financeiras distintas. Essa situação pode estar relacionada ao fato de que a procura pela Casa de Parto era realizada de forma espontânea, sem serem referenciadas por nenhum serviço de saúde como via de regra, sendo desta forma, acessível a toda à população.

Dentre as entrevistadas a faixa etária predominante correspondeu as que se encontravam entre 31 a 40 anos (80%) no momento da entrevista, mas verificando pelos prontuários dezesseis entrevistadas utilizaram a Casa de Parto quando se encontravam na faixa etária entre 21 e 29 anos. Estes dados corroboram com os dados apresentados em estudos sobre o perfil de mulheres que escolhem as casas de parto para o nascimento dos filhos. Estes estudos apresentam que as mulheres jovens, com faixa etária entre 20 e 29 anos são as predominantes neste tipo de serviço (FERNANDES, 2004; DOMINGUES, SANTOS, LEAL, 2004).

Com relação à situação conjugal 95% se declararam casadas. E quanto ao número de filhos, 50% é mãe de dois, 15% de três, 20% de quatro e 10 % tem entre cinco a sete filhos.

Quanto a renda familiar declarada, oito famílias possuem renda entre um e três salários (40%) e oito entre três e cinco salários (40%) e 20% acima de cinco salários. Com relação ao grau de instrução houve predominância do Ensino médio, sendo que somente uma mulher tinha até a 4^a série e era a que tinha sete filhos. Existem cinco mulheres com graduação, duas com pós *Latu senso* e uma *Stricto senso*. O IDHM¹ de Juiz de Fora reforça os dados apresentados pelas participantes e demonstra que os índices educação e renda familiar são considerados elevados, sendo o município pertencente à faixa de alto desenvolvimento humano.

Após o fechamento da Casa de Parto 25% da amostra foi submetida à cesariana no parto subsequente.

Com os dados coletados na entrevista, nos prontuários, nos memorandos e diários de campo apresentamos as atrizes sociais. Para garantir o sigilo dos dados e não identificar as participantes utilizou a palavra “Entrevistada” seguida da ordem numérica que a mesma ocorre

Entrevistada 1 (E1)

E1 tem 32 anos, se declarou casada, empresária do ramo de alimentos, cursou o ensino médio, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de dois filhos, um menino de nove anos e uma menina de cinco anos. A entrevista foi em sua casa. Seu primeiro bebê nasceu na Casa de Parto. Descreveu o nascimento dele como “uma experiência maravilhosa”. Relatou sobre a maneira carinhosa como foi cuidada pela equipe, a importância da presença de sua mãe e seu marido durante o trabalho de parto, o cheirinho de chá da casa. Quando engravidou do segundo filho ligou para a Enfermeira que acompanhou seu parto na Casa de Parto e combinou que gostaria de ser atendida por ela novamente no Hospital 2 e deu tudo certo. Sua menina nasceu de parto normal, acompanhado pela Enfermeira, ela escolheu até a mesma posição do parto anterior. Separou várias fotos dos partos para me mostrar. Diz que foi muito feliz nos dois partos, mas que se a Casa ainda estivesse aberta na segunda gravidez escolheria, com certeza, aquele serviço para ter ganhado o bebê.

Entrevistada 2 (E2)

E2, 40 anos, se declarou casada, enfermeira especialista em gestão hospitalar e terapia intensiva, renda familiar acima de cinco salários. É mãe de duas meninas, oito e nove anos. A entrevista foi realizada no seu local de trabalho, em uma sala privativa, o mesmo hospital onde sua última filha nasceu. Sua primeira menina nasceu na Casa de Parto e relatou que foi muito bem acolhida pela equipe, que todos estavam preocupados em prestar o melhor atendimento, menciona que todos trabalhavam para que houvesse um “final feliz”. Sua segunda gravidez não foi planejada, mas foi muito bem recebida. Começou o pré-natal com sua médica, mas ficou na expectativa da casa reabrir, mas isso não aconteceu. “Relatou “que precisou criar alternativas para que seu parto acontecesse, ” porque se tem que fazer, vamos fazer da melhor forma”. Preciso ser submetida a uma cesariana, pois o bebê estava em uma posição que impedia o parto normal. Diz que foi bem atendida, até porque as pessoas a conheciam, mas que alguns profissionais não tem o cuidado necessário para atender ao outro, relatou algumas falhas como falta de equipamentos importantes na assistência.

Entrevistada 3 (E3)

E3, 35 anos, declarou-se casada, comerciante, possui ensino médio incompleto, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de dois filhos, um menino de 10 anos e uma menina de dois anos. A entrevista foi em seu local de trabalho. Seu primeiro bebê nasceu na Casa de Parto. Conheceu a casa por intermédio da enfermeira da unidade de saúde em que fazia o pré-natal. Ficou muito feliz com a possibilidade de fazer o pré-natal e ganhar o bebê na casa, pois não estava satisfeita com o atendimento da unidade e que o amor e carinho da equipe foi o que mais a agradou. Sofreu muito no trabalho de parto, sentiu muita dor, mas que recebeu muita atenção. Na segunda gestação ela tinha plano de saúde, mas ficou cerca de três meses sem começar o pré-natal, pois não encontrava vaga para consulta de pré-natal, e isso a deixou insegura. Como tinha plano de saúde, as pessoas ficaram falando para ela fazer cesariana que era mais rápido e fácil e ela também pensou assim, mas sentiu um arrependimento, pois a recuperação foi muito ruim.

Entrevistada 4 (E4)

E4, 42 anos, declarou-se casada, esteticista, pós-graduada em massoterapia, renda familiar entre um a três salários. É mãe de quatro filhos, sendo duas meninas, que estão com um e 18 anos, e os dois meninos que nasceram na Casa de Parto, nove e 12 anos. A entrevista foi em seu trabalho, em uma sala privativa. Pediu para a entrevista não ser gravada, pois não ficava à vontade com o gravador, então orientei que faria as anotações e ela concordou. Ela começou me contando a experiência traumática que ela teve no parto da primeira filha que ocorreu no Hospital 5, trauma este que a impediu de pensar em engravidar por quase 10 anos. Quando engravidou novamente ficou “apavorada”, mas começou o pré-natal na unidade de saúde do seu bairro e a enfermeira falou sobre a Casa de Parto. Foi muito bem acolhida pela equipe da casa, o que a deixou muito confiante e o medo passou. Seus dois partos na casa foram muito tranquilos, mas quando engravidou pela quarta vez e a casa não estava mais funcionando teve muito medo de passar por todo o sofrimento que enfrentou no primeiro. Procurou novamente a enfermeira que a orientou a procurar o Hospital 2 porque algumas enfermeiras da Casa de Parto estavam trabalhando lá e assim ela fez. Não ganhou bebê com as enfermeiras, foi

atendida por uma médica. Diz que apesar do soro que provocou uma dor muito forte foi tudo bem, mas nem se compara ao atendimento da Casa.

Entrevistada 5 (E5)

E5, 39 anos, declarou-se casada, é porteira/serviços gerais em um prédio residencial, possui ensino médio incompleto, renda familiar entre um a três salários. É mãe de cinco filhos e avó de uma menina. Apenas uma de suas filhas nasceu na Casa de Parto e ela está com 10 anos. Depois do fechamento da casa teve mais dois filhos um menino de sete anos e uma menina de três anos. A entrevista foi realizada no seu trabalho. Relatou que o seu parto na casa foi “a melhor experiência” que ela teve. Os dois partos que aconteceram depois do fechamento da casa foram tranquilos, pois como ela mencionou, seus bebês nascem muito rápido, mas sentiu muita falta do cuidado das enfermeiras. Confidenciou que gostaria muito que a casa reabrisse, pois pensa em ter outro filho e seria muito bom ganhar o bebê lá de novo.

Entrevistada 6 (E6)

E6, 34 anos, união consensual, não realiza atividades remuneradas, cuida dos afazeres domésticos, estudou até o 5º ano, renda familiar entre um a três salários. É mãe de seis filhos, apenas dois residem com ela, um menino de 10 anos (nasceu na casa) e uma menina de sete anos. A entrevista foi em sua residência. O seu parto na Casa de Parto foi uma experiência muito boa, diferente do que ela havia vivido no hospital nos partos anteriores, relatou que recebeu mais cuidado e atenção. Engravidou novamente em 2009 e não tinha outra opção, só tinha a maternidade que havia ganhado os outros filhos. Relatou que o atendimento não foi muito bom, pois a equipe não deu muita atenção. Declarou que está tentando engravidar novamente, pois seu companheiro não tem filhos e que gostaria muito que a casa reabrisse e acrescentou que a “Casa de Parto é a nossa casa”.

Entrevistada 7 (E7)

E7, 31 anos, declarou-se casada, comerciante, graduada em enfermagem, mas, não atua profissionalmente na área, iniciou o mestrado em enfermagem, mas não concluiu pois

assumiu os negócios da família junto com seu pai, renda familiar acima de cinco salários. É mãe de dois filhos, um menino de 10 anos e uma menina de dois anos. Seu primeiro bebê nasceu na Casa de Parto enquanto ela era aluna da graduação de enfermagem, e ela declara que foi maravilhoso, parecia que ela estava em casa. A entrevista foi realizada na empresa da família, com a presença das crianças e do pai dela, que foi muito ativo durante o parto lá na casa. Relembrou que o bebê tinha nascido e estavam prestando os cuidados ela já estava sentindo o cheirinho de café e pão de queijo assando. Ela tomou um banho e foi para a cozinha tomar o café da manhã, estava tão disposta que queria até dar um passeio. Quando engravidou novamente, não conseguiu nem pensar em como seria seu parto, pois desenvolveu logo no início da gravidez um problema circulatório grave. Este diagnóstico a deixou insegura, pois ela tinha muito receio do parto operatório, que inclusive era seu objeto de estudo durante a vida acadêmica. Seu segundo parto aconteceu com muitas complicações, mas ela e bebê ficaram bem.

Entrevistada 8 (E8)

E8, 31 anos, declarou-se solteira, é cuidadora de idosos, possui ensino médio incompleto, renda familiar entre um e três salários. É mãe de quatro filhos. A entrevista foi realizada em sua residência. Seu terceiro filho nasceu na Casa de Parto em 2005 e segundo ela foi uma experiência muito boa, principalmente quando comparada com os outros dois partos que ela teve antes no hospital. Quando engravidou de sua quarta filha começou o pré-natal na casa, mas teve que ganhar no hospital, pois a casa fechou. Relatou que neste último parto ficou incomodada, pois ligaram o soro para acelerar o parto e também, como era um hospital escola, teve bastante toque para mensurar a dilatação, e ela achou isso muito desconfortável. Queixou-se de a casa ter fechado, porque lá era um lugar muito bom.

Entrevistada 9 (E9)

E8, 33 anos, declarou-se casada, é confeiteira, possui ensino médio completo, renda familiar entre um a três salários. É mãe de dois meninos, um e 11 anos. A entrevista foi realizada em sua residência, uma chácara. Declarou que seu parto na casa foi uma experiência muito boa, que se sentiu como se fosse sua própria casa. Quando engravidou novamente não teve como

escolher o local do parto, pois sua médica atendia em determinado hospital e mesmo não tendo boas referências foi para lá. Seu bebê nasceu de cesariana, pois realizou laqueadura tubária. Lamentou o fechamento da casa.

Entrevistada 10 (E10)

E10, 31 anos, declarou-se casada, é auxiliar administrativo em um comércio atacadista, cursou o ensino médio, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de dois filhos, uma menina de 11 anos e um menino de um ano. A entrevista foi realizada em seu local de trabalho, em uma sala privativa. Confidenciou que sua experiência com o parto na Casa não foi muito prazerosa, pois se sentiu pouco acompanhada e que sentiu falta da presença mais constante da equipe. Relatou que durante o trabalho de parto as enfermeiras prestavam os cuidados, ajudavam, orientavam a ir para o chuveiro, para a bola, mas depois a deixavam com sua mãe e o pai da sua filha. Justificou que não sabe se era muito nova, mas que ela gostaria de ter recebido um atendimento mais humanizado, como ela vê na televisão. Na segunda gestação procurou um médico pensando em fazer cesariana, não queria nem falar na possibilidade de parto normal, mas esse médico dizia que ela tinha todas as condições para o parto normal. Contou rindo que o médico a “enrolou” dizendo: - “vamos marcar a cesariana na próxima consulta” e nunca marcava. Entrou em trabalho de parto, foi para o hospital e declara que a assistência não foi muito diferente da recebida na Casa de Parto; o médico só chegou na hora do bebê nascer. Foi um parto tranquilo, em que se sentiu mais amparada. Relata que não gostou da experiência da Casa de Parto.

Entrevistada 11 (E11)

E11, 32 anos, declarou-se casada, não desenvolve atividades remuneradas, cuida dos afazeres domésticos, possui ensino médio completo, renda familiar entre um a três salários. É mãe de dois filhos, uma menina de 10 anos e um menino de cinco anos. A entrevista foi realizada em sua residência. E11 relatou que sua experiência na Casa de Parto foi excelente, ela foi muito bem acolhida o que fazia com que ela se sentisse em casa. Participou dos grupos de gestante, das aulas de ginástica e às vezes ia lá só para passear. Relembrou muitos momentos de alegria, interação e amizade vividos lá. Quando engravidou do segundo filho queria muito que

a casa ainda estivesse aberta, pensou em ir para o Hospital 2 para encontrar o “pessoal da Casa de Parto”, mas o hospital era muito longe e ficaria difícil para ela, então buscou o mais próximo do seu trabalho. Sentiu muita diferença, principalmente a “falta do aconchego” da casa e ficou muito insegura porque cada dia era atendida por um profissional e ela não criava vínculo com ninguém. Em sua última consulta foi avaliada por uma médica que trouxe muita tranquilidade e ela desejou muito que esta estivesse no dia do seu parto. E foi isso que aconteceu. Ela chegou ao hospital em trabalho de parto e a médica estava de plantão, o que a deixou tranquila e correu tudo bem. Reclamou do colchão ruim, da enfermaria cheia, da falta do acompanhante no pós-parto, mas, estava feliz com o bebê.

Entrevistada 12 (E12)

E12, 36 anos, declarou-se casada, diarista, cursou até o 5º ano, renda familiar entre um a três salários. É mãe de quatro filhos. A entrevista foi realizada em sua residência. Antes do parto ocorrido na Casa de Parto tinha dois filhos que também nasceram de parto normal. Relatou que o parto na casa foi uma experiência muito boa, porque as pessoas a conheciam, a chamavam pelo nome. Quando engravidou novamente buscou o hospital em que ganhou seus outros filhos, o bebê nasceu bem, foi rápido. Comentou que na Casa de Parto era muito bom, no hospital as pessoas fazem tudo correndo e não dá tempo de “ficar com delicadeza”. Sentiu muita falta do cuidado que recebeu lá.

Entrevistada 13 (E13)

E13, 46 anos, declarou-se casada, comerciante, possui ensino médio, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de quatro filhos. Antes do parto ocorrido na Casa de Parto tinha dois filhos. A entrevista foi em sua residência. E13 é mostrou-se muito objetiva, respondeu às perguntas de forma sucinta e direta, não deu muita abertura para aprofundamento, apesar de ter me recebido com muita educação. Comentou que ficou muito satisfeita com o parto na Casa de Parto, que foi muito bem atendida. Quando engravidou do quarto filho a médica que acompanhou o pré-natal a encaminhou para o hospital e que também ficou muito satisfeita com o atendimento recebido.

Entrevistada 14 (E14)

E14, 33 anos, declarou-se casada, é técnica em enfermagem e está cursando a graduação, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de duas meninas, nove e três anos. Relatou o parto na Casa de Parto como uma experiência única, mágica e que recebeu o melhor cuidado durante o trabalho de parto. Quando engravidou novamente optou por ganhar bebê no Hospital 2 e foi acompanhada pela mesma enfermeira que a acompanhou na casa. Comentou que o parto foi muito tranquilo também, sem intervenções, mas que não foi igual ao da Casa.

Entrevistada 15 (E15)

E15, 31 anos, declarou-se casada, atendente, possui ensino médio completo, renda familiar entre três a cinco salários. É mãe de dois filhos, um menino de nove anos e uma menina de um ano. Relatou que o parto na Casa de Parto foi uma experiência maravilhosa que só traz boas lembranças. Quando engravidou novamente começou o pré-natal no posto de saúde do bairro e foi encaminhada para o hospital, e que apesar de não ter tido escolha, ficou satisfeita com o atendimento que recebeu. Precisou realizar uma cesariana, pois o feto estava em posição pélvica. Reiterou que foi muito bem tratada, mas que nem se compara ao atendimento que ela recebeu na Casa.

Entrevistada 16 (E16)

E16, 44 anos, declarou-se casada, não desenvolve atividades remuneradas, cuida dos afazeres domésticos, possui ensino fundamental completo, renda familiar entre um a três salários. É mãe de sete filhos, sendo que quatro nasceram na Casa de Parto. A entrevista foi realizada em sua residência. Comentou que nunca imaginou que existisse um lugar como a Casa de Parto, que ela pode ter os bebês sem precisar ficar sofrendo. Na última gravidez realizou o pré-natal no posto de saúde do bairro, mas relata que atendimento era ruim, comentou rindo “fiquei mal-acostumada com a Casa de Parto”. Relatou que o bebê nasceu bem, foi um parto rápido e não teve “nada especial”.

Entrevistada 17 (E17)

E17, 36 anos, se declarou casada, trabalha no comércio, possui ensino médio, renda familiar entre um a três salários. A entrevista foi em sua residência. É mãe de três filhos, sendo que o segundo filho nasceu na Casa de Parto. Relatou que o parto na Casa foi uma experiência muito boa, que recebeu muito carinho. Quando engravidou novamente sentiu muita falta da Casa e buscou um atendimento que fosse parecido com o de lá, por isso foi para o Hospital 2, mesmo sendo muito longe da sua casa e difícil de chegar lá.

Comentou que foi muito bem atendida durante o trabalho de parto e parto, mas que na Casa de Parto foi bem melhor, não tem como comparar. Sentiu muito o fechamento da Casa. Relembrou que a equipe foi imprescindível para que ela conseguisse amamentar seu filho, pois a experiência que ela tinha com o aleitamento materno do menino mais velho não era boa. Todas as dúvidas ou dificuldades que ela tinha, ela podia ligar para lá que alguém a atenderia e a ajudaria.

Entrevistada 18 (E18)

E18, 38 anos, se declarou casada, analista de sistemas, possui mestrado, renda familiar acima de cinco salários. É mãe de três filhos, dois meninos (10 e oito anos) e uma menina de sete meses. A entrevista foi realizada na casa de sua sogra, pois atualmente ela reside em Brasília e o encontro foi programado para um feriado em que ela estaria em Juiz de Fora. Seu primeiro parto aconteceu na Casa de Parto e ela comentou que foi uma experiência muito boa. Relatou que nesta gravidez ficou muito preocupada, pois percebeu que as taxas de cesariana em Juiz de Fora eram muito altas e ela não acreditava que isso podia ser o correto, então ela buscou um serviço que pudesse fugir deste padrão, e quando chegou à Casa percebeu um clima diferente, e com o tempo conquistou a confiança que precisava para ter seu bebê lá. Na segunda gestação, começou o pré-natal na Casa, mas com o fechamento ela precisou procurar outro tipo de atendimento. Buscou um profissional que a acompanhasse durante o parto normal. Comentou que a profissional que escolheu a atendeu com muita atenção e habilidade e o parto transcorreu muito bem. Na última gestação ela estava morando em outro estado e conheceu uma médica que a atendeu dentro dos padrões que ela acredita e foi um sucesso!

Entrevistada 19 (E19)

E19, 38 anos, declarou-se casada, enfermeira, especialista em enfermagem do trabalho, renda familiar acima de cinco salários. É mãe de três filhos, dois meninos (14 e oito anos) e uma menina de 11 anos. A entrevista foi realizada na casa de parentes, pois atualmente ela reside em outro estado e o encontro foi programado para um feriado em que ela estaria em Juiz de Fora. Relatou que o parto na Casa de Parto foi a realização de um sonho, pois desde a época de sua graduação ela viveu a criação da Casa, mas em sua primeira gravidez ela ainda não estava funcionando. Quando engravidou pela segunda vez, mesmo morando em outro estado, programou para que o parto acontecesse em Juiz de Fora. Por este motivo, cerca de um mês antes do parto ela e seu companheiro se mudaram para lá e esperou o bebê nascer e considerou uma experiência maravilhosa. Terceira gestação buscou algumas alternativas para que o bebê nascesse mais naturalmente, pensou em um parto em casa, mas não havia estrutura financeira e profissional para isso, então foi para a maternidade municipal. Mencionou que o atendimento não foi bom, não recebeu quase nenhuma assistência, estava no momento de troca de plantão e o bebê nasceu com a presença dos dois médicos e da técnica de enfermagem que foi buscar os dois correndo porque senão o bebê nasceria sem eles. Sentiu muito o fechamento da Casa.

Entrevistada 20 (E20)

E20, 33 anos, declarou-se casada, vendedora, possui superior incompleto, renda familiar entre um e três salários. É mãe de dois filhos, sete e 12 anos. A entrevista foi realizada em sua residência. Relata que seu parto na Casa de Parto foi uma experiência muito boa. Na segunda gravidez comenta que não escolheu o local do parto, que foi encaminhada para a maternidade pela equipe da unidade de saúde, mas foi muito bem atendida durante o trabalho de parto. Sentiu muito o fechamento da Casa e acredita que foi uma grande perda para a cidade.

6.2 DIAGRAMAS

Após a análise minuciosa dos dados foram definidas as categorias e seguindo a metodologia foram construídos os respectivos diagramas que serão apresentados conforme os pressupostos da TFD.

6.3 DIAGRAMA 1 – SENDO ATENDIDA NA CASA DE PARTO

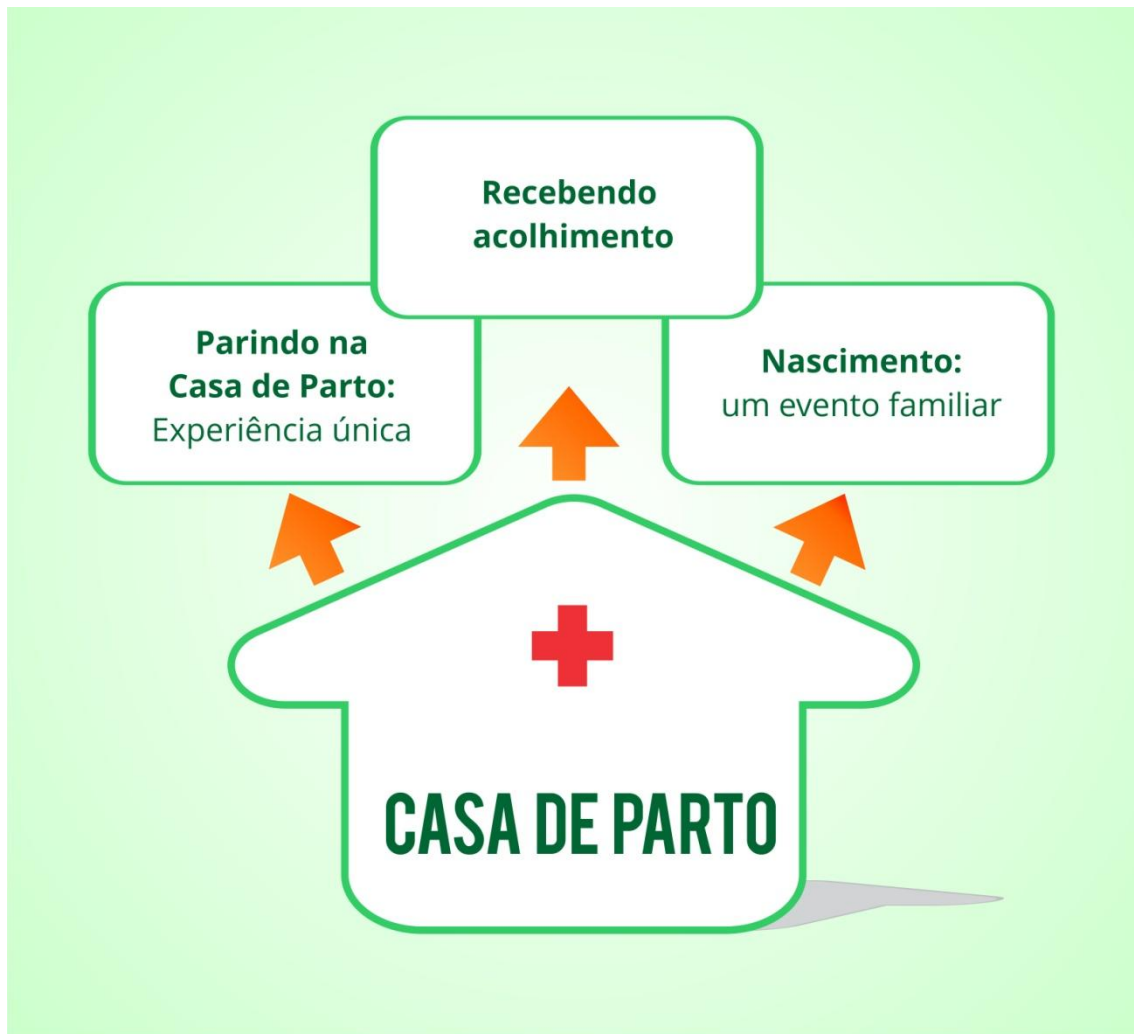


Diagrama 1 – Sendo atendida na Casa de Parto.
Fonte: Do autor.

6.3.1 Categoria: Casa de Parto

O diagrama 1, denominado “Sendo atendida na Casa de Parto”, foi elaborado apresentando as impressões que as mulheres tinham da assistência prestada na Casa de Parto.

A categoria “Casa de Parto” agregou três subcategorias que foram: Parindo na Casa de Parto: Experiência única; Recebendo acolhimento e Nascimento: um evento familiar, que serão discutidas abaixo.

6.3.2. Subcategoria: Parindo na Casa de Parto: Experiência única

A gestação e parto não são meramente eventos biológicos, estão imbuídos de sentimentos e valores compartilhados entre as famílias e a sociedade. E partindo desse princípio deve ser reconhecido como um evento de extrema relevância para a vida da mulher, sendo primordial o respeito aos valores éticos e humanitários que o nascimento exige (OLIVEIRA et al, 2011). Além disso, representam um marco de transição do status de “mulher” para o de “mãe”, principalmente na primeira gestação (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

O modelo biomédico tecnicista, predominante em nossa sociedade transformou o parto e nascimento em eventos patológicos, caracterizado pela medicalização, intervenção e impessoalidade (PEREIRA; NICÁCIO 2014). Este cenário vem sendo gradativamente modificado, principalmente pela mobilização das próprias mulheres que ao longo das últimas três décadas desenvolvem movimentos pela humanização dos partos e nascimentos. Estes movimentos buscam a redução do número de cesarianas e da utilização inadequada de tecnologias e o respeito à autonomia da mulher sobre seu corpo. No entanto, este movimento ainda não adquiriu força suficiente para modificar a realidade da grande maioria das mulheres, que continuam vivenciando a assistência pautada nesta cultura medicalizadora e machista (CARNEIRO, 2012).

Algumas participantes deste estudo vivenciaram esta situação, pois acreditavam nas propostas apresentadas pelos movimentos de humanização do parto, mas a cultura de medicalização ainda é muito forte e difundida em nossa sociedade.

A realização do parto em locais não convencionais é considerada evento fora dos padrões e a escolha destas mulheres pela Casa de Parto muitas vezes foi percebida pela

sociedade e profissionais como irresponsáveis, pois em virtude desta cultura medicalizadora o parto humanizado tende a ser associado a risco para as mulheres e bebês.

Em virtude de todo o ideário que a sociedade construiu a respeito de como os partos devem acontecer percebe-se que estas mulheres desejam mostrar que pode ser diferente:

“E foi muito bom!... Foi uma experiência muito especial!...Foi mesmo a realização de uma vontade muito grande de experimentar algo que eu acreditava, enquanto mulher, e que eu já divulgava como algo especial e possível. E vivenciar esse parto na Casa de Parto foi importante para mim como mulher, como mãe e como profissional, porque eu pude mostrar que funciona, dá certo, aconteceu”. (E19).

“Foi maravilhoso, eu tive o meu parto com um amigo (porque ele era o enfermeiro obstetra). E assim, meu marido pode participar, e aquela coisa toda, parecia que eu estava em casa, parecia que eu ia ganhar bebê assim ... no jardim... assim sabe. Então, foi uma experiência maravilhosa, eu indicava para todo mundo, porque o povo tinha um pouco de receio por não ter médicos, mas eu falava: gente não tem necessidade, porque é uma coisa natural, você parir é um dom da mulher, então assim, você tendo um apoio, você vai conseguir...foi uma experiência maravilhosa”. (E7)

Em estudo realizado em uma Casa de Parto em São Paulo, as mulheres fizeram a escolha por uma Casa de Parto para o nascimento dos filhos por indicação de amigos, conhecidos ou familiares e estas indicações foram pautadas em experiências vivenciadas pela própria pessoa ou por pessoas do seu convívio social. Neste mesmo estudo o que motivou as mulheres a escolher aquele serviço foram dentre eles o ambiente acolhedor, atendimento humanizado e a possibilidade de ter acompanhante de sua escolha (PEREIRA, NICÁCIO 2014).

A assistência obstétrica oferecida em locais onde existem maiores possibilidades de identificação e atendimento as necessidades específicas da gestante estão diretamente relacionadas à satisfação das usuárias bem como menores índices de intervenções obstétricas (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

A satisfação com a assistência recebida na Casa de Parto, nesse estudo foi relacionada, principalmente, à atenção recebida pela equipe do serviço e a estrutura do ambiente, como podemos observar nas falas:

“Foi uma experiência melhor, porque ali você tinha toda a atenção das pessoas que estavam lá fazendo o parto. Com muitas pessoas ali te incentivando, conversando com você. Coisa que nos outros hospitais não tem”. (E6)

“Foi uma experiência muito boa, gostei bastante em questão dos outros partos que eu tive antes. Eu gostei muito mesmo! [...]As enfermeiras sempre muito atenciosas, a todo momento dando atenção, conversando, foi muito bom mesmo, gostei bastante!”(E8)

“Para mim foi uma experiência muito positiva, o pessoal tratava a gente com muito carinho, com muita atenção, foi muito legal”!(E13)

“Foi uma experiência única, uma experiência mágica, maravilhosa. Foi uma experiência melhor do que eu imaginava. E foi muito legal, foi muito tranquilo, as pessoas de lá, a estrutura da Casa de Parto, os profissionais que acolheram a gente, tudo muito diferente, mágico mesmo. Assim como o nascimento do neném, tudo foi muito legal”! (E14)

A Casa de Parto proporcionou às usuárias o atendimento de demandas físicas e emocionais que não se restringiram ao parto. A equipe tornou-se referência para estas mulheres oferecendo informações, segurança e apoio que perduraram por todas as etapas do processo de gestação e parto. Este conjunto de ações e atitudes desenvolvidas pela equipe foi preponderante para que as mulheres relatassem o parto como “experiência única, maravilhosa e mágica”. Estes sentimentos ficam muito claros na fala da E18:

“Eu fiz o pré-natal com uma médica e com as enfermeiras da Casa de Parto. Os resultados eram os mesmos, a avaliação do que eu tinha que tomar de remédio ou não, então à medida que eu fui fazendo o pré-natal eu fui confiando e vendo, fui conhecendo um novo mundo para poder ter um filho de parto natural. E foi exatamente o que aconteceu. [...] elas têm aquela paciência, a equipe toda preparada, tratam a gente com carinho, respeitam os nossos momentos de dúvidas e aflições, ao mesmo tempo foi uma experiência maravilhosa!” (E18)

6.3.3 Subcategoria: Recebendo acolhimento

O termo acolhimento compreende uma gama de ações e atitudes a serem desenvolvidas pela equipe de saúde na recepção de gestantes e familiares promovendo um ambiente adequado para a assistência. Ambiente em que as usuárias possam expressar seus sentimentos e suas queixas e que o profissional que a atende seja capaz de oferecer respostas resolutivas garantindo confiança e segurança ao atendimento (BRASIL, 2002).

O acolhimento vem sendo caracterizado como uma etapa do processo de atendimento, restringindo-se a aspectos de administração e ambiência, no entanto, trata-se de uma ação muito mais abrangente e que busca a mudança nas relações entre profissionais e usuários pautada na ética e na solidariedade (BRASIL, 2002).

“A equipe da Casa de Parto me acolheu de uma maneira incrível, então me senti confiante e o medo passou”. (E4)

“Eu fui muito bem acolhida por todos os profissionais da Casa de Parto, fui muito bem assistida na minha gravidez e tive todo o apoio, todo o suporte”. (E20)

As participantes do estudo mencionaram em várias situações o termo acolhimento de variadas formas, mas sempre relacionando o atendimento recebido à satisfação e conforto. Este modelo de atendimento e cuidado, centrado nas necessidades da mulher, que valorizem suas experiências e seu contexto cultural, que respeite a mulher em sua integralidade e que prime pela qualidade e segurança são ações levantadas pelo movimento de humanização do parto e nascimento que vem tomando força com o passar dos anos.

“Primeiro pelo acolhimento da equipe. O acolhimento é diferente de um acolhimento hospitalar. As pessoas estão mais preocupadas com você, com seu bem-estar, de dar tudo certo, elas estão se empenhando para o parto dar certo”. (E2)

“Quando entrei em trabalho de parto e cheguei à Casa eles estavam me esperando, eles sabiam meu nome, eles sabiam quem eu era. Eles cuidam tanto que a gente se sente muito segura, não dá medo de nada”. (E12)

“[...] logo que eu pisei o pé eu já senti um clima diferente, o próprio ambiente era muito agradável, muito acolhedor, as enfermeiras uma gracinha”. (E18)

O cuidado humanizado, acolhedor pode ser percebido e realizado por várias formas. O ato de cuidar consiste em olhar, ouvir, observar, sentir, ter empatia, estar disponível. É imprescindível oferecer afeto, calor, atenção e amor ao ser cuidado. Este conjunto de ações/atitudes pode ser percebido como alívio, segurança e bem-estar (CARRARO et al, 2006).

As Casas de Parto foram idealizadas com o objetivo de oferecer um atendimento diferenciado, utilizando de práticas baseadas em evidências e “resgatando o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente

familiar”. Esse ambiente visa garantir à mulher a participação ativa em seu trabalho de parto sendo o personagem central desse momento (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Este sentimento de segurança e aconchego, semelhante ao que se percebe em suas próprias casas foi expresso pelas mulheres, relacionando a Casa de Parto a um local familiar, seguro e agradável.

“Pessoal muito educado, ..., abraça a gente assim com carinho mesmo, você se sente ali, amada, ... ,você sente como se tivesse em casa sabe? Lugar perfeito”. E(1)

“[...] o pré-natal eu fiz lá na Casa de Parto, [...], eu saía do pré-natal e já ia para a cozinha conversar com as meninas, [...], era uma coisa muito casa, [...], eu tinha aquele momento. Tinha a ginástica que eu fazia”. (E11)

“Nunca imaginei que existia um lugar como aquele para ganhar neném. Lá era como se fosse a nossa casa. Elas eram muito cuidadosas e acolhiam a gente de uma maneira especial”. (E16)

Este conceito de “parto humanizado” em que a mulher tem autonomia, direito à privacidade e liberdade, uso consciente de procedimentos e intervenções pode ser percebido pela mulher e seus familiares como falta de cuidado e apoio. Este sentimento foi exposto pela E10, que tinha uma imagem pré-estabelecida do que era parto humanizado e de acordo com a sua avaliação o atendimento que ela recebeu não foi bom porque não se adequava às suas expectativas, que era muito diferente do que ela via na televisão como um parto humanizado.

“No começo eu achei que foi muito bonito, lá era muito arrumadinho, bonitinho, mas aí a experiência não foi muito legal não. Eu não sei se foi porque foi o primeiro filho, mas foi bem demorado, foi bem traumático, tanto que só depois de 10 anos eu fui ter outro filho. Eu não tive muito (pausa), eu acho que não teve muito suporte na época. Eu era muito nova, e assim, era... não sei, pelo que a gente vê de parto humanizado na televisão, que eu vejo, que a gente lê, parece ser uma coisa bem diferente, não é igual era lá não. Assim, tinha as enfermeiras, [...]. Elas ajudavam e tudo, ofereciam chazinho, suco, mas praticamente tudo eu fiz sozinha, eu e o pai da minha filha e minha mãe que estavam comigo. Ir para a banheira, tinha uma bola, eram aqueles procedimentos lá. Elas iam lá, perguntavam se estava tudo bem. Eu não sei se isso é parto humanizado, mas na minha concepção não foi não”.(E10)

Este relato vem de encontro ao achado em um estudo realizado em um CPN no município de São Paulo cujo objetivo era descrever as experiências das usuárias relativas ao

parto nesta instituição. O estudo aponta que o acompanhamento contínuo dos profissionais em todas as etapas do nascimento gera sentimentos positivos, no entanto, a não permanência destes profissionais pode gerar insatisfação (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

6.3.4 Subcategoria: Nascimento: um evento familiar

Desde os primórdios da humanidade os partos e nascimentos eram eventos familiares, em que a mulher contava com o apoio e com o cuidado das mulheres de seu convívio. Com o advento da obstetrícia médica este cenário sofreu alterações e a mulher começou a ser atendida em unidades hospitalares que impediam o acompanhamento das pessoas que lhe eram queridas (OLIVEIRA *et al*, 2011).

A presença do acompanhante é uma prática recomendada e que deve ser estimulada pelos serviços de atenção à gestante (OMS, 1996.b). Estudo demonstra que mulheres que podem contar com um acompanhante de sua escolha apresentam evolução mais rápida do trabalho de parto, fazem uso de menos analgesia e de parto operatório e os recém-nascidos apresentam melhores escores de Apgar (HOGA; PINTO, 2007).

Neste estudo a presença do acompanhante trouxe sentimentos de conforto, segurança e felicidade.

“Meu marido pode assistir o parto, a minha mãe assistiu o parto, ficou comigo o tempo todo lá dentro do quarto, sabe? Isso me fez sentir muito bem, com mais força pra eu ter um filho igual eu tive... foi uma experiência muito boa pra mim”. (E1)

”[...] parto humanizado, em que o esposo pode acompanhar a esposa no parto, ficar ali, tudo tranquilo”! (E17)

“Foi maravilhosa a experiência! Realmente é um momento único, em família, porque o pai pode participar, ele vê todo o trabalho que é feito”. (E18)

É inegável que a participação do acompanhante traz inúmeros benefícios para as mulheres e recém-nascidos, mas a possibilidade de participar do momento do nascimento de um novo membro da família é um momento muito especial.

“Na época a gente não estava casado, [...], ele foi, mas não aguentou! Então, foi minha mãe que me ajudou, ela que viu a (nome do bebê) sair, ela que pegou a (bebê) no colo, [...] foi assim uma coisa muito importante para ela. Porque a experiência que a minha mãe teve também, ela chegava aqui

olhava o tempo todo para a (bebê) e falava: _eu que ajudei, ela a nascer! (risos). Falava isso toda hora, eu que ajudei a (bebê) nascer. Foi uma experiência que eu nunca vou esquecer, nunca vou, eu lembro e já emociono (olhos lacrimejando)”. (E11)

Esta participação proporciona um grande elo de envolvimento entre os agentes deste contexto, intensificando as emoções positivas e possibilitando a atribuição de profundos sentimentos quanto à experiência do parto (HOGA; PINTO, 2007).

“Eu fui muito bem tratada, respeitada, minha mãe e meu marido pôde acompanhar todo o processo desde o trabalho de parto, parto e pós-parto”. (E15)

Assim, a vivência da família em um momento importante para a mulher, que é o nascimento de um novo membro familiar, foi favorecido pelas regras da casa de Parto, que possibilitou e beneficiou a integração dos parentes no momento do nascimento.

6.4 DIAGRAMA 2 – ESTOU GRÁVIDA: E AGORA?



Diagrama 2 – Estou grávida: e agora?
Fonte: Do autor.

6.4.1 Categoria: Vivenciando o final feliz

O diagrama 2 refere-se às percepções das mulheres quanto à nova gestação e as expectativas com relação ao parto.

Foi definida como categoria o que denominamos de “Vivenciando um final feliz”. Esta categoria é constituída por três subcategorias: buscando local para o parto, percebendo a diferença de atendimento e vivenciando a insegurança no trabalho de parto.

6.4.2 Subcategoria: Buscando local para o parto

O hospital é o local mais comum para a ocorrência do parto, haja vista que 98% dos nascimentos no Brasil acontecessem neste cenário. Este fato está associado às transformações culturais e econômicas desenvolvidas ao longo das últimas décadas, que transformou o parto de um evento social e familiar para uma atividade médica que requer cuidados hospitalares (CASTRO, 2015).

“Os dois primeiros, mais velhos, eu já tinha tido no Hospital 1, aí eu quis ir para lá, porque lá eu acho melhor. Porque eu já conhecia”. (E5)

“Eu escolhi Hospital 1, porque eu já tive os outros dois lá, os dois primeiros foram lá, aí acabei ficando por lá mesmo”. (E8)

Apesar do consenso nacional do parto hospitalar, este não é a escolha inicial de algumas mulheres que gostariam de parir em outros locais, no entanto, a estrutura organizacional da saúde na maioria dos municípios brasileiros não favorece esta possibilidade de escolha.

“Bom! Não tinha outra opção, era só a Hospital 1, porque se tivesse a Casa de Parto eu ia prá lá”. (E6)

“Eu não tive muito escolha porque a minha médica só atendia no Hospital 5 e como eu fiz particular e eu queria fazer a ligadura, eu tive que ir para lá. Eu não tive opção de escolha não! Porque lá nem é tão recomendado assim, mas como foi o único que deu para mim, foi onde eu fui “. (E9)

“Escolher? (risos). Não tive como escolher, né! Não tive opção na verdade na última gestação. [...]. Eu fui para o hospital, tive meu último parto onde era possível. Foi de acordo com a necessidade. Na época eu tentei até ver a possibilidade de ter um parto em casa, mas não tive segurança, não tive indicação de uma boa equipe, de uma parteira conhecida, então eu fui para o hospital mesmo”. (E19)

“Então, na verdade eu não escolhi. Eu fiz o pré-natal na rede pública e o encaminhamento no meu cartão de gestante estava para o Hospital 1, mas lá também fui muito bem assistida e eu não tenho o que reclamar não”. (E20)

Outro fator preponderante para a escolha do local para o nascimento é a indicação do profissional que atende esta mulher. Algumas entrevistadas mencionam que não puderam escolher o local que gostariam e sim precisaram se adequar às indicações dos profissionais ou a estrutura de referência e contra referência do município.

“Eu estava sem plano de saúde, aí procurei a enfermeira que trabalhava na Casa de Parto e ela me falou que o pessoal da Casa de Parto estava lá no Hospital 2. Comecei meu pré-natal com essa enfermeira (no posto de saúde do bairro) e com minha médica. [...]. Eu estava mesmo muito insegura, com muito medo de passar de novo pelo sofrimento do meu primeiro parto, mas escolhi o Hospital 2”. (E4)

“Eu estava fazendo pré-natal com um médico e ele faz plantão no Hospital 3”. (E10)

“Quando engravidei, fiquei meio perdida, pois os quatro partos anteriores tinham acontecido na casa. Lá eu fazia desde o pré-natal até as consultas com os bebês depois que eles nasciam. Então comecei o pré-natal no posto aqui do bairro [...]. Lá no posto eles me encaminharam para o Hospital 1”. (E16)

“O (nome do bebê) nasceu no Hospital 1, a médica que fez o pré-natal dele indicou que eu fosse para lá para fazer o parto”. (E13)

“Eu fiz o pré-natal no posto de saúde aqui perto de casa aí eles te encaminham, te indicam qual hospital você tem que ir. Aí eu fui ao hospital que eles me indicaram, não cheguei a procurar outro hospital porque o hospital que eles me indicaram eu já tinha ouvido falar bem de lá, não tinha problema nenhum com isso. Então não foi bem uma escolha, foi o lugar que eles me indicaram”. (E15)

Os movimentos feministas deram início na década de 80 a ações que buscavam o resgate da autonomia feminina durante o parto, impulsionado por organizações civis e governamentais de incentivo à humanização do parto e nascimento. Este processo levantou as discussões acerca do local ideal para o parto, local este que garanta segurança e atenção centrada nas necessidades da mulher (SANTOS *et al*, 2014).

Neste contexto, algumas entrevistadas partiram do princípio de escolher um local que pudesse proporcionar um parto pautado no cuidado humanizado, que pudessem conter características semelhantes ao atendimento recebido no parto na Casa de Parto.

“Escolhi o Hospital 2 e a enfermeira que acompanhou o meu parto na Casa de Parto, porque eu queria ter de novo com ela. Quando fiquei sabendo que o pessoal da Casa de Parto foi para lá eu liguei para ela (enfermeira) imediatamente [...] e ela falou: então vamos fazer o pré-natal aqui sim. Fiz com ela e com minha médica, mas eu tive com ela (enfermeira)”. (E1)

“Seria ótimo ter ganhado na Casa de Parto, seria! Mas também teria que pensar em outras possibilidades, porque de qualquer forma eu ia ter um parto, então por isso que [...] isso eu sou bem pé no chão, se tem que fazer

vamos fazer da melhor forma, mas se não der certo a gente tem que ter outras possibilidades. Então foi dessa forma que eu pensei, bem segura. Por isso que eu procurei uma pessoa que me desse segurança”. (E2)

“Na gravidez após o fechamento da Casa, se eu pudesse também teria escolhido a Casa de Parto, mas como ela não tinha mais eu fui procurar um lugar que fosse bem humanizado igual era a Casa de Parto. Eu tive a felicidade de poder ter minha segunda filha com a mesma enfermeira que trabalhava na Casa de Parto, ela trabalhava no Hospital 2. Nessa época também eu trabalhava lá e eu sabia como era o trabalho lá, eu sabia que era um parto humanizado, sabia que era bem legal também. Então eu fui para lá, quando foi a época de nascer, eu fui para lá, a (nome da enfermeira) foi comigo, me ajudou”. (E14)

“Um lugar que pudesse ter o mesmo tipo de cuidados. [...] Busquei referência com pessoas também que comentavam que funcionava lá o sistema desse jeito. Eu fui para lá, mesmo assim, por ser muito longe, muita dificuldade para mim nesse lugar eu ainda preferi por ser parto humanizado”. (E17)

Duas entrevistadas estavam realizando o pré-natal na Casa de Parto quando o fechamento foi deflagrado, fato que trouxe muitas expectativas e ambas precisaram criar alternativas para que pudessem receber um cuidado obstétrico que suprissem essas expectativas.

“Na segunda gravidez como foi uma atrás da outra eu fiquei ainda na expectativa da Casa de Parto reabrir. Eu fiquei naquela expectativa e fui organizando tudo para dar certo para mim caso precisasse vir aqui para a Hospital 3, porque é o lugar que eu trabalho, que eu conheço, tem pessoas que eu conheço. Eu escolhi um profissional que eu busquei o histórico dele para saber como seria, para eu ter segurança na hora do meu parto também. Porque minha expectativa era fazer outro parto normal, foi isso que eu programei com a obstetra. Mas, infelizmente a Casa de Parto não abriu, eu ia ter que vir para a Hospital 3, e também, infelizmente, não deu para eu fazer o parto normal, porque ela estava numa posição que não dava para fazer parto normal e tive que ir para a cesariana”. (E2)

“Na segunda gestação, eu iniciei na Casa de Parto, ela ainda estava em funcionamento, na metade da gestação é que veio o fechamento. Então elas orientaram a procurar algum médico que pudesse fazer parto normal, e eu no meu trabalho conheci uma pessoa que tinha feito parto normal com uma médica em Juiz de Fora, muito boa por sinal, (nome da médica), que eu recomendo muito [...] e elas (enfermeiras da Casa de parto) confirmaram que ela era realmente conhecida e ela realmente foi a favor do parto normal. E aí eu consegui ter no Hospital 3, no próprio quarto, quarto de

pré-parto. A médica foi tão atenciosa comigo que ela me apoiou nesta fase”.
(E18)

Como pudemos observar a busca pelo local para o parto não é uma situação simples e completamente definida pelos anseios e desejos das mulheres, sendo determinada na grande maioria dos casos pela imposição do sistema de saúde vigente.

6.4.3 Subcategoria: Percebendo a diferença de atendimento

Como mencionado anteriormente, a assistência ao parto no Brasil é caracterizada pelo cuidado em unidades hospitalares. Este modelo de atenção vem passando ao longo dos anos por transformações que buscam qualificar a atenção baseada nas necessidades das mulheres e nos seus familiares.

Apesar destas iniciativas, os partos hospitalares ainda são caracterizados por imposição de rotinas que muitas vezes impedem que a mulher receba uma atenção individualizada e diferenciada, pautada em suas necessidades (JANSSEN *et al*, 2009). Essa atenção foi mencionada por muitas mulheres como um fator diferencial do atendimento recebido na Casa de Parto e no Hospital, sendo que quase a totalidade das participantes percebeu um melhor atendimento na Casa de Parto.

“Você vê isso, a diferença na Casa de Parto e no hospital. O hospital está aí, vai cumprir uma rotina. Na Casa de Parto eu senti que o acolhimento é diferente”. (E2)

“O cuidado. Na casa eles cuidam muito mais, são mais humanos. No hospital é tudo igual, não dá tempo de ficar com delicadeza, eles cumprem as coisas que tem que fazer e pronto, tudo rápido, sem conversa”. (E12)

“Por mais que os outros hospitais e seus profissionais tentem nos atender bem, eles não conseguem atingir nem uma pequena porcentagem de tudo que a Casa foi. Lá nós éramos o centro da atenção, as pessoas se dedicavam sem limites para nos atender com conforto e qualidade, por isso os resultados da Casa sempre foram os melhores. Elas conseguiam unir a humanização e a competência e desempenhar as duas da mesma forma”.
(E13)

Esse contexto hospitalar, pautado em rotinas e impessoalidade, apesar de mais conveniente a asséptico para os profissionais, pode ser

percebido como desconhecido e amedrontador para as mulheres, como podemos perceber nas falas a seguir (SANTOS *et al*, 2014).

“[...] eu fiquei em trabalho de parto no quarto, até aí tudo normal. Até aí lembrava a Casa de Parto, mas na hora de ganhar meu menino eles levam a gente para uma sala tipo sala de cirurgia, né! Aí aquilo já me tirou aquela coisa [...] aí eu já fiquei apreensiva, aí eu cheguei ganhando o bebê. Mas da (bebê que nasceu na Casa) não! Foi diferente! Ela já saiu e foi para o meu peito, já veio mamando no meu peito, tem até uma foto, tentei procurar a foto, aí ela foi chegou, já foi para o meu peito, nem tinha saído do cordão umbilical, já veio caçando o meu peito para mamar, então foi uma coisa bem diferente”. (E11)

Parece assim, você vai para o médico, você vai para o hospital, você fica no meio de uma porção de gente que está tratando outras coisas, você fica num ambiente de hospital. É uma coisa ruim! Lá na Casa não, quando você chegava lá, você sentava no sofá, você conversava com outras grávidas, a gente trocava experiências, a gente tinha aquele momento com elas. Não precisava a enfermeira intrometer no meio porque a gente mesmo já ia se fortalecendo. Eu acho que isso que é importante. Hoje o que você vê são que as pessoas vão ao médico e eles já falavam que você vai fazer isso, isso, esse exame, você vai fazer esse, esse e esse, entendeu, mas aquela instrução, as vezes ele não vai saber fazer, porque a parte dele é a profissional. Mas aí quando você cria aquele vínculo que tinha lá na Casa, você tinha a oportunidade de ter espaço para você estar conversado com outras grávidas, entrosando com outras grávidas, você ia conversando e vendo que o problema que você tinha a outra também tinha, ou o problema que você tinha a outra tinha uma solução”. (E11)

Essas mulheres foram capazes de perceber que o padrão de atendimento oferecido nas unidades hospitalares apesar de serem protocolados e definidos como seguro pelos profissionais que os executam não supriram suas necessidades de acolhimento e segurança, promovendo sensações de insegurança e medo.

O cuidado humanizado, acolhedor e eficiente foram fatores mencionados como o diferencial da Casa de Parto. As mulheres não perceberam diferenças de estrutura referente a equipamentos, rede de serviços e quadro de profissionais existente nos serviços, elas mencionaram basicamente os cuidados e atenção recebidos durante o parto.

“[...] porque é muito natural é como se tivesse na casa da gente, a gente estando no hospital não é a mesma coisa, você está ali com um monte de gente, com um monte de coisa [...]” (E9)

“A gente recebe mais atenção, não é o caso de hospitais que é tanta correria que eles arrumam e a gente fica meio jogada. Outra diferença que depois que a mãe ganha o neném o pai da criança não pode ficar mais, tem que ir embora. Achei isso ruim. Essa parte que não é igual à Casa de Parto que o marido pode acompanhar, pode ficar ali. [...] Mas se for olhar pela visão, de acompanhamento, quando a gente está lá na sala para ganhar neném o acompanhamento realmente não é o mesmo, as pessoas que estão lá para fazer o parto, ela ao mesmo tempo parece que está em outra sala, está fazendo outro tipo de serviço. Você fica lá, eles vão lá praticamente na hora que você está ganhando. A pessoa não é tão acompanhada o tempo todo, monitorada assim tanto não, igual na Casa de Parto que a pessoa se prontifica e está ali mesmo, para te botar no chuveiro, numa bola, te ajudar a fazer massagem, fazer isso, fazer aquilo. E ali não! Você está com o acompanhante, o acompanhante te auxilia e chama a pessoa para isso, chama a pessoa para aquilo e a pessoa está nos outros quartos, fazendo outros partos, fazendo isso, fazendo aquilo”. (E17)

Para as mulheres a criação de vínculo afetivo durante o atendimento é muito valorizada e pode ser expressa pela comunicação verbal e não verbal. Além disso, as mulheres querem participar de todo o processo de parturição, sendo informadas do que está acontecendo e poder decidir em conjunto com a equipe a realização dos procedimentos (ARMELLINI; LUZ, 2003).

A falta de informações claras e comunicação por parte da equipe hospitalar foi mencionada por algumas mulheres que perceberam esse fator como uma falta de cuidado e atenção como podemos observar a seguir.

“Uai! Que fosse lá me perguntasse se eu precisava de alguma coisa, se eu estava sentindo, ficasse mais presente, sabe? Eu não sei se é porque eu tive mais acolhimento, mais presença ali na Casa de Parto, que apesar de ter mais duas pessoas para ter neném também nesse mesmo dia, mas eu tive mais acolhimento, as pessoas estavam mais preocupadas, e hoje em dia, nos hospitais públicos tem menos preocupação, entendeu? Eu não sei usar a palavra certa. Eles querem mais serviços, mais trabalhos e menos se preocupar com as pessoas que estão lá”. (E5)

“Quando meu filho nasceu, no mesmo minuto, ainda com o cordão umbilical ele ficou comigo, deitado em mim até fazer aquela questão toda de expulsar a bolsa, e em momento algum meu filho ficou longe de mim. No meu segundo parto eu achei muito ruim porque eu fiquei até duas horas da manhã na RPA (Recuperação Pós-anestésica), a minha filha... eu ganhei neném às 8 horas da noite. Eu ficava lá e ninguém vinha falar nada, aí eu falei: _ gente está acontecendo alguma coisa? Porque até então eu não sabia que eu tinha tido esse problema de sangramento”. (E7)

As políticas de incentivo ao parto normal desenvolvidas na atualidade buscam, além da participação ativa das mulheres e seus familiares no processo de gestação, parto e nascimento, a redução do uso rotineiro de intervenções durante o trabalho de parto. Estas intervenções, muitas vezes justificadas como medidas de segurança e conforto para mães e recém-nascidos, podem estar relacionadas à piores resultados maternos e neonatais (SILVA et al, 2013).

Nesta pesquisa, as mulheres relacionaram as intervenções recebidas durante o trabalho de parto como desconfortáveis e foi um dos fatores mencionados como elementos que descreveram a diferença recebida entre os dois tipos de serviço de assistência ao parto.

“Acho que é muito bom essa iniciativa do parto normal igual antigamente (risos). [...] Sem colocar soro, sem muitas coisas que fazem no hospital. Lá foi natural mesmo, só esperando a chegada do bebê, sem aqueles procedimentos todos de toque toda hora (risos), soro na veia direto. Não gostei muito não. No parto dela eles me colocaram no soro, só no soro. E teve bastante... toque para ver a dilatação do bebê, essas coisas. Acho isso muito desconfortável. Muito diferente do parto do (nome do bebê) que nasceu na Casa de Parto”. (E8)

“Só que assim, não é igual à Casa de Parto, é um hospital, a diferença foi essa, mas a assistência foi legal, foi muito tranquila. Foi um parto muito humanizado também. [...]. Mesmo eu tendo sido muito bem atendida lá no hospital, assim, o parto foi muito tranquilo porque foi como na Casa de Parto porque tinha enfermeira que fez meu parto lá. Mas lá no hospital é diferente, tem médico, que nem tinha me visto e já tinha prescrito ocitocina. A estrutura da Casa de Parto é muito mais aconchegante é um lugar muito melhor para se ter um filho do que em qualquer hospital”. (E14)

“No primeiro parto, que também foi hospitalar eu não tive a bolsa rompida, o médico ele era muito tranquilo, na verdade, se eu não me engano foi um residente e ele me deixou muito à vontade. Ele fez episiotomia e eu nem percebi porque, eu acho que foi por insegurança dele, o bebê já estava nascendo quando ele resolveu fazer a episiotomia. Agora no segundo parto que foi na Casa de Parto eu não passei por nenhum destes procedimentos. Eu deixei lacerar, houve uma laceração, mas não foi uma episio, então a cicatrização, a recuperação foi muito melhor do que quando houve o corte no primeiro parto. [...] no último parto, um parto hospitalar sem muita oportunidade de negociação, eu tive a bolsa rompida pelo médico, tive uma episio” (E19)

Algumas participantes relataram sua satisfação com o parto apesar de apresentarem ressalvas quanto à forma de atendimento. Elas citaram como exemplo o atendimento do

hospital que por ser uma instituição maior, com mais pessoas para serem atendidas, o cuidado é menos individualizado.

Estes fatos foram discutidos por Wolff e Waldow (2008) que consideram que as mulheres se sujeitam às diversas formas de atendimento desumano e violento durante o trabalho de parto seja pelo receio em se oporem ao tipo de atendimento recebido, seja pelo simples fato de acreditarem que as ações e atitudes dos profissionais são inerentes à sua função e por isso são normais.

“Eu não posso dizer que fui maltratada não, fui bem tratada sim, claro que nem se compara a Casa de Parto, porque um hospital grande não dá para ter aquela atenção individual igual eu tinha na Casa de Parto, mas no geral eu fui bem atendida sim por toda equipe. Lá é um hospital que tem muitos estudantes, meu parto foi feito por um residente e acompanhado por um outro médico mais experiente, a anestesista também foi uma residente, mas fui bem tratada, correu tudo bem. Depois no quarto, as enfermeiras, a grande maioria também me tratou muito bem, sempre tem uma ou outra que não te tratam tão bem, mas a maioria foi. Só que lógico que a Casa de Parto é muito melhor, você fica sozinha no quarto, como se você estivesse em casa mesmo, lá no hospital não, eu demorei muito para conseguir ir para o quarto porque estava muito cheio. Aí você chega no quarto tem muita gente se recuperando da cirurgia, aquela confusão, mas assim o tratamento dos profissionais foi bom”. (E15)

“Eu já tinha sido mãe de dois filhos antes da Casa de Parto abrir, eu era novinha, sem experiência e sofri muito para ganhar meus bebês, porque no hospital as pessoas não têm paciência, elas fazem tudo igual para todo mundo e não conseguem cuidar da gente com carinho. Pelo contrário, são rudes e sem amor ao próximo. Na Casa de Parto foi um sonho, meus bebês nasceram sem eu precisar sofrer, e por isso me fez muito mais feliz”. (E16)

A principal diferença citada pelas mulheres foi o cuidado recebido. A satisfação com o parto estava diretamente relacionada com a forma como foram atendidas. Todas as mulheres entrevistadas sentiram-se satisfeitas com o parto hospitalar, pois tiveram como resultado o nascimento de um filho saudável, em quase a totalidade dos relatos foram citados sentimentos de satisfação, mas que não superaram ao atendimento que receberam na Casa de Parto nos partos anteriores.

Uma entrevistada apresentou sentimento diferente das demais, para ela o tipo de cuidado recebido na Casa de Parto proporcionou insegurança e falta de atenção. Quando engravidou pela segunda vez procurou um hospital para que o parto acontecesse, pois se sentiu mais segura. Mencionou que o atendimento hospitalar foi bom, mas que não foi diferente do recebido na Casa.

6.4.4 Subcategoria: Vivenciando a insegurança no trabalho de parto

Em linhas gerais, as mulheres que buscam o atendimento em uma casa de parto são mulheres que procuram parir de uma maneira mais natural, escapando da cesárea de regra e do atendimento carregado de intervenções e procedimentos desnecessários e desumanos (CARNEIRO, 2012).

As políticas propostas para melhorar o atendimento às mulheres vêm surtindo efeitos, com resultados muito bons. No entanto, o modelo tradicional de assistência ao parto ainda é pautado pela insegurança e realização de técnicas e procedimentos pouco embasados cientificamente, o que vem perpetuando as formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante (DINIZ, 2009).

Os relatos das participantes a seguir nos apresentam dados relacionados à insegurança durante a assistência ao parto, seja pela percepção de falhas no atendimento relacionadas à conduta profissional ou pela falta de equipamentos necessários para o atendimento, seja pelo tipo de parto ao qual será submetida.

“Assim, com relação ao obstetra, eu liguei para ela, [...] não demorou mais que meia hora ela veio para o hospital, ela veio fazer minha cesariana. Mas assim, a questão de trabalhar aqui, foi uma questão que pesou muito, as pessoas já me conheciam, então, assim, algumas pessoas você vê que tem aquela dedicação, aquele apoio, mas você vê que tem profissionais que estão ali para cumprir uma tarefa. Então você observa, você vê falhas no atendimento e tudo. No próprio centro cirúrgico eu tive um problema, porque precisou de um ambú infantil para ambrar minha filha e não tinha o ambú infantil. Então assim, gerou uma certa insegurança. Tive apoio bom de alguns profissionais? Sim! Mas de outros eu vi que teve algumas falhas, observei algumas falhas”. (E2)

“Eu estava bastante desconfortável na maca, com a dilatação que eu imagino total e aquela confusão, entra e sai, um entra e sai e eles me

deixaram lá no canto porque eles estavam trocando plantão. Ainda teve essa situação que aconteceu. Eu tive que insistir com a técnica de enfermagem para ela permanecer comigo no pré-parto. Quando ela viu que eu já estava mesmo para ter o bebê, ela foi chamar o médico que estava se preparando para sair, foi aí que ele rompeu a bolsa realmente para dar uma adiantada na situação, que eu já estava meio que segurando ele ali, até outro médico voltar não tinha como ele estar passando, me passando, passando o paciente. E no final ficamos então, eu, a enfermagem e os dois médicos na sala de parto, eu tive meu filho com dois obstetras, um que eu preendi no plantão e o outro que já estava chegando para liberar o colega”. (E19)

Observamos neste estudo que a insegurança das mulheres esteve ligado a experiências anteriores ruins, mas que o atendimento ainda está baseado na rotina do hospital e que as mulheres relataram que esse sentimento não foi observado. Uma delas relata que o atendimento foi bom porque ela trabalhava no hospital, mas gerou insegurança a falta de material e a outra demonstra ter ciência do que era a troca de plantão, mas que foi favorecida por isso porquê todos os profissionais ficaram com ela, fato que poderia não ter ocorrido.

As expectativas em relação ao parto geralmente baseiam-se nas experiências anteriores vividas ou percebidas pelo contexto vivenciado por outras mulheres e que se difundem pela mídia, materiais informativos ou simplesmente em seu “background cultural” (TOSTES, 2012).

Dentre as principais expectativas vivenciadas pelas mulheres que são atendidas na rede pública estão a insegurança de não ter vaga no local programado para o parto para se internarem, e a segurança no profissional que irão atendê-las, pois muitas vezes elas não os conheceram previamente. Essas situações podem desencadear sentimentos de insegurança, ansiedade e preocupação (TOSTES, 2012).

“Porque eu fiquei muito insegura, porque eu lá na Maternidade, eu não vou falar que foi ruim não, foi bom o pré-natal, só que cada dia eu tinha com um médico, eu não criava vínculo com os médicos, chegava num período era um médico, chegava em outro (período) era outro médico, então aquilo eu ficava inquieta, porque eu não sabia como ia ser. Eles me explicavam, mas, quando foi chegando no final, que eu não sabia qual médico eu ia ganhar [...] eu não conhecia, podia ser qualquer um.[...] Nas duas últimas semanas que meu menino estava para nascer eu consultei na emergência com uma médica e eu gostei muito dela e pedi a Deus que o dia que eu fosse ganhar meu bebê ela estive, porque eu gostei dela.[...] Eu tinha muita preocupação também, nossa eu via assim, tinha mãe que estava chegando, mãe de primeira viagem, passou mal, foi no médico e não tinha vaga e tinha que

procurar outro lugar. Vi uma menina que chegou de taxi, entrou na maca e teve que ir embora porque não tinha vaga, não podiam nem olhar ela para avaliar, olhar para ver se tem que ficar ou não. Aquilo eu já fiquei meio assim, meu Deus! Se acontecer comigo? Mas assim, eu custei a ganhar aquele vínculo, aquela segurança sabe? ” (E11)

Apesar da insegurança relatada pelas participantes, é importante salientar que o município tem assegurado a vaga para as mulheres, sendo distribuídas conforme o local onde se realizou o pré-natal. A falta de vínculo entre os profissionais de saúde foi marcante pelas falas.

Como mencionamos anteriormente, as mulheres adeptas ao parto mais natural pretendem receber a atenção centrada em suas necessidades e também fugir da cesariana desnecessária. Para essas mulheres as expectativas quanto ao tipo de parto têm mais importância, e podem considerar a cesariana como o “revés do belo parto”, podendo ser percebida como fracasso, frustração e incapacidade (TOSTES, 2012).

Essas mulheres tentam buscar profissionais que possam atender às suas expectativas e necessidades (CARNEIRO, 2012).

“Mais não foi fácil, porque eu queria muito ter tido na Casa de Parto, e fiquei na dúvida realmente se a médica faria parto normal. E com certeza isso gera muita insegurança para a mulher que está no fim da gravidez. [...] Porque na Casa de Parto a gente sabe que elas vão tentar até o último minuto, elas vão acompanhar, monitorar, vão esperar, vão ter paciência. [...] E com médico é diferente, você sente que ela vai ter que dedicar, vai ter que estar disponível para você e nem sempre isso parece que é tranquilo para eles, às vezes tem compromisso, tem que agendar horário, tem outras, em não vai ficar por conta, deixar rolar uma noite por conta para atender só você. [...]. Então, até a hora mesmo da gente ter o parto a gente fica em dúvida, será que ela vai esperar mesmo? Será que ela vai ter paciência como eu tive na Casa de Parto? Eu tinha as minhas dúvidas, mas eu fui conquistando confiança na médica e ela realmente foi espetacular”. (E18)

Como foi demonstrado, o sentimento de insegurança foi vivenciado por várias participantes, no entanto, nenhuma delas mencionou insegurança com relação à gestação ou à fisiologia do parto, todas associaram este sentimento às atividades desenvolvidas pelos serviços ou profissionais de saúde.

6.5 DIAGRAMA 3 – CATEGORIA CENTRAL - TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS – O QUE IMPORTA É O FILHO NASCER BEM



Diagrama 3 – Categoria Central – O que importa é o filho nascer bem.
Fonte: Do autor.

As repercussões acerca do fechamento da Casa de Parto nas gestações e parto posteriores devem ser estudadas a partir das percepções e significados que esta experiência trouxe para as ex-usuárias daquele serviço e seus familiares.

Para o desenvolvimento deste estudo e definição da teoria, as três premissas básicas do IS foram a base desta discussão. Desta forma, levaremos em consideração que o significado do fechamento da Casa de Parto foi construído pelas mulheres a partir das interações que elas estabeleceram com esta situação, entre os vários agentes envolvidos neste processo e principalmente as transformações que este significado sofreu ao longo do tempo.

O estudo desenvolvido com este grupo nos trouxe conhecimentos importantes acerca da capacidade de adaptação que as mulheres desenvolveram durante a gestação para adequar seus desejos e necessidades à situação real e garantir que seus bebês nascessem com saúde e segurança;

A Casa de Parto significava para estas mulheres um local agradável, aconchegante e seguro para o nascimento de seus filhos. Era percebido como um espaço tranquilo que promovia atenção, confiança, segurança, acolhimento e respeito, superando as expectativas relacionadas no que se referia à assistência e ao atendimento.

Para elas as experiências vivenciadas naquele serviço foram interpretadas como únicas e especiais, pois atendiam suas demandas físicas e emocionais, não se restringindo apenas à execução do parto.

Imbuídas destes sentimentos as mulheres, gestantes novamente, se viram a procura de um serviço que lhes garantissem uma experiência semelhante. No entanto, o significado de parto atribuído por estas mulheres não são os mesmos percebidos por grande parte da sociedade, que em virtude de todo o processo de medicalização do parto desenvolvido ao longo de décadas percebem o parto como algo patológico e que requer cuidados médicos constantes. Por esse motivo a escolha ou definição de um local para a realização deste novo parto trouxe muitas inquietações, angústias e preocupações para elas.

Esses sentimentos foram vivenciados em virtude da insegurança e incerteza de como seria o parto. Baseado nas experiências anteriores elas definiram o tipo de parto ideal e foram em busca deste modelo de assistência.

Alguns fatores foram levados em consideração para estas escolhas, como as características do local e dos profissionais envolvidos na assistência, razões familiares e econômicas, vivências e sentimentos experimentados anteriormente. Mas a falta de possibilidade de escolha foi uma realidade enfrentada pela maioria das mulheres.

Diante disso, houve um confronto entre o significado do parto construído pelas mulheres e a realidade encontrada nos serviços existentes para a assistência. E neste momento a capacidade de adaptação aos modelos de assistência ao parto foi preponderante.

O que chama a atenção e ficou relatado de forma explícita é que apesar de todos os significados construídos acerca do parto e os ideais de humanização, esses não foram relevantes para a definição de sucesso para o parto atual.

Neste estudo as mulheres demonstraram que apesar da assistência recebida durante o trabalho de parto e parto não ser exatamente como elas idealizaram elas concordaram com esta forma de cuidado

Essa adaptação perpassou pela relevância do filho em relação ao parto. As mulheres foram capazes de suprimir seus ideais e desejos e objetivaram a segurança do nascimento e sentiram-se felizes com o desfecho dos partos.

O “final feliz” foi relacionado ao filho ter nascido saudável e em segurança. Elas concordaram que naquele momento essa assistência era a melhor tanto para ela quanto para o

bebê, afinal, tudo estava transcorrendo dentro do esperado e o que mais importava era que o bebê ficasse bem.

Refletindo acerca do Interacionismo Simbólico, este processo de aceitação foi construído por meio da auto interação e consolidação das regras impostas pela sociedade, sendo dominante a fase “mim”.

A sociedade espera das mulheres que sejam boas filhas, esposas e mães. O conceito de ser “boa mãe” está diretamente relacionado à capacidade desta mulher suprir todas as necessidades deste filho.

Assim, o modelo teórico proposto demonstra que as mulheres lamentaram muito o fechamento da Casa de Parto, mas o *self* sofreu modificações ao longo do tempo. As experiências vivenciadas por elas ou por entes de seu convívio social, o significado da Casa, as expectativas e vivências durante a nova gestação proporcionaram a essas mulheres a capacidade de se adaptarem à nova situação e buscarem as melhores condições para o nascimento dos bebês, pois para elas o que importava era o filho nascer bem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo não conseguíamos delinear a trajetória que percorreríamos, visto que o fechamento da Casa de Parto havia ocorrido há mais de oito anos. Além disso, a temática não é desenvolvida nos meios acadêmicos e por este motivo a literatura é escassa para embasar nossa caminhada.

O fato da Casa de Parto estar fechada há tanto tempo foi uma situação limitante para a captação das participantes da pesquisa, pois muitos contatos telefônicos contidos nos prontuários não existiam mais, por isso o número reduzido de atrizes sociais.

Observou-se que o tempo foi elemento de grande relevância e exerceu papel fundamental no processo de adaptação das mulheres frente uma nova gestação, possibilitando a ressignificação da própria experiência. A relação entre a experiência vivida e a nova a ser experimentada ficou clara nos discursos das participantes. As mulheres que engravidaram durante o processo de fechamento da Casa ou logo após este evento relataram com maior ênfase os sentimentos de angústia, inquietação e insegurança com o parto. Aquelas cuja gravidez ocorreu em um maior espaço de tempo após o encerramento das atividades da Casa conseguiram redefinir seus significados e sentimentos e enfrentaram essa nova situação com maior tranquilidade.

Durante a construção desta teoria foi muito enfatizada a capacidade de adaptação das mulheres para que o parto acontecesse da melhor forma possível e que o resultado final fosse o nascimento do filho com segurança. No entanto, em nenhum momento as entrevistadas mencionaram como elas se sentiram em relação ao parto ou a forma como o parto foi conduzido e sim que o importante era a criança nascer bem.

A grande maioria associou a satisfação do parto com o nascimento do filho, mas ao serem questionadas no estudo, relataram que gostariam que a Casa de Parto estivesse aberta, que foi uma perda para elas e para o município.

As mulheres quando relacionavam o parto ocorrido na Casa diziam que foram muito bem acolhidas, foram cuidadas. Nos partos subsequentes, as falas relatam a busca de um lugar para parir, as dificuldades de se sentirem acolhidas e que o importante era o filho nascer bem.

A partir do momento em que as mulheres não têm acesso ao serviço que elas idealizavam, elas anulam os seus sentimentos de mulher, sua opinião de poder escolher e

decidir sobre seu corpo e suas convicções, deixando prevalecer o papel de mãe previsto na sociedade, que é ter um bebê saudável.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem.** São Paulo, 1997. 117 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ARMELLINI, C. J., LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 305-315, dez. 2003.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method.** Berkeley: University of California, 1969.

BLUMER, H. **A natureza do Interacionismo simbólico.** Teoria de comunicação: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980, p. 119-138.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 985/GM**, 5 de agosto de 1999. Regulamentação e funcionamento dos Centros de Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466/12**, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 12 dez. 2012a.

BRASIL. DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nascidos vivos e óbitos fetais e neonatal – Minas Gerais – Juiz de Fora. Nascimentos e óbitos p/ local de ocorrência.** Disponível em: <www.datasus.gov.br> [Informações de Saúde: Estatísticas vitais: nascidos vivos e mortalidade fetal e neonatal: ano 2012b: Estado e Município]. Acesso em 20 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Saúde da Mulher. **Documentos e Notícias.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher>>. Acesso em 25 fev. 2017.

CARNEIRO, R. G. E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Direito Mackenzie**, v. 5, n. 2, p. 227-237, 2012.

CARRARO, T. E., ET al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. Esp., p. 97-104, 2006.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa; tradução Joice Elias costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction an interpretation, an integration. 3.ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1989.

CLEMENTINO, M. O. S., SILVA, J. V. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. **Em O Mundo da Saúde**, São Paulo/SP 2008; 32(4):452-457.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M., SANTOS, E. M., LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v. 31, n. 2, ago. 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n2/v31n2a04.pdf>>. Acesso em: 23 jun.2014.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3.ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2014.

FERNANDES, B. M. **A Casa de Parto da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora**: diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias. 2004. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

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 Escola de Enfermagem da USP**. 2011; 45(1):55-60.

HAGUETTE, J. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HAUCK, F. T. **Implantação da assistência humanizada ao parto em Juiz de Fora (1998-2001)**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

HOGA, L. A. K. Casa de Parto: simbologia e princípios assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF. 2004 set/out; 57(5):537-40.

HOGA, L. A. K., PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín. v. 25, n. 1, p. 74-81, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE – **Dados populacionais e geográficos do município de Juiz de Fora (MG)**. Disponível em <<http://www.ibge.com.br>>. Acesso em 20 jan.2015.

JAMAS, M. T., HOGA, L. A. K., REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, dez., 2013.

JANSSEN, P. A. ET al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**. v. 181, n. 7, p. 377-83, 2009.

JUIZ DE FORA (MG). **Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora – 2014-2017**.

Disponível em:

<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf> . Acesso em mar. 2015.

LOPES, C. H. A. F., JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 39, n. 1, p. 103-8, 2005.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MACHADO, N. X. S, PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 2, p. 274-9, 2006.

MATHEUS, M. C. C, FUSTIONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MAUAD, N. M., FERNANDES, M. B., COSTA, T. J. N. M. Instrumento de diagnóstico da morte materna em Juiz de Fora. **Revista APS**, v.6, n.1, p30-37, jan./jun, 2003.

MEAD, G. H. **Mind, Self and society: from the standpoint of a social behaviorist**. 8th ed. Chicago (USA): University of Chicago Press; 1972.

OLIVEIRA, A. S. S., ET al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepções de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.2, p. 247-53, abr./jun, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/Iris/bistream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em 16 abr. 2016.

ORGANIZACION PANAMERICAN DE LA SALUD/ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación del plan de acción regional para La reducción de La mortalidad materna**. Washington, USA: Programa de Salud de La Família y poblacion/ OPS/OMS, p.9-34, 1996.

PEREIRA, A. L. F., NICÁCIO, M. C. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 3, p. 546-555, jul./set., 2014.

POLIT, D. F., BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução SALES, D.R. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROGIANTI, J. A.; HAUCK, F. T. A implantação do Modelo Humanizado de Assistência ao Parto na Cidade de Juiz de Fora. **Revista Enfermagem da UFRJ**, Rio de Janeiro/RJ. v. 21, n. 3, p. 324-9, jul/set2013.

SANTOS, A. A. Discursos de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar como opção de parto. **Revista Enfermagem UFPE on line, Recife.**, v. 8, n. 8, p. 2716-22, ago, 2014.

SEPÚLVEDA, M. A. C. A Casa de Parto de Sapopemba. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hospivirt.org.br/enfermagem/port/casas-parto/html>> Acesso em: 24 mar. 2015.

SILVA, F. M. B ET al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 47, n. 5, p. 1031-8, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Brasília, 2012. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.

WOLFF, L. R., WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Social*. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

APÊNDICE A – Autorização da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**Campus Universitário - Martelos - Juiz de Fora - MG - 36036-330 - Fone
Ramais 3820 - Tele-Fax: (032)2102-3821**

OFÍCIO Nº. 84/2015-DIR

Em 03 de Junho de 2015

DA: Prof.ª. Dr.ª. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

À: Yeda Maria Antunes de Siqueira
Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da UNIFAL

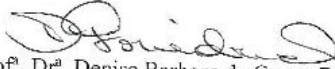
ASSUNTO: Casa de Parto. Resposta para permissão ao acesso ao prontuários ou banco de dados da extinta Casa de Parto/UFJF.

Prezada Mestranda,

Com nossas cordiais saudações, vimos pelo presente, informar a Vossa Senhoria em atenção a correspondência enviada em abril de 2015, temos a informar que a partir do mês de Junho, após transportar os prontuários e o banco de dados da extinta Casa de Parto. Teremos o prazer de permitir a Vossa Senhoria, o acesso aos documentos acima supra citados para desenvolver os trabalhos de seu projeto intitulado "O impacto do fechamento da Casa de Parto de um município mineiro".

Cordialmente, nos colocamo-nos, ao inteiro dispor para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Prof.ª. Dr.ª. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Prof.ª. Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-MG 024 833

APÊNDICE B – Roteiro para a entrevista

DATA: ___/___/___

Entrevista n°: _____

Identificação:

-Idade: _____ anos

- Estado civil: () com companheiro (a) () sem companheiro (a)

- Renda Familiar: () 1 a 3 salários () 3 a 5 salários () acima de 5 salários

- Profissão: _____

- Grau de instrução: _____

- Filhos: () sim () não Quantos? _____

- Tipos de Parto: () normal () cesáreo

- Data do parto ocorrido após o fechamento da Casa ___/___/___.

- Serviço em que ocorreu a parto: _____

- Qual foi o tipo de parto: _____

Questões norteadoras:

1 – Como foi a experiência de ter um filho na Casa de Parto?

2 – Na gravidez após o fechamento da casa, como você escolheu o lugar para ter seu filho?

3 – Como foi a assistência que você recebeu neste parto?

4 - Se a Casa de Parto ainda existisse você teria escolhido aquele serviço para ter seu filho?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntária, da pesquisa – **IMPACTO DO FECHAMENTO DA CASA DE PARTO PARA AS MULHERES FRENTE A UMA NOVA GESTAÇÃO**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação do fechamento da Casa de Parto na visão das mulheres frente a uma nova gestação.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Clícia Valim Côrtes Gradim

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700/Sala R201 Centro – Alfenas/MG

TELEFONE: (35) 3299-1376 / (35) 8811-9453

PESQUISADORA: Yeda Maria Antunes de Siqueira

ENDEREÇO: Rua Águas de Lindóia, 531 Umuarama – Passos/MG

TELEFONE: (35) 3521-5658 / (35) 8828-3040

OBJETIVOS: Compreender o significado do impacto do fechamento da Casa de Parto para as mulheres usuárias deste estabelecimento frente a uma nova gravidez. Compreender como foi a experiência de dar a luz na Casa. Perceber como foi o processo de escolha de um local para o parto na gravidez após o fechamento da Casa. Identificar como foi o atendimento ao parto. Perceber os sentimentos da mulher relativos à assistência recebida.

Compreender a percepção das ex-usuárias sobre o fechamento da Casa de Parto frente as gestações posteriores.

JUSTIFICATIVA: Justifica-se esse estudo com a finalidade de perceber o impacto deste evento nas gestações e partos, além de intensificar a necessidade de estruturação de serviços de assistência ao parto pautados nos princípios da humanização, segurança e qualidade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O método utilizado para coleta de dados desta pesquisa será uma entrevista constituída basicamente pelas questões norteadoras e pela identificação das mulheres, que abordará questões sociodemográficas como idade, estado civil, filhos, renda familiar, profissão, nível de instrução. Posteriormente a respondente será informada sobre os objetivos do estudo e a seguir será oferecido ao mesmo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após assinatura desse termo será realizada a entrevista em local protegido

e reservado, de acordo com a disponibilidade do participante. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora do estudo, atentando para a compreensão das informações pelos respondentes, como também, para o ambiente, facilitando a disponibilidade das informações. As mesmas serão gravadas por meio de um gravador, para posteriormente serem transcritas e analisadas com o intuito de identificar e constatar as principais idéias e categorizá-las. As informações fornecidas serão usadas para o desenvolvimento do projeto em questão, podendo, torná-las públicas para órgãos competentes, em eventos científicos e publicar os resultados na literatura nacional.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos para os participantes da pesquisa são mínimos. No entanto, caso a participante sinta a necessidade de algum acompanhamento psicológico devido à situações revividas durante a entrevista, assumo o compromisso de encaminhar a mesma à Equipe de Saúde da Família - ESF a qual a participante seja adscrita para que os tramites de tratamento sejam efetivados.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Aos participantes da pesquisa será garantido sigilo que assegure a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador (a) Responsável:


Clícia Valim Cortes Gradim

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento informado (a) pelo (a) pesquisador (a) – **YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA** – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Juiz de Fora, ___ / ___ / ____.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto do fechamento da casa de Parto para as mulheres frente a uma nova gestação

Pesquisador: Clícia Valim Côrtes Gradim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48021615.8.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.230.481

Apresentação do Projeto:

Este é o projeto de mestrado do PPGE Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa investigativa de cunho qualitativo e a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) será utilizada como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Este estudo tem como objetivo principal perceber o impacto do fechamento da Casa de Parto para as usuárias em suas gestações posteriores. Os participantes da pesquisa serão mulheres que deram a luz na Casa de Parto da FACENF/UFJF no período de 2005 a 2007. A coleta de dados desta pesquisa será realizada através de uma entrevista semi estruturada conforme roteiro apresentado no Apêndice B apresentado no projeto em anexo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Perceber o impacto do fechamento da Casa de Parto para as usuárias em suas gestações posteriores.

Objetivo Secundário:

Compreender a importância que as mulheres davam ao serviço prestado pela Casa de Parto.

Analisar a escolha de outros locais para a ocorrência

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.230.481

dos partos posteriores ao fechamento da Casa.

Analisar se a escolha de um serviço com as características semelhantes à casa de Parto foi cogitada.

Perceber se a escolha de um local para o parto trouxe preocupações à mulher.

Construir um modelo teórico que explique o porquê da necessidade da mulher de ter um parto humanizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para os participantes da pesquisa são mínimos. No entanto, caso a participante sinta a necessidade de algum acompanhamento psicológico devido à situações revividas durante a entrevista, assumo o compromisso de encaminhar a mesma à Equipe de Saúde da Família - ESF a qual a participante seja adscrita para que os tramites de tratamento sejam efetivados.

Benefícios:

Justifica-se esse estudo com a finalidade de perceber o impacto deste evento nas gestações e partos, além de intensificar a necessidade de estruturação de serviços de assistência ao parto pautados nos princípios da humanização, segurança e qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com referencial teórico atualizado, hipótese e objetivos pertinentes ao contexto da pesquisa. Possui metodologia de coleta e de análise de dados bem definida e condizente com os objetivos propostos. Não apresenta conflitos de interesse.

O Cronograma encontra-se incompleto nas informações básicas, mas no projeto de pesquisa está evidente que a coleta de dados será iniciada no segundo mês do segundo semestre (setembro).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Anuência das instituições: constante e adequadas

TCLE: constante e adequado

TCUD: constante e adequado

Folha de Rosto: constante e assinada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

DE Gasulli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.230.481

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	08/08/2015 20:49:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/08/2015 19:28:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA.pdf	09/08/2015 19:29:15		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoujf.pdf	04/09/2015 09:27:45	Clícia Valim Côrtes Gradim	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561422.pdf	04/09/2015 09:28:41		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 16 de Setembro de 2015

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br