

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**KAMILE KRONBAUER**

**PRÁTICAS INESPERADAS NA SALA DE PARTO**

**Porto Alegre**

**2013**

**KAMILE KRONBAUER**

**PRÁTICAS INESPERADAS NA SALA DE PARTO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para Conclusão de Curso e obtenção do Título de Enfermeira.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Mariene Jaeger Riffel

**Porto Alegre**

**2013**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por mais uma existência.

Minha eterna gratidão à minha mãe Cristiane Kronbauer e ao meu pai Antonio Carlos Kronbauer, por me darem à vida. Obrigado por todos os ensinamentos que me passaram, pelo incentivo, apoio, por me darem toda estrutura que fizeram eu ser a pessoa que sou hoje. Amo vocês acima de tudo!

Á minha irmã Karoline Kronbauer, por ser minha amiga, companheira de todos os dias e por esta comigo nesta caminhada, me ajudando a tornar-me uma pessoa melhor. Te amo!

Á minha amiga-irmã Thaise da Silva Nunes, por estar comigo em todos os momentos desde o início da faculdade, dividindo sonhos, realizações, lágrimas e felicidades! Obrigada por me confortar com as suas palavras, por ser mais que uma amiga.

Á Marie, Spot, Spyke, Simba (in memorian) e Shalu (in memorian), meus anjos de quatro patas, por me proporcionarem tantos momentos de alegria e por me ensinarem o significado do amor incondicional.

Á todos meus familiares e amigos, por estarem presentes na minha vida, e por todo incentivo que recebi para alcançar meus objetivos e por compreenderem quando estive ausente.

Agradeço imensamente à minha mestre Mariene Jaeger Riffel por toda orientação, dedicação, palavras, horas incansáveis para a realização deste trabalho e por compartilhar comigo seu conhecimento e experiências. Minha sincera admiração e respeito pela pessoa e profissional que és.

O esperado nos mantém fortes, firmes e em pé. O inesperado nos torna frágeis e propõe recomeços.

*(MACHADO DE ASSIS)*

## RESUMO

**Introdução:** A experiência do parto traz consigo a bagagem de conhecimentos de cada mulher suscitando a curiosidade de saber o quê pode ser entendido como inesperado e diferente para ela. A partir das narrativas relacionadas ao parto e nascimento, sobre práticas que as participantes consideraram inesperadas, buscou-se produzir textos possíveis de categorização e análise. **A questão que norteou** esta pesquisa foi: como as mulheres chegaram a pensar a situação relatada como uma experiência inesperada? Para respondê-la traçou-se um **objetivo geral** que foi “analisar práticas relatadas como inesperadas por usuárias em situação de parto a partir de ferramentas como verdade e poder disponibilizadas por Michel Foucault’ e **objetivos específicos**, quais sejam: “identificar práticas experienciadas por usuárias em situação de parto de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS, consideradas inesperada” e “relacionar as práticas relatadas como inesperadas com práticas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS e Ministério da Saúde do Brasil sobre o parto e nascimento. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 20 puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica - UIO do HCPA, na cidade de Porto Alegre/RS no mês de outubro de 2013, com idade superior a 18 anos. As entrevistas foram realizadas em período compreendido entre 12 e 36 horas de após parto vaginal ou cesáreo e foram encerradas utilizando-se o critério de saturação de dados. Utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pela participante ao concordar com a entrevista. Estas foram gravadas em meio eletrônico e transcritas para fins de análise. Concluídas as transcrições, as informações foram categorizadas conforme as Boas práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996). **Resultados:** Para atender ao objetivo proposto procurou-se identificar na listagem da OMS quais as que se enquadrariam às informações fornecidas pelas entrevistadas. Este exercício nos ajudou a formular algumas reflexões sobre o modo como pensamos, vivemos e nos relacionamos com outras pessoas e conosco mesmos e como aquilo que é poderia ser diferente. Permitiu um certo distanciamento daquilo que é preconizado como possibilidades de melhorar a forma de parir a partir do ordenamento indicado pela OMS. As práticas inesperadas referidas pelas participantes são tomadas como enunciações de poder e verdade e tornam-se inesperadas por serem situações diferentes ou que fogem ao seu conhecimento. Do relato de práticas consideradas inesperadas pelas participantes da pesquisa, foi possível relacioná-los com 13 práticas preconizadas pela OMS de uma listagem de 68 práticas, as quais estão distribuídas em quatro categorias. Dentre as práticas relatadas como inesperadas pelas mulheres, estão: as dores, visualização da placenta, corte do cordão umbilical realizado pelo pai, cateterização da bexiga, realização e não realização da episiotomia, uso do fórceps no parto, o parto ter sido cesáreo ou normal, o contato pele a pele, utilização de ocitocina, falta de informações sobre o parto, amniotomia precoce e a realização de toques vaginais. **Conclusão:** Estas práticas inesperadas podem instigar a produção de novas práticas de cuidado como novas pedagogias direcionadas tanto às mulheres na situação de trabalho de parto e parto com segurança, como aos prestadores de cuidado para que possam auxiliar na produção de uma população mais saudável e “autônoma”. Com este estudo pode-se produzir uma categoria de práticas que são, neste momento, denominadas "inesperadas".

Palavras chaves: **Práticas inesperadas. Acontecimento. Poder. Saber. Verdade. Humanização do parto.**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 PRÁTICAS INESPERADAS E BOAS PRÁTICAS PRECONIZADAS.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Categorização de práticas consideradas inesperadas conforme classificação da Organização Mundial da Saúde .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Práticas narradas como inesperadas .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.1 Formas de saber que disciplinam o parto: prestadores de cuidado e acompanhantes .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.2 A formação de saberes por meio do inesperado - O inesperado como um saber .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2.3 Outras práticas consideradas inesperadas .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2.4 Episiotomia: marca do parto no século XX.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2.5 Contato pele a pele: doses de segurança em forma de colo .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.6 Formação do sujeito autônomo e o corte do cordão umbilical.....</b>	<b>37</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO A - PRÁTICAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NÃO CITADAS PELAS MULHERES .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO B - Parecer COMPESQ .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO C - Primeiro parecer CEP .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO D - Segundo parecer CEP.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estágio curricular da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA instigou-me a refletir sobre situações ocorridas nas salas de parto. A experiência da gestação e do parto, evento singular na vida de cada um, traz consigo a bagagem de conhecimentos de cada mulher suscitando-me a curiosidade de saber o quê pode ser entendido como inesperado e diferente para esta mulher. Tal curiosidade repousa na reflexão de como efeitos de diferentes saberes moldam as vidas das gestantes significando práticas experienciadas no parto e nascimento de seu filho como inesperadas.

A intenção deste trabalho é trazer um conjunto de narrativas que estiveram presentes na vida de usuárias em situação de parto e nascimento e produzir, a partir de elementos não textuais, textos possíveis de categorização e análise. A intenção é, também, estabelecer um momento interativo e de escuta qualificada que coloque a voz das usuárias sobre práticas percebidas como inesperadas como práticas prazerosas e possíveis de ser realizadas às mulheres atendidas pelo Sistema único de Saúde - SUS. Ao dar ouvidos às usuárias, local onde se pode operar a igualdade e a inclusão, habitualmente representadas como o lugar da falta ou da ignorância (KLEIN, C.; DAMICO, 2012) de certa maneira e em certa medida, se dá a elas a corresponsabilidade pela produção de práticas de saúde e de educação nas situações mencionadas.

É assim, indicando formas de educar, de criar recursos e de viver a experiência do parto e nascimento de maneira peculiar, que práticas assistenciais de atendimento ao parto e nascimento poderão ser implantadas e implementadas conforme necessidades das usuárias e serviços, podendo beneficiar, também, acadêmicos e profissionais, uma vez que visa aprofundar a compreensão de como as usuárias de saúde interpretam aspectos cotidianos ocorridos em sala de parto em relação a políticas preconizadas e práticas utilizadas. As respostas das usuárias, tomadas como emersão de formas de subjetivação do parto e nascimento, podem servir, então, como pontos de reflexão sobre ações de prestadores de cuidado, ensino direcionado para outras formas de cuidar, além de gerar critérios de avaliação dos serviços onde as usuárias têm seus bebês.

Com as descrições de situações ou práticas inesperadas se buscou ativar saberes locais, descontínuos, não categorizados, nem legitimados relacionando-os aos saberes dados como verdadeiros em nossa sociedade. Tomou-se cada situação referida como inesperada como peça de

relações de poder que constitui e foi constituída por saberes, por conflitos, por exclusões, por dispersões. Buscou-se mais aquilo que se afirma do que se proíbe, tentando descrever focos de instabilidades das relações de poder e de saber que operam o inesperado.

O problema que norteou esta pesquisa é colocado na seguinte questão: como as mulheres chegaram a pensar a situação relatada como uma experiência inesperada? Na perspectiva que se propõe esta investigação está-se menos preocupada em buscar respostas para as coisas que de fato são e mais em descrever e problematizar processos por meio dos quais significados e saberes específicos são produzidos, no contexto e em determinadas redes de poder, com certas consequências para determinados indivíduos e/ou grupos (MEYER, 2012).

O presente estudo buscou a realização de um exercício que não visasse a totalidade da experiência, mas que considerasse as condições de produção de determinadas experiências como um exercício de investigação que permitisse a manifestação de vozes das usuárias na aplicação de práticas de cuidado e o conhecimento destas mulheres em relação às políticas públicas preconizadas na atualidade.

A descrição de práticas consideradas inesperadas deve ser entendida, neste trabalho, como ferramenta do poder disciplinar e possível estratégia para o encontro de alternativas ou práticas inovadoras ao cuidado com o corpo da mulher em situação de parto, podendo, também, apontar caminhos para a educação de usuárias e profissionais (FAVACHO, 2010).

Utilizam-se alguns termos como ferramenta de análise, são eles: inesperado, acontecimento, poder e verdade, humanização do parto e nascimento.

O inesperado é termo pouco usual em publicações desta natureza, no entanto foi escolhido por pretender buscar situações experienciadas pela mulher e estranhadas por ela tanto naquilo que for julgado surpreendente como indevidas ou desnecessárias e desta maneira poderá instigar mudanças.

Segundo o dicionário de língua portuguesa (2009) a palavra *inesperado* é um substantivo masculino e adjetivo que significa *não esperado; súbito, inopinado; imprevisto, repentino*. Possui como sinônimos as palavras *abrupto, acidental, brusco, emergente, extemporâneo, fortuito, impensado, imprevisto, improviso, inopinado*.

Para Deleuze (2004) o acontecimento “encarna em um estado de coisas, um indivíduo, uma pessoa”. Para o autor, um acontecimento pode ser assim “designado quando se diz: pronto, chegou a hora”. Este acontecimento só pode ser julgado como tal em função do momento

presente, “do ponto de vista daquele que o encarna” situando-o em relação a um futuro e um passado.

O acontecimento nesta perspectiva é um fato raro. Para fins deste trabalho um fato raro é o nascimento, afinal, só se nasce uma vez. No Brasil ocorrem aproximadamente 3 milhões de nascimentos anuais conforme dados do DATASUS - 2.913.160 nascidos vivos - (BRASIL, 2010), mas o nascimento de cada criança jamais se repetirá. Daí que as experiências de cada parto poderão ser ressignificadas de acordo com cada mulher de acordo com momentos históricos em que ele ocorre. No caso do parto e nascimento, as experiências estão fortemente relacionadas às políticas públicas que direcionam as práticas de atenção e, por isso, podem determinar alterações importantes nas histórias de mulheres e seus filhos.

Segundo Foucault (2005) a verdade não existe fora ou sem o poder; a verdade é produzida em cada sociedade sendo inseparável das políticas que a instituem, acolhendo discursos, fazendo-os funcionar como verdadeiros e produzindo efeitos regulamentados de poder. O poder produz efeitos positivos e é entendido, na perspectiva aqui adotada, como ações sobre ações que produzem efeitos de saber e de verdade. Assim entendido, o poder não está localizado em uma instituição ou indivíduo. Se manifesta por meio de práticas, ou discursos que se sobressaem e se impõem como verdades engendrando histórias que, encadeadas e enredadas entre si, se complementam e se justificam.

Os pensamentos verbalizados pelas respondentes serão tomados como enunciações com poder de verdade do acontecimento inesperado relacionado ao parto e nascimento e serão confrontados com as verdades das práticas preconizadas pela OMS e Ministério da Saúde sobre o parto e nascimento.

Quanto à humanização, outra ferramenta utilizada, ela é descrita como possibilidade de adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. A atenção com qualidade e humanizada depende, nesta perspectiva, da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2001).

A atenção obstétrica e neonatal segue, então, prescrições relacionadas à política de humanização cujas práticas são condicionadas à qualidade na assistência. A mulher e o recém-nascido são sujeitos de direitos que em tais descrições são compreendidos a partir de uma estrutura social e, portanto, econômica, cultural e biológica na qual vivem e que precisam ser acolhidos pelos serviços e profissionais de saúde com dignidade (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde, ao publicar o Guia para atenção ao parto normal, socializou as práticas mais comuns utilizadas naquele momento no processo do parto em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; práticas para as quais há poucas evidências para suportá-las e que devem ser utilizadas com cautela até que novas evidências esclareçam o assunto e práticas que frequentemente são utilizadas inapropriadamente. Para tal categorização foram utilizadas as melhores evidências científicas publicadas mundialmente (ROCHA; NOVAES, 2010) e são a partir destas práticas que as narrativas das mulheres entrevistadas sofreram uma primeira categorização.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar práticas relatadas como inesperadas por usuárias em situação de parto a partir de ferramentas como verdade e poder disponibilizadas por Michel Foucault.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar práticas relatadas como inesperadas por usuárias em situação de parto de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS

Relacionar as práticas relatadas como inesperadas com práticas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS e Ministério da Saúde do Brasil sobre o parto e nascimento.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa. Tal escolha se justifica pelo entendimento de que nesta perspectiva pode haver uma maior aproximação do cotidiano com as experiências dos indivíduos nela envolvidas (MINAYO, 1993). A pesquisa qualitativa permite descrever o caráter multidimensional dos eventos produzindo diferentes significados, subjetivando indivíduos em seus contingenciamentos históricos. Além disso, tal abordagem permite a utilização de instrumentos de análise que instigam ao rigor e a liberdade de pensamento tomando-se como referenciais alguns escritos de Michel Foucault.

Para a realização da coleta de dados foi de extrema importância a cooperação das enfermeiras do Centro Obstétrico e da Unidade de Internação Obstétrica, em especial da enfermeira Ana Carla do Santos Fischer Pruss. As enfermeiras por terem maior contato com as puérperas, realizam uma escuta qualificada sobre o que essas mulheres pensaram de seus partos, puderam, com isso, nos direcionar para àquelas que haviam verbalizado alguma prática como inesperada.

As práticas inesperadas foram identificadas a partir dos relatos de 20 puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica - UIO do HCPA, na cidade de Porto Alegre/RS no mês de outubro de 2013. Estas mulheres, com idade superior a 18 anos, foram entrevistadas em período compreendido entre 12 e 36 horas de após parto vaginal ou cesáreo. Considerou-se este momento mais adequado para a coleta destes dados, pois, neste período, seus pensamentos relacionados ao parto estão bastante vívidos, o que facilita a lembrança e a expressão de situações consideradas inesperadas de acordo com a questão norteadora.

O local previsto para a realização das entrevistas seria, a princípio, a sala 1132 deste hospital. No entanto, já a partir da primeira entrevista viu-se que o melhor lugar para realização da pergunta norteadora seria o mesmo local que a puérpera se encontrava ao ser convidada para participar do estudo. Neste momento ela era informada de que se tratava de um projeto de pesquisa, dos objetivos e dos riscos e benefícios de sua participação. Foram informadas, também, do seu direito de recusa em participar da pesquisa ou, uma vez respondida a questão norteadora, da possibilidade de retirar as informações prestadas antes de sua publicação. Para tanto foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) que foi assinado em

concordância da participante, ficando uma das vias, com informações sobre a pesquisa e forma de contato com as pesquisadoras, em seu poder.

As respostas das participantes foram identificadas pela letra “E”, referindo-se às entrevistadas, seguida de um número em ordem sequencial, conforme realização das entrevistas, a fim de preservar o anonimato das respondentes.

As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico e, transcritas à medida de suas realizações a fim de extrair excertos passíveis de análise. O critério utilizado para encerrar-se a realização de entrevistas foi o de saturação de dados, que pode ser definido quando se percebeu que os depoimentos começaram a, de certa forma, repetir-se (GUERRA, 2008). Neste momento, interrompe-se a coleta de dados, pois se constata que não há mais elementos novos para subsidiar a análise. Ao interromper-se a coleta fecha-se a amostra significando que está definido o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados (FONTANELLA, 2011, p. 389).

A escolha de mulheres para responder a questão norteadora direcionou-se àquelas que tivessem condições físicas e emocionais no momento; cujos recém-nascidos estivessem em Alojamento Conjunto e não fossem portadores de mal formação.

Concluídas as transcrições, as informações foram cuidadosamente lidas para que as falas pudessem ser isolada em “unidades com que nos relacionamos” (FOUCAULT, 2001) e categorizadas conforme o que OMS e Ministério da Saúde consideram “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”.

A análise dos dados foi inspirada no referencial metodológico dos Estudos Culturais, campo do saber que segundo Costa, Silveira e Sommer (2003) é caracterizado pela ampla possibilidade de abordagens, problematizações e reflexões situadas na confluência de vários campos já estabelecidos. Buscou-se, também, publicações voltadas à perspectiva pós-estruturalista que permitissem desenvolver noções de inesperado, de acontecimento, de poder e de verdade inspiradas em Michel Foucault (2010) além das que apresentam e discutem práticas a partir de evidências que dão suporte ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000).

O compromisso ético quanto às normas de autoria foi seguido conforme a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 1998) quando afirma que os direitos do autor devem ser sempre considerados e preservados; para isto as autorias foram indicadas conforme regras da ABNT.

O projeto tramitou pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem - COMPESQ - sendo avaliado e aprovado no dia 17 de julho de 2013. Após tal tramitação foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP - do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS sendo aprovado em primeira instância no dia 18 de outubro de 2013 por meio do parecer consubstanciado de número 428333 e com aprovação final no dia 10 de dezembro de 2013.

Considera-se um compromisso ético para com a instituição em que os dados foram coletados, a apresentação deste relatório final de pesquisa. Entende-se que situações referidas como prazerosas, felizes, inesperadas, devam ser compartilhadas para que a instituição possa conhecer como as práticas nela desenvolvidas são significativas.

## **4 PRÁTICAS INESPERADAS E BOAS PRÁTICAS PRECONIZADAS**

Em 1985, a OMS e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizam, em conjunto com o Ministério da Saúde do Brasil, na cidade brasileira de Fortaleza uma conferência internacional cujo objetivo foi discutir práticas de atenção ao parto e nascimento que produzissem impacto na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal nos cinco continentes. Desta reunião foram categorizadas as “boas práticas de atenção ao parto e nascimento” em quatro categorias. Assim, na Categoria A foram definidas quais as Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; na Categoria B, as Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; na Categoria C, as Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão e, por fim a Categoria D, onde se encontram listadas as Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Cada uma destas categorizações possui uma série de recomendações baseadas naquilo que o Ministério da Saúde denomina de “as melhores evidências científicas para a atenção obstétrica” (BRASIL, 2001). Em 1996 tais práticas foram modificadas por novas evidências de acordo com sua “utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais” (p. 186). Portanto, estas práticas deveriam, conforme a OMS e Ministério da Saúde orientar o que deve e o que não deve ser realizado durante o parto e o nascimento.

### **4.1 Categorização de práticas consideradas inesperadas conforme classificação da Organização Mundial da Saúde**

Para atender ao objetivo proposto de relacionar as práticas relatadas como inesperadas com as práticas preconizadas sobre o parto e nascimento procurou-se identificar na listagem da OMS quais as que se enquadrariam às informações fornecidas pelas entrevistadas na pesquisa em questão. Este exercício nos ajuda a questionar “o modo como pensamos, vivemos e nos relacionamos com outras pessoas e conosco mesmos no intuito de mostrar como aquilo que é poderia ser diferente” (OKSALA, 2011, p. 16). Permite-nos um certo distanciamento daquilo que é preconizado como possibilidades de melhorar a forma de parir a partir do ordenamento de 68 práticas listadas pela OMS, há 17 anos, a partir das melhores evidências científicas disponíveis.

Do relato de práticas consideradas inesperadas pelas participantes da pesquisa, foi possível relacioná-los com seis de uma listagem de 27 "Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas" pertencentes à Categoria A, da classificação de práticas citada anteriormente.

Nenhuma das mulheres relatou nas entrevistas como inesperado alguma prática que pudesse ser relacionada com a lista de 21 "Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas", pertencentes à Categoria B.

Foi possível relacionar as práticas consideradas inesperadas pela mulheres com uma das seis "Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão" da lista constante na Categoria C.

Com os relatos das participantes sobre práticas consideradas inesperadas, foi possível relacionar seis práticas de uma listagem de 14 "Práticas frequentemente usadas de modo inadequado" referentes à Categoria D.

Abaixo segue a relação entre as práticas relatadas como inesperadas pelas mulheres com as práticas preconizadas pela OMS.

## **CATEGORIA A: PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS**

### **A1 Condições estéreis ao cortar o cordão**

Foi o pai do bebê quem cortou o cordão umbilical. Foi uma coisa bem inesperada, não imaginava nem que pudesse ou que deixassem (E5).
--

### **A2 Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto**

O médico mostrou prá ele quando a cabecinha do bebê já estava saindo, e isso antes não tinha né? O pai ficava lá atrás. Ele participou bastante ... (E5).
---

...eles até disseram: e a foto? Daí ele encenou como se tivesse cortado de novo prá bater a foto. Foi bem legal! (E5).
--

Eu imaginava que a dor prá ele nascer seria uma dor terrível, mas foi super tranquilo. Todo mundo ficou me acalmando! (E2).
---

Eu estava bem nervosa na hora da cesárea. É meu primeiro filho e foi uma experiência bem legal. Foi muito rápido e não senti nada de dor (E7).
--

As dores foram inesperadas. Por ser meu primeiro filho eu achei que poderia ter recebido uma anestesia prá ajudar a aliviar dor. Eu tinha muita dor na coluna. Eu pedi! Eles podiam ter liberado a anestesia para ajudar (E8).
--

### A3 Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno

...ele pode ficar comigo logo após o nascimento (E1).
Logo que ela nasceu foi colocada no meu colo. Ficou bastante tempo no meu colo: eu não esperava! (E9).
Achei inesperado a hora que ela saiu e foi direto para o meu colo (E16).

### A4 Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem

Eu imaginava que a gravidez seria uma maravilha, que eu não ia ter susto, que no parto eu não ia sentir dor, e eu senti muita dor (E16).
Eu senti muita dor, foi diferente do meu outro parto que me deram analgesia e eu não senti nada (E19).
Eu achei que não teria tanta dor como tive no momento do parto, pois ganhei meu outro filho de cesárea então não senti nada de dor e nesse eu sofri muito (E11).
As dores para mim foram inesperadas, eu pensava que ia doer menos, mas doeu bastante (E4).
O que foi diferente ou inesperado para mim neste parto foi eu ganhar de parto normal (E1).
É o meu primeiro filho: eu não sabia como ia ser. Foi super rápido. Ganhei ele em menos de 10 minutos (E2).
Achei muito interessante me oferecerem para ver a placenta. Eu não sabia que era oferecido para ver (E3).
Outra coisa que eu achei diferente foi que eu ganhei ele rápido... (E1)
Foi melhor do que eu esperava, do que eu imaginava. E a recuperação foi melhor também. Eu achava que seria pior, mais demorado, e foi ao contrário, foi melhor do que me disseram. Eu me surpreendi! (E14).
Eu não esperava que a anestesia fosse local. Achei que fosse receber anestesia geral, pois quando fiz a cirurgia do mioma foi anestesia geral (E12).
Eu esperava mais prematurinho, pois a minha médica errou na conta das semanas. Ela falou que eu tava com 33 semanas e na verdade eu tava com 35. Ele nasceu de 35 semanas com 2,405kg e 43 cm (E12).

### A5 Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento

Foi muito bom prá gente que carrega nove meses. Aí depois, ter aquele momento de colocarem o bebê em cima de você e tu poder dar aquele carinho. Foi um momento maravilhoso! (E9).
--

### A6 Prevenção da hipotermia do bebê

Não esperava que ele fosse ficar bastante tempo comigo, deitadinho no meu colo até eu ir para a sala de recuperação e ele ir para o banho. Não esperava que fosse desse jeito! Achei que ele era
--

só mostrado e levado embora (E3).

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

**C1 Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto**

Eu pensava que estourava sozinha! Não sabia que eles iam estourar a minha! (E4).

**CATEGORIA D: PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO**

**D1 Controle da dor por agentes sistêmicos**

O inesperado foi não receber a anestesia raquidiana. Eu pedi, mas eles não me deram. Minha dor estava insuportável. Eu estava fraca de tanta dor. Não esperava não receber a injeção, me deram só o Buscopam com a Dipirona e para mim não adiantou nada, eu continuei com a dor. Vai ver que não quiseram me dar porque já era o meu sexto filho! Se eu tomasse a injeção eu acho que não ia sofrer tanto (E17).

Eu não imaginava que por ser SUS iam me dar a anestesia. Eu pensava que iam deixar eu ter os 10 dedos de dilatação ou que era dada só em casos de extremos. Eu pedi e na hora elas me deram! (E5)

**D2 Cateterização da bexiga**

Todo mundo me falava que a sonda era ruim e que a anestesia doía. Para mim foi ao contrário! (E14).

**D3 Correção da dinâmica com utilização de ocitocina**

Eu esperava tomar uma anestesia ou **soro** (E8 - grifo meu).

**D4 Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço**

Doeu bastante também quando a médica fez o toque e quando estouraram a bolsa (E4).

**D5 Parto operatório**

Eu estava esperando parto normal, mas não deu: acabou sendo a cesárea. (E4). Apesar da dor eu queria o parto normal porque seria melhor para mim, para minha recuperação e para o bebê também (E4).

Eu não pensava em fazer cesárea. Eu pensava em fazer parto normal (E6).

De repente saiu a cesárea porque ele estava muito prá cima e ia ser arriscado (E6).

Eu queria parto normal, a recuperação é bem melhor, mas ficando os dois com saúde está bom

(E6).
Eu vim com a ideia de que seria parto normal e a cesárea acabou acontecendo de última hora. Foi ótimo, adorei bastante, porque se não eu ia sofrer muito no parto normal (E7).
Eu vim pensando que seria parto normal, mas de última hora como eu não tinha mais que quatro dedos de dilatação, eu fiz cesárea. Eles tentaram induzir, estouraram minha bolsa, daí eles decidiram fazer a cesárea, também porque ela era muito grande (E10).
Eu vim preparada para parto normal e de repente foi cesárea por causa da pré eclâmpsia (E13).
Eu estava preparada para um parto normal e nos últimos momentos tive que fazer cesárea, pois a minha bebê fez cocô na barriga (E18).
Para mim o inesperado foi ter parto cesáreo. Sempre achei que teria parto normal como a minha mãe, mas não tive dilatação suficiente (E20)
Como ele é um bebê grande, teve que ser puxado pelo ferro. Daí até deslocou o ombrinho dele. Eu não esperava que pudesse acontecer dele ser puxado com o ferro. Eu sabia que tinha bebês que precisavam, mas não é uma coisa que eu pensava (E5).
O inesperado para mim foi quando retiraram meu bebê com o fórceps. Não sabia que poderia fazer parto assim. Nem sabia que existia, nunca ouvi falar, nunca ninguém me falou nada que poderia acontecer isso. Foi uma novidade na hora que eles pegaram o ferro, foi uma surpresa (E15).

#### D6 Uso liberal e rotineiro de episiotomia

Eu esperava ser cortada com seis ou sete dedos, mas no fim acabei não sendo cortada (E8).
Hoje em dia todo mundo é cortado, em qualquer lugar. Para mim foi inesperado e bom (E8).
Eu esperava ser cortada novamente, que nem no meu outro parto, pois a barriga nesse estava bem maior. Eu nem precisei levar ponto (E19).
A gente no desespero da dor quer que seja cortada para que termine de uma vez. Eu nunca imaginei que no primeiro bebê já ia chegar aos dez dedos de dilatação (E8).
E também teve o corte. Não imaginava que fosse um corte enorme assim: achava que era uma picadinha. Eu sabia que existia, pois minha mãe já tinha me falado e a médica no pré natal também disse que eu poderia ter o corte para ajudar, mas eu imaginava que com os dez dedos de dilatação não precisaria ter (E15).
O resto eu sabia que poderia acontecer, mas não esperava que fosse acontecer comigo, como em relação ao corte. Eu não esperava que iam me cortar (E16).

#### 4.2 Práticas narradas como inesperadas

A partir da classificação inicial de todas as informações coletadas, apresentadas no item 4.1 foi possível a reflexão sobre como as mulheres questionadas chegaram a pensar tais práticas como inesperadas em relação à algumas ferramentas descritas por Michel Foucault, como: poder, saber e verdade.

#### 4.2.1 Formas de saber que disciplinam o parto: prestadores de cuidado e acompanhantes

O "prestador de serviços", descrito aqui como prestador de cuidado, refere-se ao profissional de saúde conforme o manual para promoção da maternidade segura publicado pela OMS no Brasil em 1996. Para prestar uma assistência qualificada à mãe e ao RN o prestador de cuidados deve ter conhecimento e habilidades obstétricas, além de paciência e empatia para dar apoio à parturiente e à sua família. Ainda conforme o manual, este profissional deve ter condições de executar intervenções básicas essenciais após avaliar os fatores de risco e o início de complicações e prestar cuidados à mãe e ao RN após o seu nascimento (OMS, 1996).

Em relação aos prestadores de cuidados, ou às práticas inesperadas que eles representam, houve dois relatos que chamaram a atenção. Neles estão implicados, também, os acompanhantes das usuárias:

O médico mostrou prá ele quando a cabecinha do bebê já estava saindo, e isso antes não tinha né? O pai ficava lá atrás. Ele participou bastante [...] eles até disseram: e a foto? Daí ele encenou como se tivesse cortado de novo prá bater a foto. Foi bem legal! (E5).

Tais relatos apontam permissões para a presença do acompanhante e para o registro fotográfico em sala de parto, ambas bastante problemáticas na maioria das instituições que atendem mulheres em situação de parto e nascimento. Os relatos evidenciam um alinhamento de práticas ao que a OMS chamou de "Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto". Mostra a importância dada às políticas públicas enquanto disciplinadoras de um fazer viver direcionado à produção de indivíduos saudáveis desde o nascimento. Para isso é considerada a relação de confiança da mulher no prestador de cuidado envolvido no seu parto que é, também, uma relação de poder do prestador para àqueles a quem os serviços são prestados. No ato de "mostrar" ao pai o filho que está prestes a nascer mostra seu conhecimento quanto à proximidade do nascimento e justifica a importância de sua presença na cena do parto, particularizando o momento para os que recebem a atenção.

A forma como a prática inesperada é expressa mostra o caráter difuso e anônimo do poder que disciplina o olhar do pai para a saída do filho à luz uma vez que é expresso por "eles". No caso "eles", os prestadores de cuidado são, também, a instituição por "eles" representada. "Eles" permitem que o corte do cordão seja registrado fotograficamente e isto mostrará que este pai

esteve lá, numa instituição que atua de maneira a criar vínculos familiares e, também auxiliar o indivíduo desde o nascimento, a crescer afetivamente seguro e tão “autônomo” quanto possível, representado aqui, pelo corte do cordão umbilical.

As ações descritas ao mesmo tempo em que são permitidas são também observadas. A repetição destas ações, tantas vezes ocorridas nas salas de parto, permite que possam ser avaliadas no detalhe, medindo as possibilidades de ampliação do leque de conhecimentos que podem ser compartilhados para a produção de indivíduos mais participativos e, também mais autônomos. É um poder que incide no corpo da mulher: ela percebe que o pai pode ir além do que permanecer ao lado; pode ver o filho nascendo. Recai sobre o corpo do pai que se inclina e vê seu filho nascer. Incide sobre o corpo da criança que tem seu cordão umbilical seccionado pelo pai. É um poder que Michel Foucault (2001) chama de micropoder: atua em rede e se encontra espalhado em toda a sociedade; é um poder nunca escondido, mas geralmente pouco visível. Evidencia-se aqui por meio da voz das mulheres que consideraram estas experiências de parto não só inesperadas: desejáveis. Assim constituídas, como objetos de desejo, as práticas podem, aos serem repetidas e acordadas como desejadas, tornarem-se verdades instituídas na sociedade e, e como tais, serão seguidas. Tornam-se práticas que circulam nas tramas de poder e de saber criando táticas para organizar os eventos em torno da vida e do nascimento: produzem-se como poderes e saberes.

O prestador de cuidados à usuária em situação de parto e nascimento pode, segundo Foucault (2001) ser considerado integrante de um “regime político, econômico ou institucional de produção de verdade” (p. 11); alguém por quem perpassa um conjunto de saberes sobre os quais se estruturam processos de disciplinamento e vigilância, e que guardam uma íntima relação com o exercício do poder. O prestador de cuidado exerce, então, o poder em forma de prática que visa educar e governar mulheres quanto ao modo de agir durante os processos que envolvem seu parto; é um especialista, definido pelos conhecimentos de que dispõe para tomar as melhores decisões no que concerne a manutenção da vida da mãe e da criança com qualidade no que se refere ao parto normal (OMS, 1996).

Os manuais publicados por instituições governamentais listam e ordenam maneiras consideradas mais adequadas tanto para profissionais quanto para os indivíduos que estão envolvidos no mesmo processo: para uns indicam a forma de melhor educar, para outros a melhor forma de serem educados e assim produzirem formas possíveis de assistir ao parto ampliando

possibilidades de manter, contabilizar, educar e tornar a vida saudável, prazerosa, mais calma e menos dolorosa.

Outros relatos entram em cena. Práticas inesperadas relacionadas ao que o Ministério da Saúde e a OMS classificaram como direito ao “fornecimento de conhecimento sobre todas as informações que desejar”. Práticas que para as mulheres se relacionam à falta de experiência e à ansiedade ou nervosismo. Elas dizem:

Eu imaginava que a dor prá ele nascer seria uma dor terrível, mas foi super tranquilo. Todo mundo ficou me acalmando! (E2).

Eu estava bem nervosa na hora da cesárea. É meu primeiro filho e foi uma experiência bem legal. Foi muito rápido e não senti nada de dor (E7).

Aí se evidencia o forte componente cultural que relaciona o parto à dor. O inesperado no caso foi que “todo mundo ficou me acalmando”. Os prestadores de cuidado puderam acalmá-la, pois “sabiam” que a dor percebida era esperada e adequada àquele momento. Também de forma inesperada puderam acalmar os nervos e fazer da cesariana uma experiência “bem legal” e sem “nada de dor”. Pode-se perceber nestas narrativas que os prestadores de cuidado têm o encargo de dizer o que é verdadeiro e, a partir do que falam, tem o poder de tranquilizar as usuárias uma vez que dizem o que é considerado a verdade sobre o que acontece e, portanto, produzem ou mantêm aquilo que Foucault (2001) chamou de regime de verdade, ou seja, aquilo que é produzido e acolhido em cada sociedade como verdadeiro por meio daqueles que falam.

As práticas relatadas como inesperadas, por serem consideradas benéficas, pois diminuem as dores no parto e acalmam o nervosismo das mulheres que se depararam a uma cirurgia não esperada, são potentes para produzir verdades: dão validade ao discurso científico e às instituições que o produzem (FOUCAULT, 2001) na forma das inúmeras práticas criadas para o alívio da dor corporal e emocional.

#### **4.2.2 A formação de saberes por meio do inesperado - O inesperado como um saber**

Para Foucault (2008) ao estudarmos alguma prática podemos retroceder no tempo e buscar descobrir no passado o momento em que surgiram e que condições determinaram aquele surgimento. No caso das práticas relacionadas ao parto e nascimento certamente precisaríamos ir em busca de vários passados, pois são muitas as práticas envolvidas neste processo e cada uma

delas se desdobrariam em encadeamentos, hierarquias de importância, redes de determinações e ideologias diversas mesmo que a ordem a que estão ligadas seja “uma única e mesma ciência” (p. 5). À medida que tais práticas se modificam como o que ocorre ao identificarem-se determinadas narrativas como práticas inesperadas constata-se, também, que são descrições historicamente datadas que surgem “necessariamente pela atualidade do saber, se multiplicam com suas transformações e não deixam, por sua vez, de romper com elas próprias” (p. 6).

Daí que as atualizações das políticas governamentais puderam, ao atualizarem-se, principalmente durante as últimas cinco décadas do século XX até o momento, produziram no Ministério da Saúde brasileiro normas que ordenam práticas que permitam a toda mulher uma gravidez saudável e um parto seguro. Para isso deve receber informações baseadas em evidências científicas e boas práticas. Tais informações devem estar disponíveis e serem fornecidas desde o início da gestação. Durante o pré-natal devem ser investigadas suas dúvidas sobre a gestação, o parto e o puerpério. “Todas” as suas queixas, reclamações e dúvidas devem ser ouvidas e esclarecidas (BRASIL, 2005). Esta minúcia indicada aos prestadores de cuidado para esclarecer as usuárias parece faltar tanto para usuárias que tem seu primeiro filho quanto para multíparas, fazendo com que um parto vaginal possa ser considerado inesperado para elas. O estranhamento de mulheres quanto ao parto e sua fisiologia foram expressos assim:

O que foi diferente ou inesperado para mim neste parto foi eu ganhar de parto normal [...] outra coisa que eu achei diferente foi que eu ganhei ele rápido (E1).

É o meu primeiro filho: eu não sabia como ia ser. Foi super rápido. Ganhei ele em menos de 10 minutos (E2).

Foi melhor do que eu esperava, do que eu imaginava. E a recuperação foi melhor também. Eu achava que seria pior, mais demorado, e foi ao contrário, foi melhor do que me disseram. Eu me surpreendi! (E14).

Pensar no parto como situação demorada ou difícil de ser enfrentada não foi determinante para que as mulheres entrevistadas tivessem pensado na cesárea em detrimento do parto vaginal. Elas afirmavam “saber” que o parto normal seria o melhor para elas.

Apesar da dor eu queria o parto normal porque seria melhor para mim, para minha recuperação e para o bebê também (E4).

Mesmo que algumas relatassem “saber” que o parto normal seria o melhor para elas a questão da dor não foi esquecida.

Praticamente todas as mulheres sentem dor durante o processo de parto, mas a maneira como cada mulher sente e responde à dor é distinta (BRASIL, 2001). Melzack e Wall (1991) afirmam que a quantidade e a qualidade da dor, que são determinadas pelas experiências prévias e da forma como nos lembramos delas, são influenciadas pela "capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências" (p. 159). Portanto, a dor está relacionada com fatores emocionais e culturais individuais tais como o humor, experiências anteriores, crenças, atitudes e conhecimento. E, no contexto cultural, a dor refere-se a todas as práticas a que o indivíduo experienciou atravessadas pelos significados à ela atribuídos. Por isso, pode-se dizer que as experiências dolorosas e os limiares de dor no parto diferem entre as mulheres fazendo com que o que parece ser insuportável para uma seja tolerável para outra.

Eu imaginava que a gravidez seria uma maravilha, que eu não ia ter susto, que no parto eu não ia sentir dor, e eu senti muita dor (E16).

Eu senti muita dor, foi diferente do meu outro parto que me deram analgesia e eu não senti nada (E19).

Eu achei que não teria tanta dor como tive no momento do parto, pois ganhei meu outro filho de cesárea então não senti nada de dor e nesse eu sofri muito (E11).

As dores para mim foram inesperadas, eu pensava que ia doer menos, mas doeu bastante (E4).

O uso de agentes sistêmicos fornece alívio razoável da dor, mas a custo de efeitos colaterais maternos indesejados como: hipotensão ortostática, náusea, vômitos e tonturas. A utilização de fármacos sistêmicos exige cautela, pois todas as drogas atravessam a placenta, e todas (exceção do óxido nitroso) causam depressão respiratória neonatal, anormalidades de comportamento, dificultando a interação entre mãe e filho no período puerperal, além de comprometerem o início precoce da amamentação (OMS, 1996).

E um dos acontecimentos inesperados foi a disponibilidade de analgesia durante o trabalho de parto em instituição ligada ao SUS. As entrevistadas esclareceram:

Eu não imaginava que por ser SUS iam me dar a anestesia. Eu pensava que iam deixar eu ter os 10 dedos de dilatação ou que era dada só em casos de extremos. Eu pedi e na hora elas me deram! (E5)

A analgesia de parto em obstetrícia foi proporcionada no âmbito do SUS em 2000 pela Portaria nº 572 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), publicada como “nova sistemática de pagamento à assistência ao parto”, instituindo a Analgesia Obstétrica realizada por anestesista.

A inclusão da anestesia obstétrica no SUS retirou o desconforto das contrações durante o trabalho de parto mas, há 13 anos de sua publicação os serviços tem dificuldade em oferecer e a população em saber que estaria disponível conforme suas necessidades. Daí surgirem como inesperadas a negação da analgesia conforme segue:

O inesperado foi não receber a anestesia raquidiana. Eu pedi, mas eles não me deram. Minha dor estava insuportável. Eu estava fraca de tanta dor. Não esperava não receber a injeção, me deram só o Buscopam com a Dipirona e para mim não adiantou nada, eu continuei com a dor. Vai ver que não quiseram me dar porque já era o meu sexto filho! Se eu tomasse a injeção eu acho que não ia sofrer tanto (E17).

Para que o saber de especialistas possa chegar às mulheres em trabalho de parto conforme suas necessidades o Ministério da Saúde preconiza que os prestadores de cuidado estejam atentos para as queixas maternas quando estas se referem às sensações dolorosas. Alertam para que considerem o caráter individual e subjetivo da dor e, portanto, para a autoridade da mulher sobre sua dor sendo este o parâmetro mais importante para a indicação da analgesia. Alertam ainda que, quando intensa e prolongada, a dor promove alterações nocivas para a mãe e para o feto (BRASIL, 2001).

Conforme o UNICEF (2011) é direito da mulher receber medicação ou anestesia. Em publicação desta importante instituição que, a partir de seus programas financia, promove e compila estudos preconizando normas para uso internacional “Se a dor for muito intensa, a gestante tem direito a medicação ou anestesia” (p. 46). No entanto, coloca como única pessoa a decidir se a mesma poderá recebê-la, o médico. “Somente os médicos conhecem as indicações da analgesia (eliminação da dor) do parto” (p. 46), colocando a mulher, desta maneira, como alguém que não sabe que analgesia “elimina a dor” do parto, e não como usuária que, eventualmente, desconhece os tipos de anestesia que podem ser utilizados.

Eu não esperava que a anestesia fosse local. Achei que fosse receber anestesia geral, pois quando fiz a cirurgia do mioma foi anestesia geral (E12).

Talvez o mais importante nas falas das entrevistadas (E17 e E5) é perceber que a escuta e tratamento da dor destas mulheres foram consideradas de forma diferente pelos profissionais. Não se quer com isto dizer que uma escuta foi mais qualificada que outra ou que o tratamento de uma foi melhor do que da outra, mas que parece existir diferenças na comunicação tanto para a população estudada quanto nas que são descritas nos manuais do Ministério da Saúde e do UNICEF, salientando que estes manuais têm o poder de produzir verdades e disseminar saberes relacionados à atenção de mulheres em escala muito maior do que as da população deste estudo.

A comunicação faz parte daquilo que é preconizado como a necessidade de se estabelecer uma relação de confiança com a equipe de saúde para que as decisões sejam tomadas em conjunto. A partir das relações de confiança, que podemos pensar como relações de poder, compartilham-se não apenas decisões, mas a responsabilidade sobre os efeitos que tais decisões possam ter sobre a saúde de mães e bebês. Colocar a decisão da mulher sobre sua saúde e de seu bebê precisaria ser entendido como a possibilidade de dar-lhe opções sobre o modo como quer ser atendida e isto implica em questões éticas. Esta possibilidade em decidir é descrita como capacidade de "ser protagonista na sua gestação e parto" e, principalmente, de ter autonomia sobre as decisões de todo procedimento que venha a ser realizado (BRASIL, 2005).

A autonomia numa sociedade neoliberal como a que vivemos é um termo bastante utilizado e se relaciona à possibilidade do indivíduo em tomar decisões sobre sua vida a partir das oportunidades de escolha que lhes são oferecidas. Assim, na atualidade, "autonomia" está próxima da autorresponsabilidade e instiga as mulheres a aspirarem a autorrealização, levando suas vidas e seus partos como uma espécie de empresárias de si (ROSE, 2001).

Tendo sido "preparadas" para um parto normal, algumas entrevistadas manifestaram a realização da cesariana uma prática inesperada. Elas disseram:

Eu vim preparada para parto normal e de repente foi cesárea por causa da pré eclâmpsia (E13).

Eu estava preparada para um parto normal e nos últimos momentos tive que fazer cesárea, pois a minha bebê fez cocô na barriga (E18).

Para mim o inesperado foi ter parto cesáreo. Sempre achei que teria parto normal como a minha mãe, mas não tive dilatação suficiente (E20).

No entanto, percebe-se que sabiam o motivo pelo qual a cesárea foi realizada, indicando que foram comunicadas dos riscos de serem mantidas em trabalho de parto e as situações que as desviaram de suas expectativas quais sejam: pré eclâmpsia, líquido meconial e falta de progressão da dilatação. Dessa forma, ao mesmo tempo em que parece estarem governando a forma de seus filhos nascerem, experimentam a necessidade de mudarem determinadas expectativas a partir do que é preconizado como seguro e humanizado.

A humanização, como sinalizado anteriormente, é um dos aspectos mais discutidos na última década. Com a publicação da Política Nacional de Humanização, vários movimentos foram realizados para mudança na forma de atendimento nos serviços de saúde no Brasil. Essa política implica em uma participação dos sujeitos na produção de saúde, sejam eles usuários, profissionais ou gestores. Tal política parte de uma perspectiva individual, com vistas a atingir o coletivo por meio de ações que valorizam a subjetividade humana, apontando como princípios o controle social, a garantia da autonomia dos sujeitos nos atendimentos e serviços de saúde, a coparticipação dos atores envolvidos no processo saúde/doença e o trabalho em equipe multiprofissional com o intuito de qualificar o cuidado, buscando o protagonismo dos usuários nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004).

Eu estava esperando parto normal, mas não deu: acabou sendo a cesárea. (E4).

Eu queria parto normal, a recuperação é bem melhor, mas ficando os dois com saúde está bom (E6).

Eu vim com a ideia de que seria parto normal e a cesárea acabou acontecendo de última hora. Foi ótimo, adorei bastante, porque se não eu ia sofrer muito no parto normal (E7).

A Organização Mundial da Saúde (1996) considera ideal a taxa de cesárea em torno de 15%. No Brasil vem ocorrendo o que é denominado de “banalização do procedimento”, isto porque é realizada, muitas vezes, sem uma indicação médica precisa o que aumenta o índice de bebês prematuros, que nascem antes da completa maturidade fetal. Quase a metade dos partos brasileiros são cesarianas. A opção pela cesariana deveria ocorrer somente quando houvessem riscos não superáveis pelo parto vaginal, pois em comparação a este tipo de parto, a cesariana associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal (UNICEF, 2011).

O maior risco está nas "cesáreas eletivas", no agendamento da cirurgia para o nascimento do bebê. Está prática, para muitos prestadores de cuidado como Francisco e Zugaib (2013) são

compactuadas pelas preconizadas pela OMS e deve ser abolida, pois nesses casos, a gestante não chega a entrar em trabalho de parto, havendo, portanto, grande probabilidade de a criança ter problemas de saúde, já que o feto não está totalmente pronto.

Algumas vezes a cesariana de prematuros surpreende mulheres cesariadas de forma a produzirem o erro de diagnóstico: situação que envolve profissionais, instituições e usuárias. Vemos na narrativa de uma das entrevistadas sua preocupação e alívio em relação ao desfecho final:

Eu esperava mais prematurinho, pois a minha médica errou na conta das semanas. Ela falou que eu tava com 33 semanas e na verdade eu tava com 35. Ele nasceu de 35 semanas com 2,405kg e 43 cm (E12).

A cesárea é recomendada apenas nos seguintes casos: quando há risco de vida para a mãe e/ou bebê; a mãe tem hipertensão grave; a gestante é soropositiva para o vírus da AIDS; quando é desproporcional o tamanho da cabeça do bebê com a passagem da mãe; quando o cordão umbilical sai antes do bebê; a placenta descola antes do nascimento do bebê; a localização da placenta impede a saída do bebê; o bebê está sentado ou atravessado; em parto de gêmeos quando um dos bebês está sentado (UNICEF, 2011).

As gestantes, de acordo com os principais órgãos governamentais deveriam, para sua segurança e a da população em geral, reivindicar seu direito ao parto normal; este precisaria ser estimulado por meio de uma assistência humanizada segura e de qualidade; a gestante deveria ser informada sobre as razões que a impedem de optar pelo parto normal caso a cirurgia for realmente necessária (UNICEF, 2011).

#### **4.2.3 Outras práticas consideradas inesperadas**

A falta de conhecimento da mulher deixa-a mais exposta a situações que colocam em risco sua segurança em relação às práticas utilizadas no parto e nascimento. As práticas utilizadas nesta ocasião são preconizadas com o intuito de beneficiar a mãe e o bebê e não visar apenas o que poderia ser mais prático e cômodo para equipe de prestadores de cuidado.

Assim, outras práticas emergiram como inesperadas para as entrevistadas: ora invasivas, ora estranhas, ora desnecessárias ou repetitivas como, por exemplo, a utilização do fórceps.

O inesperado para mim foi quando retiraram meu bebê com o fórceps. Não sabia que poderia fazer parto assim. Nem sabia que existia, nunca ouvi falar, nunca ninguém me falou nada que poderia acontecer isso. Foi uma novidade na hora que eles pegaram o ferro, foi uma surpresa (E15).

Como ele é um bebê grande, teve que ser puxado pelo ferro. Daí até deslocou o ombrinho dele. Eu não esperava que pudesse acontecer dele ser puxado com o ferro. Eu sabia que tinha bebês que precisavam, mas não é uma coisa que eu pensava (E5).

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, sendo um "divisor de águas" entre obstetrícia antiga e moderna. Em meados do séc. XIX consolidou-se definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso. A arte obstétrica priorizava a vida da mulher ao menor sinal de perigo, utilizando uma nova técnica, o fórceps, para alcançar este objetivo. A partir de então, o parto começou a ser caracterizado como um evento médico, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina no processo de nascer (SEIBERT et al, 2005).

Outra entrevistada narra como prática inesperada foi a amniotomia.

Eu pensava que estourava sozinha! Não sabia que eles iam estourar a minha! (E4).

Um dos objetivos da utilização desta tecnologia é a indução ou aceleração do trabalho de parto em detrimento de outras que são consideradas menos lesivas. A ruptura artificial das membranas ovulares é uma prática que consta da lista das que devem ser evitadas pelos profissionais, devendo ser utilizada apenas naquelas condições onde seja claramente benéfica. Realizar a ruptura precoce das membranas causa efeitos indesejáveis, que não são explicados a mulher, como: alterações sobre o polo cefálico do bebê e desacelerações da frequência cardíaca fetal. Além de maior risco de infecção ovular e puerperal (BRASIL, 2001). Assim, quando não tem por finalidade esclarecer algum diagnóstico de possível sofrimento fetal pela eliminação maciça de mecônio ou sangramentos que podem ser visualizados por meio da ruptura das membranas tal prática colocaria em risco a integridade física da mulher e do feto.

A aceleração do trabalho de parto por medidas físicas ou farmacológicas implica, geralmente, não apenas no encurtamento do tempo de duração deste processo como no aumento das sensações dolorosas que são exacerbadas quando associadas à ruptura das membranas

ovulares e, também, ao toque vaginal e administração de ocitocina endovenosa. Daí que a dor ao exame vaginal foi percebida como algo inesperado neste momento.

Doeu bastante também quando a médica fez o toque e quando estouraram a bolsa (E4).

Toques vaginais frequentes, pelo menos um a cada hora, é prática que vem sendo realizada rotineiramente e, listada como forma desnecessária e principalmente por ser realizada por diferentes prestadores de cuidado. A OMS (1996) recomenda que nas instituições de ensino o exame vaginal feito por um estudante deverá ser confirmado pelo seu supervisor somente após o consentimento da parturiente. Há recomendação expressa de que os exames vaginais sejam limitados e evitados até que a gestante esteja na fase ativa do trabalho de parto, minimizando assim os riscos de infecção ovular e puerperal e usado com moderação, principalmente, nos casos de suspeita ou confirmação de amniorrexe prematura. Portanto, deve-se evitar realizar esta prática repetidas vezes, pois demonstra desrespeito à intimidade, privacidade e integridade física da mulher (ENKIN et al, 2005).

Percebe-se em outra narrativa que o inesperado foi a não utilização da ocitocina, que a entrevistada chama de “soro”, e também, não ter se utilizado de práticas anestésicas medicamentosas.

Eu esperava tomar uma anestesia ou soro (E8).

O uso da ocitocina vem sendo utilizado comumente para acelerar o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial das membranas. O "manejo ativo do trabalho de parto" é a combinação do uso de ocitocina com a amniotomia precoce (OMS, 1996).

A correção de dinâmica com ocitocina é uma intervenção importante e somente deve ser usada para corrigir a dinâmica do trabalho de parto em instituições onde houver acesso imediato à cesariana, caso ela seja necessária, ou ser praticada com indicação válida, pois ainda não há comprovação de benefícios para mulheres e bebês. Além do mais, ela pode produzir efeitos adversos na mulher, como: taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, que podem causar ao feto sofrimento fetal agudo (OMS, 1996).

Uma única entrevistada citou a cateterização da bexiga. O interessante é que ela tinha informações sobre esta prática e apesar das informações não serem tranquilizadoras ela não foi considerada ruim.

Todo mundo me falava que a sonda era ruim, que a anestesia doía e para mim foi ao contrário. (E14).

A cateterização da bexiga pode ser recomendada em parto cesáreo, por período de aproximadamente seis horas, devido as dificuldades de deambulação e à distensão vesical por demora no restabelecimento da micção espontânea. Após este período de tempo há expressa recomendação para a retirada da sonda visto que não são encontradas justificativas para mantê-la, a menos que tenha ocorrido alguma complicação com a mulher ou que ela tenha que permanecer em repouso no leito por tempo mais prolongado (BRASIL, 2001). Algumas vezes, durante o trabalho de parto, por dificuldades de eliminação urinária devido à descida do feto no trajeto, a sondagem é indicada como forma de aliviar a pressão do bebê sobre a bexiga, facilitando sua descida e evitando-se lesões neste órgão (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. 2013).

A última prática citada nesta parte do trabalho é a que a participante relata como inesperado e ao mesmo tempo interessante: a possibilidade oferecida pelo prestador de cuidado de ver sua placenta.

Achei muito interessante me oferecerem para ver a placenta. Eu não sabia que era oferecido para ver (E3).

Desta maneira, criando-se oportunidades para que mulheres vejam parte do que é produzido por seu corpo, criam-se possibilidades para maior valorização da placenta e daquilo que ela produz, como por exemplo, as células tronco de cordão para transplantes ou usos em pesquisas. A maioria das mulheres desconhece que este órgão pode ser importante para salvar vidas e que muitos dos critérios considerados para a coleta deste material se relaciona com os cuidados que ela tem durante a gestação ou na manutenção de um corpo saudável para fins de doação (BRASIL, 2010). São saberes que, na atualidade podem instigar a mulher a outros cuidados ainda não pensados.

#### **4.2.4 Episiotomia: marca do parto no século XX**

A episiotomia é uma incisão cirurgica feita no períneo visando ampliar a dimensão da vagina para o nascimento. Junto com a cesariana mantém o elevado número de cicatrizes

produzidas em consequência dos nascimentos no Brasil. Se mais de 52% dos nascimentos no país ocorrem por meio de cesarianas (BRASIL, 2011) e aproximadamente outros 40% por meio de parto vaginal com a utilização de episiotomias, ou seja, 94,2% do total de partos vaginais (ZANETTI et al, 2009) pode-se dizer que a maior parte das brasileiras carrega pelo menos uma cicatriz em decorrência do nascimento de seus filhos.

A OMS (1996) preconiza que o percentual de episiotomias seja de até 10% e que seja indicada apenas em casos de sinais de sofrimento fetal agudo, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de 3º grau (incluindo a história de laceração de 3º grau num parto anterior).

O HCPA desde 2000 implementou a prática de episiotomia restritiva. No ano de 1997 as taxas de episiotomia realizadas na instituição chegaram a 86,7% (MARTINS-COSTA et al, 1997) e caíram para 54% em 2008 (MARTINS-COSTA et al, 2011), contudo ainda permanecem elevadas.

Algumas entrevistadas mostraram-se surpresas com a realização da episiotomia e, além disto demonstraram pouco saber sobre a prática, nem em relação aos critérios de utilização.

E também teve o corte. Não imaginava que fosse um corte enorme assim: achava que era uma picadinha. Eu sabia que existia, pois minha mãe já tinha me falado e a médica no pré-natal também disse que eu poderia ter o corte para ajudar, mas eu imaginava que com os dez dedos de dilatação não precisaria ter (E15).

O resto eu sabia que poderia acontecer, mas não esperava que fosse acontecer comigo, como em relação ao corte. Eu não esperava que iam me cortar (E16).

A OMS (1996) recomenda que seja limitado o uso da episiotomia por não existirem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro tenha efeito benéfico, porém, há evidências claras de que pode causar dano. As evidências demonstram que o uso rotineiro desta prática não reduz o risco das lacerações de 3º e 4º graus, não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora o escore de Apgar, além disso, promove maior perda sanguínea, disfunção sexual, não reduz o risco de incontinência urinária e fecal, pode aumentar o tempo de internação hospitalar, e é solução de continuidade para infecção pós-natal além de causa de dor perineal após o parto.

A episiotomia é um dos poucos procedimentos que são feitos sem o consentimento da mulher e sem esclarecimento sobre as possíveis consequências ou complicações que sua realização pode acarretar para o resto da vida. Muitas mulheres sentem-se injustiçadas por essa violência física e emocional e é preconizado que opinem sobre a decisão da realização do

procedimento, exceto em condições que seus benefícios justifiquem amplamente sua realização (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Assim como algumas entrevistadas julgaram inesperado a realização da episiotomia outras relatam sua não realização como procedimento inesperado e bom apesar de saberem ser prática corrente.

Eu esperava ser cortada com seis ou sete dedos, mas no fim acabei não sendo cortada [...] Hoje em dia todo mundo é cortado, em qualquer lugar. Para mim foi inesperado e bom [...] A gente no desespero da dor quer que seja cortada para que termine de uma vez. Eu nunca imaginei que no primeiro bebê já ia chegar aos dez dedos de dilatação (E8).

Eu esperava ser cortada novamente, que nem no meu outro parto, pois a barriga nesse estava bem maior. Eu nem precisei levar ponto (E19).

#### **4.2.5 Contato pele a pele: doses de segurança em forma de colo**

Três mulheres consideraram inesperado o fato de terem seus bebês ao colo logo após o nascimento. O contato pele a pele entre a mãe e seu recém-nascido, ambos saudáveis, é preconizado para ocorrer imediatamente após o nascimento, adiando pelo menos durante a primeira hora de vida qualquer procedimento rotineiro de atenção ao RN que separe-o da mãe. Com isto proporciona-se a colonização da pele dos bebês por microrganismos da pele de suas mães. O que dificultaria que fossem colonizados por bactérias resistentes dos prestadores de cuidado hospital. Apesar da OMS (BRASIL, 1996) considerar tais vantagens difíceis de comprovar, ela considera-as plausíveis e importantes também devido a possibilidade de sucção/aleitamento precoces, já na primeira hora de vida. As três mulheres afirmaram como inesperado o que segue:

...ele pode ficar comigo logo após o nascimento (E1).

Logo que ela nasceu foi colocada no meu colo. Ficou bastante tempo no meu colo: eu não esperava! (E9).

Achei inesperado a hora que ela saiu e foi direto para o meu colo (E16).

A prática do contato pele a pele é referida como adjuvante na adaptação do RN à vida extrauterina, trazendo benefícios a curto e longo prazos que incluem: o controle da temperatura, o auxílio na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e da respiração da criança, a redução

do choro e do estresse com menor perda de energia, acalmado tanto a mãe quanto o bebê que entram em sintonia única proporcionada por esse momento e principalmente incentivando e promovendo o início da amamentação (BRASIL, 2011).

Uma das participantes afirma:

Foi muito bom prá gente que carrega nove meses. Aí depois, ter aquele momento de colocarem o bebê em cima de você e tu poder dar aquele carinho. Foi um momento maravilhoso! (E9).

Seu relato sobre a sensação de ter o bebê colocado pele a pele após o nascimento, remete a uma prática que muitas vezes é descuidada pelos profissionais de saúde: os aspectos emocionais da mulher. Para a mulher/casal o parto e nascimento do seu filho são descritos como momentos únicos vivenciados por cada um à sua maneira. A mulher pode ser acometida por muitos sentimentos, principalmente o medo. Medo do parto e de não conseguir parir, medo de que ocorra algo a ela ou ao bebê e o medo da dor. O profissional deve saber diferenciar e detectar quais sentimentos são esperados, e quais não são, para intervir oportunamente quando ocorrerem desvios dos limites. A monitoração do estado emocional materno consiste em avaliar a aceitação da maternidade pela mulher, a integração da tríade mãe-filho-pai, e os sinais de depressão pós-parto (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

Neste sentido o HCPA, instituição em que foram coletadas as informações para este trabalho, valoriza a presença do acompanhante na cena do parto em relação ao completo isolamento que se impôs à mulher até, pelo menos, o ano de 2005. Nesta data foi promulgada a lei 11.108 de 2005, também denominada lei do acompanhante, que prevê a presença de pessoa escolhida para a mulher no momento de seu parto (BRASIL, 2001).

Este acompanhante tem sido considerado prática agregadora ao aleitamento materno precoce e à continuidade da amamentação “nas próximas seis semanas além do parto” (OMS, 1996, p. 26). Tem sido associada, também ao aleitamento materno exclusivo por mais tempo (BRASIL, 2011). Quando ao lado da mulher durante o período expulsivo e logo após o nascimento, este acompanhante auxilia e estimula o contato pele a pele e favorece a primeira mamada.

A amamentação logo após o parto tem sido estudada e é afirmada como forma de influência positiva para a relação mãe-filho, além de ser mais eficaz para atender os aspectos

nutricionais, imunológicos e psicológicos do bebê. Quanto mais precoce ocorrer o estímulo à amamentação, maiores as chances de sucesso nesta prática.

A amamentação é um aprendizado para mulher e bebê. O profissional de saúde é descrito como um facilitador deste processo e é indicado para transmitir conhecimentos sobre aleitamento materno desde o pré-natal. Neste momento, caso a gestante não tenha informações suficientes, será iniciado um “programa” onde ser informada gradativamente sobre aspectos que envolvem o processo da amamentação e ter suas dúvidas, crenças e sentimentos valorizados. Para que o aprendizado e a amamentação produzam os efeitos desejados – que a criança seja amamentada exclusivamente até o sexto mês de vida - é necessário que a mulher deseje amamentar. Neste momento, a família é considerada instrumento relevante para esta decisão. Se os familiares têm experiências anteriores boas em relação ao aleitamento a mulher sente-se confiante e instigada a também realizar esta prática (GONÇALVES, 2005), caso contrário, mais esforços precisam ser empreendidos para a consecução desta prática.

O contato pele a pele e o aleitamento na primeira hora tem sido propagado como fator que estimularia as contrações uterinas diminuindo a possibilidade da perda sanguínea no pós parto. Com isto, reduziria o risco de infecção, protegeria a mulher de hemorragias uterinas além de promover cuidado e nutrição para o recém-nascido (MATOS et al, 2010).

Apesar de o aleitamento ser considerado decorrência do contato pele a pele em sala da parto, não ouviu-se nenhuma fala sobre amamentação logo após o nascimento como prática inesperada pelas mulheres. Talvez, para estas mulheres o desejo de amamentar precocemente e conhecimento desta prática como importância para si e para o filho esteja mais “naturalizado” no meio familiar e social em que vivem.

A OMS e a UNICEF com intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno lançaram em 1990 a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC", na qual os funcionários dos estabelecimentos de saúde são instigados a mudar condutas e rotinas consideradas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Na mesma época foi estabelecido, também, os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", que são: 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3. Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do bebê; 5. Mostrar às mães como

amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica; 7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mãe e bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia; 8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio e por fim, 10. Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

O Ministério da Saúde adere a IHAC ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS). Para receber o título de "Hospital Amigo da Criança" as instituições necessitam cumprir, obrigatoriamente, os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" e apoiar, com ênfase, políticas internas de promoção e incentivo ao aleitamento materno.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre recebeu o título de "Hospital Amigo da Criança" em dezembro de 1997 e, desde então, criou um grupo formado por duas enfermeiras, uma nutricionista e consultoras em aleitamento materno. Com isto, agregou e vem produzindo saberes relacionados ao aleitamento materno a partir dos indivíduos atendidos e estudos realizados; da gestão e da circulação dos seus saberes.

Deixar o bebê em contato com a pele materna logo após o nascimento traz outros benefícios: faz com que a instabilidade térmica do recém-nascido, por terem a temperatura corporal em constante interação com a temperatura do ambiente (PUGLIESI et al, 2009) seja controlada, mantendo-o aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (BRASIL, 2011). Essa medida, de fácil execução, previne a hipotermia no RN e, em certa medida, retarda em poucas horas o banho imediato do recém-nascido, recomendada pela OMS (1997) para ocorrer após a sexta hora de vida.

Não esperava que ele fosse ficar bastante tempo comigo, deitadinho no meu colo até eu ir para a sala de recuperação e ele ir para o banho. Não esperava que fosse desse jeito! Achei que ele era só mostrado e levado embora (E3).

O contato pele a pele também é descrito como benéfico por proporcionar benefícios a curto e longo prazo: o tato entre mãe e filho, transmite segurança e afeto, a curiosidade e ansiedade em relação ao bem estar da criança são sanadas e a mãe se tranquiliza, percebendo-se mais segurança e confiante para cuidá-lo. É recomendado que os prestadores de cuidados respeitem e estimulem este contato, valorizando cada mãe com cada recém-nascido naquilo que têm de único, mágico e forte para que produzam efeitos pela vida inteira (LAMAZE, 2009).

#### **4.2.6 A formação do sujeito autônomo e o corte do cordão umbilical**

A já citada autonomia do indivíduo vem sendo constituída principalmente ao longo do século XX. Na Idade Média tem-se, na Europa, a ascensão da racionalidade moderna, onde o poder do soberano detinha o direito de fazer seus súditos morrerem ou deixar que vissem se assim fosse melhor para o seu território. Os maiores investimentos sobre a disciplina vão se dar principalmente a partir dos séculos XVII – XVIII como formas de proteção à vida que, até então não era objeto de atenção enquanto valor maior para os governantes.

É a partir do século XVIII quando a disciplina, apesar de resolutiva, exigia excesso de atenções e cuidados sobre os corpos e por isso pouco produtiva, que se inicia a operacionalização do modelo liberal de governar. É também a partir deste século que se desenvolvem e proliferam os centros urbanos e a industrialização toma lugar.

No liberalismo, quanto menos se evidencia um governo em seus atos de governar mais produtivas são suas ações. Por isso o Estado liberal tem estas ações cuidadosamente pensadas. Ao atribuir cada vez mais a ação de governar aos sujeitos, faz com que a população possa exercitar o cuidado sobre si e sobre os outros (LOCKMANN, 2010). Para isso é necessário que o indivíduo seja educado, ou disciplinado, para que possa gerir sua vida, governando-se por meio de verdades que, uma vez produzidas, circulem com a menor intervenção possível do Estado. Mas é no Estado que deve produzir um conhecimento próprio para gerir uma população “em seus diversos elementos, dimensões e nos fatores de sua força, aquilo que foi denominado de estatística, isto é, ciência do Estado” (FOUCAULT, 2001, p. 168). Por meio dos cálculos estatísticos pode-se organizar a vida e a economia determinando, ao final do século de XX, outra ruptura importante na condução das pessoas: é preciso ter um comportamento neoliberal. Não é mais possível apenas cuidar-se para poder e saber cuidar dos outros, ou cuidar dos demais para ser cuidado. É preciso, também, cuidar-se melhor, buscar o melhor, usar o melhor, morar melhor conhecer o que houver de melhor em relação às práticas de parto para ser ter o melhor período gestacional e o melhor atendimento no parto no melhor lugar para se nascer (FOUCAULT, 2008).

Para que as mulheres de nossa sociedade possam tornar-se sujeitos preparados para o governo de suas vidas e apresentar comportamentos que mostrem que o que querem é o melhor frente aos processos de parto e nascimento, precisariam conhecer as práticas preconizadas como

as melhores disponíveis; no caso, aquelas que são alvos de ações governamentais como as categorizadas pela OMS e endossadas pelo Ministério da Saúde.

A invenção de novas pedagogias, que ensinariam como cuidar das mulheres em situação de trabalho de parto e parto com saúde e segurança, portanto, de forma segura borrariam o inesperado nas formas como foram narrados, atualizando o discurso do parto e nascimento e produzindo-as como efeito de ações neoliberais; tramando o poder e de saber circulantes e lançando novas táticas para organizar os eventos em torno da vida.

É com este olhar que se relata como prática inesperada a possibilidade de corte do cordão umbilical pelo pai.

As práticas de humanização do parto preconizam que o pai seja um participante ativo em todo processo do trabalho de parto e parto, envolvendo-se no cuidado ao RN. Os profissionais de saúde que oferecem aos pais a possibilidade de corte do cordão umbilical, logo após o nascimento do seu filho estão realizando práticas humanizadas (JARDIM, 2009). Por isso, algumas considerações também podem ser realizadas a partir da narrativa que segue.

Foi o pai do bebê quem cortou o cordão umbilical. Foi uma coisa bem inesperada, não imaginava nem que pudesse ou que deixassem (E5).

O cordão umbilical parece ser a representação mais forte da ligação física entre o binômio mãe-filho. O cordão umbilical é reconhecido culturalmente como símbolo de fonte de vida. O pai ao cortá-lo se torna o responsável por essa separação e a responsabilidade do sustento que, na gestação era, "principalmente" da mãe, tem no corte do cordão o significado do "início" de uma responsabilidade compartilhada e o maior envolvimento emocional do pai com o bebê fazendo com que o sentimento paterno possa ser mais bem evidenciado (BRANDÃO, 2009).

No sec. XIX muitos recém-nascidos eram acometidos pelo tétano, popularmente conhecido como o "mal dos sete dias", doença que os levava ao óbito. Este "mal" estava fortemente ligado à maneira como era realizada a secção do cordão umbilical: com tesouras, facas enferrujadas ou outros instrumentos cuja limpeza e esterilização eram dificultadas ou impossíveis dadas as tecnologias disponíveis à época (FREITAS; PORTO, 2011).

Na atualidade o tétano neonatal é uma doença imunoprevenível por meio da vacinação antitetânica prévia da gestante. O atendimento higiênico ao parto também é uma medida para profilaxia do tétano neonatal. Tais medidas reduziram o número de casos brasileiros consideravelmente desde 1990: de 291 confirmados à 42 confirmados em 10 anos. Em 2012 o

número de casos de tétano confirmados no território nacional foi de dois. No entanto para a OMS a ocorrência de apenas um caso da doença é suficiente para caracterizar uma situação epidêmica.

O aumento da presença de pais e acompanhantes em locais de nascimento dos bebês tem proporcionado que o cordão umbilical seja cortado por indivíduos que não são os prestadores de cuidado. Ao cortar o cordão umbilical de seu filho, o pai não estaria acarretando prejuízos a saúde do seu filho, visto que o material oferecido para isto é previamente esterilizado. Com a implementação de estratégias que preveem a inclusão de todas as grávidas em acompanhamento pré-natal, supõe-se que a mãe estaria vacinada contra o tétano e, com isto imunizado seu filho. E o corte do cordão em nossa sociedade, com o que ele tem de neoliberal, teria o significado de auxiliar o pai a formar um sujeito, no caso o bebê, autônomo e dono de si.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha das práticas consideradas inesperadas no parto e nascimento foi, a princípio, a escolha de um assunto que parecia de fácil abordagem. No entanto, a partir do momento em que se iniciaram as buscas de material bibliográfico nos sites específicos, notou-se o enorme vazio a ser preenchido com assuntos relacionados ao inesperado, pois nenhum artigo retornou com este tema. Mais difícil foi abordar o assunto com ferramentas do pensamento de Michel Foucault.

Se considerarmos o que tem sido falado, escrito e produzido sobre parto e nascimento; se considerarmos as evidências científicas descritas especialmente nos últimos anos e as possibilidades destes saberes circularem numa "época da informação" fica-se surpreso com o que as mulheres afirmam como inesperado em seus partos.

Se poderia pensar que as mulheres da atualidade conhecessem as melhores práticas disponíveis para o cuidado de si durante o parto e nascimentos de seus filhos. Poder-se-ia pensar, também, que as mesmas mulheres solicitassem determinadas práticas de acordo com o que conhecessem das melhores práticas disponíveis para a atenção a sua saúde e de seus filhos durante o processo de parto. Mais, que tais práticas fossem bastante conhecidas destas mulheres.

Do relato de práticas consideradas inesperadas pelas participantes da pesquisa, foi possível relacioná-los com 13 práticas preconizadas pela OMS de uma listagem de 68 práticas, as quais estão distribuídas em quatro categorias. Dentre as práticas relatadas como inesperadas pelas mulheres, estão: as dores, visualização da placenta, corte do cordão umbilical realizado pelo pai, cateterização da bexiga, realização e não realização da episiotomia, uso do fórceps no parto, o parto ter sido cesáreo ou normal, o contato pele a pele, utilização de ocitocina, falta de informações sobre o parto, amniotomia precoce e a realização de toques vaginais.

Pode-se verificar que a maior parte das práticas categorizadas pela OMS (1996) não recebeu qualquer alusão. Contudo, isto não significa que as mulheres as desconheçam ou, se conhecem concordem com elas. Para que se possa saber melhor do que se fala, tais práticas não citadas estão listadas no ANEXO A.

As experiências aqui relatadas estão fortemente relacionadas às políticas públicas que direcionam as práticas de atenção e, por isso, podem determinar alterações importantes nas histórias de mulheres e seus filhos. As situações diferentes ou que fogem ao seu conhecimento tornaram-se inesperadas neste trabalho. Por isso podem instigar a produção de novas práticas de

cuidado como novas pedagogias direcionadas tanto às mulheres na situação de trabalho de parto e parto com segurança, como aos prestadores de cuidado para que possam auxiliar na produção de uma população mais saudável e “autônoma”.

Com este estudo pode-se produzir uma categoria de práticas que são, neste momento, denominadas "inesperadas". O inesperado pode produzir efeitos de verdade e ser constituído nas relações de poder e na produção de saberes. O relato destas práticas inesperadas mostra um estranhamento, ou ruptura, naquilo que as mulheres conheciam sobre o parto e nascimento ou sobre si mesmas. Os acordos de verdade estabelecidos pela política ou pela ciência possibilitam práticas lesivas à vida e à segurança. Ainda em relação à verdade busca-se apoio em Foucault (2001) quando diz que "nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada" (p. 65).

Foi por meio deste trabalho que pude perceber como as mulheres, entram naquilo que Foucault (2010) chamou de Jogos de verdade onde saberes em forma de ciência, ou evidências científicas encontrados nas instituições operam nas práticas de controle. Por meio deste trabalho se pode dar voz às mulheres. Pelo exercício de determinadas práticas, como pensar nas situações que foram relatadas como inesperadas pode-se descrever alguns pensamentos sobre como os indivíduos conseguem se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser. Pude perceber, com Foucault, que quanto mais as pessoas forem livres umas em relação às outras, maior será o desejo tanto de umas como de outras de determinar a conduta das outras. Entretanto, quanto mais o jogo for aberto, mais atraente e fascinante ele será.

Este trabalho possibilitou enxergar para além do que é descrito. Mais: possibilitou descrever como algumas práticas são consideradas inesperadas para mulheres em situação de parto. Fez-me compreender que, como acadêmica, futura profissional, mulher, indivíduo, sou um instrumento de poderes e como tal posso servir como instrumento para modificação de saberes lançando novas táticas para organizar os eventos em torno do nascimento.

## REFERÊNCIAS

- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**. Informação e documentação - Referências – Elaboração. AGO 2002. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2013.
- BRANDÃO, S. M. P. A. **Envolvimento emocional do pai com o bebê**: Impacto da experiência de parto, 2009. 109 p. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal, 2009. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 1º dez. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Conhecendo os bancos de sangue de cordão umbilical e placentário**. Brasília, DF. 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/74d254804fbc718b490f59a71dcc661/banco+de+cord%C3%B5es.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 2 dez. 2013.
- BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação de direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm)>. Acesso em: 1º dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF, 2011. 50 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, v. 4, 2011. 192 p. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn\\_v1.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As cesarianas no Brasil**: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. 2011. p. 373 - 397 Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte2\\_cap16.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf)>. Acesso em 02 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2009. 7. ed. p. 27-36. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, DF, 2011. 45 p. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 572/GM Em 1 de junho de 2000**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-572.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. 1. ed. Brasília, DF, 2005. 158 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Porto Alegre, 2003. v. 23. p. 36-61.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Rede Nacional de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2002. 40 p. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

ENKIN, M et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 296 p.

FAVACHO, A. M. P. Rir das solenidades da origem: ou o inesperado da pesquisa em educação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, 2010. v.36, n. 2, p. 555-569.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, 2011. vol. 27, n. 2, p. 388-394.

- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins fontes, 2010.
- FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 2005.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins fontes, 2008.
- FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Intercorrências neonatais da Cesárea eletiva Antes de 39 Semanas de Gestação. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras**, 2013. vol. 59, n. 2, p. 93-94.
- FREITAS, T. M; PORTO, F. Cuidados com o cordão umbilical do recém-nascido, no século XIX. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011. v. 19, n. 4, p. 524-529.
- GONCALVES, A. C. Aleitamento materno. In: OLIVEIRA, D. L. (org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 387-421.
- GUERRA, I. C. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo** - sentidos e formas de uso. 1.ed. Cascais: Principia, 2006.
- HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: **Neonologia**. 2013. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/264/394/>>. Acesso em: 28 nov. 2013
- HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Guia de práticas assistenciais**: assistência ao parto e nascimento celebrando a vida e o amor, Belo Horizonte, 2009.
- JARDIM, D.M.B. **Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do Filho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 124 p. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FK8N/dan\\_bia\\_mariane\\_barbosa\\_jardim.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FK8N/dan_bia_mariane_barbosa_jardim.pdf?sequence=1) >. Acesso em: 1º dez. 2013.
- KLEIN, C.; DAMICO. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão social. In: MEYER, Dagmar Estermann; PARAISO, Marlucy Alves. (Org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.
- LAMAZE, I. Instituto Lamaze. **Práticas de Nascimento Saudáveis**. 2009 Disponível em: <<http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214> >. Acesso em: 2 dez. 2013.
- LARROSA, J. **Pedagogia profana**: danças, piruetas e mascaradas. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. 150 p.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Brasil: Elsevier 10. ed. 2013. 1024 p.

MARTINS-COSTA, S. H et al. Assistência ao trabalho de parto normal. In: FREITAS, F et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1997. p. 144-156.

MARTINS-COSTA, S. H et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS, F et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 231-246.

MATOS, T.A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. enferm**, 2010, vol.63, n.6, p. 998-1004.

MELZACK, R.; WALL, P.D. The psychocogy of pain. In: **The Challenge of Pain**. 2. ed. London: Penguin Books, 1991. p. 15-33.

MEYER, D. E; PARAÍSO, M. A. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 393 p.

OKSALA, J. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. 144 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura**. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra; 1996. 93 p. Disponível em: <[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.

PIMENTA, C. A. M; PORTNOI, A. G. Dor e Cultura. In: CARVALHO, M. M. **Dor: um Estudo Multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. p. 159-173.

PUGLIESI, V. E. M et al. Efeitos do Banho Logo após o nascimento sobre como adaptações Térmica e cardiorrespiratória fazer Recém-nascido a Termo. **Rev. paul. pediatr.**, 2009. vol. 27, n. 4, p. 410- 415.

ROCHA, J. A; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, 2010. v. 38, n. 3, p. 119-126.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, 2001. v. 26, n. 1, p. 33–57.

SEIBERT, S. L et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **R Enferm UERJ**. 2005. v. 13, n. 2, p. 245-251. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2013.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011. 80 p. Disponível em:

<[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Thermal protection of the newborn**: a practical guide. Geneva: World Health Organization. 1997. p. 17–22. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_RHT\\_MSM\\_97.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_RHT_MSM_97.2.pdf)>. Acesso em: 1º dez. 2013.

ZANETTI, M. R. D.; et. al. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina** . 2009. v. 37, n. 7. p. 367-371. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n7p367-71.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2013

ZOURABICHVILI. F. Acontecimento. In: **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Ifch-UNICAMP, 2004. Disponível em: <<http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2010/05/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas inesperadas na sala de parto de um hospital universitário”. É um estudo que procurará identificar práticas que as gestantes consideram inesperadas durante seus partos. Podem ser situações preocupantes, engraçadas, desejadas, afetuosas, agressivas ou outra que você sabe ser recomendada, mas não esperava encontrar em seu parto. A identificação destas situações será importante para avaliação das práticas ocorridas nesta instituição relacionando-as às recomendações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil e, assim, poderemos recomendar a inclusão das mesmas sempre que possível.

Para isso precisaríamos de sua resposta para a seguinte pergunta: O que você considerou inesperado no parto/nascimento do seu filho? Para responder a pergunta você precisa ter mais de 18 anos de idade, estar internada na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ter descansado entre 12 e 24 horas após o parto.

A pergunta será realizada na sala 1132 ou outra em iguais condições de privacidade para que você possa respondê-la sem constrangimentos. Sua resposta será gravada e após, transcrita e analisada. O período de tempo que se supõe seja suficiente para outros esclarecimentos e sua resposta à pergunta é de no máximo de 30 minutos.

Suas dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o andamento da pesquisa com a acadêmica Kamile Kronbauer e a professora Mariene Jaeger Riffel, que podem ser localizadas na Escola de Enfermagem da UFRGS por meio do telefone (51) 3308 5226 e se necessitar esclarecer dúvidas éticas sobre a pesquisa poderá obter informações junto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359 7640, das 8h às 17h.

Sua participação neste estudo deverá ser voluntária. Você não receberá pagamento por sua participação e também não terá custos por dela participar.

Você poderá complementar ou modificar os termos de suas informações ou retirar-se como participante da pesquisa durante a fase de elaboração da mesma, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre tanto nesta internação quanto em outro momento que vier em busca de atendimento na instituição.

Seu nome ou das pessoas por você mencionadas não serão divulgados.

Sua participação não lhe trará benefícios de forma direta, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Não são conhecidos riscos associados a sua resposta à pergunta realizada. No entanto alerta-se para possíveis desconfortos uma vez que haja dificuldades em responder a pergunta ou deslocar-se até a sala indicada.

Assim, apresentamos este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que, se considerar ter sido suficientemente informada a respeito dos termos desde documento ou do que foi lido para você no que se refere ao estudo “Práticas inesperadas na sala de parto de um hospital universitário”, acrescente seu nome e sua assinatura conforme segue.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido orientada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, concordo voluntariamente em participar do estudo “Práticas inesperadas na sala de parto de um hospital universitário”.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**APÊNDICE B****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Data da coleta de informações:**

**1.2 Período de tempo transcorrido entre a entrevista e o parto:**

**1.3 Data e hora do parto:**

**1.4 Hora de início da entrevista:**

**1.5 Hora de final da entrevista:**

**1.6 Local de realização da entrevista:**

**1.7 Idade da puérpera:**

**1.8 Recém-nascido com a mãe: ( ) sim ( ) não (onde está?) \_\_\_\_\_**

**1.9 Tipo de Parto: Vaginal                      Cesariana**

**2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA**

O que você considerou inesperado em seu parto/nascimento do seu filho?

## **ANEXO A - PRÁTICAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NÃO CITADAS PELAS MULHERES**

A seguir são listadas as práticas que constam da categorização da OMS (1996) e que não foram citadas pelas mulheres.

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
2. Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
3. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
4. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
5. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
6. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
7. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
8. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
9. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
10. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
11. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
12. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
13. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
14. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
15. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
16. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso do vitamina K.
17. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
18. Alojamento conjunto.
19. Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
20. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

21. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.
22. Uso rotineiro do enema.
23. Uso rotineiro da tricotomia.
24. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
25. Cateterização venosa profilática de rotina.
26. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
27. Exame retal.
28. Uso de pelvimetria por raios X.
29. Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
30. Uso rotineiro da posição de litotomia.
31. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
32. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
33. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
34. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
35. Lavagem uterina rotineira após o parto.
36. Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
37. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
38. Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
39. Prática liberal de cesariana.
40. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.
41. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.
42. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
43. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.

44. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
45. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
46. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
47. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto
48. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
49. Controle do dor por analgesia peridural.
50. Monitoramento eletrônico fetal.
51. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
52. Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
53. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
54. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
55. Exploração manual do útero após o parto.

**ANEXO B - Parecer COMPESQ**

waldman.beatriz@gmail.com <waldman.beatriz@gmail.com>

17 de julho de 2013

Responder a: waldman.beatriz@gmail.com

Para: marieneriffel@ig.com.br

Prezado Pesquisador MARIENE JAEGER RIFFEL, Informamos que o projeto de pesquisa PRÁTICAS INESPERADAS NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO encaminhado para análise em 12/07/2013 foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer: Título adequado aos objetivos do estudo. Introdução contextualiza e expressa a problematização. Rever o registro da Nota de Rodapé, observando o mesmo tipo de letra. Objetivos adequados. Revisão de literatura adequada. Metodologia: estudo qualitativo. Sugere-se substituir o termo "dados" por informações mantendo coerência com o referencial dos Estudos Culturais e com a natureza do estudo. Esclarecer na p.10, item 4.4 a duração das entrevistas. No TCLE rever o segundo parag. para o qual se sugere nova redação: [...com mais de 18 anos de idade, que estiverem no período entre 12 e 24 horas após o parto ...]. no terceiro parag. substituir a expressão "quanto ao trabalho" por quanto aos objetivos do estudo...]. Informar que as participantes poderão acessar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimento de dúvidas quanto ao projeto. Aprovado com sugestões

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

**ANEXO C - Primeiro parecer CEP**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS INESPERADAS NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL

**Pesquisador:** Mariene Jaeger Riffel

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 20033413.1.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 428.333

**Data da Relatoria:** 18/10/2013

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)359--7640

**Fax:** (513)359--7640

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

## ANEXO D - Segundo parecer CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS INESPERADAS NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL

**Pesquisador:** Marlene Jaeger Riffel

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 20033413.1.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 486.964

**Data da Relatoria:** 04/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

Em 22/11/2013 os pesquisadores incluíram emenda referente a inclusão da pesquisadora Kamille Konbauer.

**Objetivo da Pesquisa:**

Emenda com o objetivo de incluir a pesquisadora Kamille Konbauer.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A emenda não altera a avaliação dos riscos e benefícios prevista anteriormente para o projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em 22/11/2013 os pesquisadores incluíram emenda referente a inclusão da pesquisadora Kamille Konbauer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em 22/11/2013 os pesquisadores incluíram emenda referente a inclusão da pesquisadora Kamille Konbauer.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A emenda não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 10 de Dezembro de 2013

Assinador por:  
José Roberto Goldim  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)350-7640 Fax: (51)350-7640 E-mail: cep@hcpa@hcpa.ufrgs.br