

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DÉBORA LUCAS VIANA

**A TRAJETÓRIA DE MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE
PARTO NORMAL E SUA RELAÇÃO COM AS ESCOLHAS NO PARTO
E NO NASCIMENTO**

Belo Horizonte
2016

DÉBORA LUCAS VIANA

**A TRAJETÓRIA DE MULHERES ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE
PARTO NORMAL E SUA RELAÇÃO COM AS ESCOLHAS NO PARTO
E NO NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Professora Dr.^a Kleyde Ventura de Souza

Belo Horizonte
2016

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

Viana, Débora Lucas

A trajetória de mulheres assistidas em um centro de parto normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento [manuscrito] / Débora Lucas Viana. - 2016.

89 f.

Orientadora: Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Centro de Parto Normal. 2.Itinerários terapêuticos. 3.Parto. I.Souza, Kleyde Ventura de. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colgrad@enfufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 508 (QUINHENTOS E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DÉBORA LUCAS VIANA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezesete) dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, às 13:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*AS TRAJETÓRIAS DE MULHERES ASSISTIDAS EM UMA CASA DE PARTO E SUA RELAÇÃO COM AS ESCOLHAS TERAPÊUTICAS NO PARTO E NASCIMENTO*", da aluna **Débora Lucas Viana**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Elysângela Dittz Duarte e Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, sob a presidência da primeira. A Professora Elysângela Dittz Duarte participou da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- () APROVADA;
(X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de maio de 2016.

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte
(EEUFMG)

Profª. Drª. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
(UERJ)

Lucilene Batista Soares Braga
Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 06/06/16

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Agradecimentos

A Deus, primeiramente, por permitir a concretização de mais um plano na minha vida.

À minha mãe Berenice, por ser a primeira incentivadora para realizar este trabalho e por ter sempre sonhado comigo e ter me sustentado com orações.

Ao meu pai Oscar também, mesmo estando ausente, que me incentivou seguir em frente e investiu tudo o que podia em mim.

Ao meu amor, Felipe, pelo amor, incentivo e ajuda constantes.

À minha querida família, pelo apoio, compreensão e amor, sempre.

À minha avó Maria, exemplo de vida, pelas orações e pelo amor.

Aos meus amigos, pelo carinho e compreensão durante minhas ausências neste período.

Ao Hospital Sofia Feldman, onde tenho a oportunidade diária de aprendizado como profissional e como pessoa. Não teria como realizar este trabalho sem o apoio incondicional desse hospital e dos meus colegas de trabalho. Em especial ao Dr. Ivo, às minhas colegas coordenadoras, aos funcionários pelo apoio, incentivo e compreensão durante este processo. À Tatiana Lopes pela ajuda e incentivo.

À minha orientadora Kleyde, uma colega de luta por uma assistência digna às mulheres e por ter confiado em mim e me ensinado tantas coisas.

Finalmente, às mulheres, que, com sensibilidade e amor, contaram a trajetória delas para o parto.

Cuidar...
Situa-se na encruzilhada do que faz viver e morrer.
É comunicar vida.
É deixar existir.
É desenvolver o que permite viver...
É compensar o que coloca obstáculo à vida...
É acompanhar as grandes passagens da vida...

(COLLIÈRE, 2003, p. 439)

RESUMO

A trajetória das mulheres na rede de saúde pode dizer muito sobre o que as motivam a procurar determinados serviços e o que esperam de cuidado. O Brasil enfrenta desafios em relação à assistência obstétrica, em razão da elevada quantidade de cirurgias cesarianas, de mortalidade neonatal e materna e de intervenções desnecessárias no parto e no nascimento. Tais fatos levam à necessidade de entender o trajeto das mulheres na rede de saúde e o que as fazem peregrinar, quais as motivações para que procurem determinados serviços de saúde e como tem sido a assistência nesses locais. O incentivo e a criação de novas estruturas assistenciais, como Centros de Parto Normal e qualificação dos profissionais de saúde, são estratégias para uma mudança do modelo de atenção obstétrica no país. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Parto Normal (CPN) perihospitalar, cujo objetivo foi conhecer a trajetória de mulheres assistidas em uma Casa de Parto e sua relação com as escolhas terapêuticas no parto e nascimento. Foram entrevistadas 28 mulheres no período de maio a julho de 2014. Como referencial metodológico para a análise de dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo. O conceito de sistema de cuidados de saúde elaborado por Arthur Kleinman e a abordagem dos itinerários terapêuticos foram utilizados como referencial teórico. Como resultados deste estudo, percebeu-se a influência das convicções pessoais, da família, da sociedade e da comunidade na construção da trajetória das mulheres para o parto. Foram demonstradas as (res)significações das mulheres em relação ao momento do parto. As mulheres retrataram as dificuldades na rede de saúde para conseguir exames e atendimento de acordo com o cuidado que desejavam. Elas têm se informado sobre o parto e reivindicado cuidado integral, sem intervenções desnecessárias. A formação de grupos de mulheres tem favorecido a troca de experiências e o fortalecimento delas. A Casa de Parto aparece nos resultados como um local de aconchego, familiar, onde há apoio constante da enfermeira obstétrica e incentivo ao parto natural. Conclui-se que a gestão da rede de saúde deve absorver o sistema de cuidado e saúde na sua complexidade, considerando sua face cultural e de relações. A visão de rede e a escuta sensível das mulheres podem predizer muito sobre o tipo de cuidado que deve ser prestado a elas.

Palavras-chave: Centro de Parto Normal. Itinerários terapêuticos. Parto.

ABSTRACT

Women's trajectory in the health network can give us much information about what motivates women to search specific services and what they expect from care. Brazil faces challenges related to obstetric assistance due to the increased quantity of cesarean surgery, neonatal and maternal mortality, unnecessary intervention during parturition and birth. Such facts expose the need to know the trajectories of women in the health network and what makes them peregrinate, what are the motivations for them to search for specific health services and how have assistance in those places been. The incentive to the creation of new assistance structures, such as Normal Parturition Centers and health professional's qualification are strategies to change of the model of obstetric assistance in Brazil. This is a descriptive study, of qualitative approach, accomplished at a Normal Birth Center (CPN, in Portuguese) birth center, which objective is to know the trajectory of women assisted in a birth center and its relation to therapeutic choices in parturition and birth. Twenty-eight women were interviewed between May to July, 2014. As a methodologic referential for data analysis, it was used thematic analysis of content. The concept of health care system described by Arthur Kleinman and therapeutic itinerary approach were used as a theoretical reference. Results of this study show the influence of personal conviction, family, society and community in the construction of women's trajectory during parturition. Women related difficulties in health network to access exams and attendance according to the needed care. Women have been gathering information about parturition and claimed for integral care, without unnecessary intervention. Formation of women's groups have favored experience exchange between them and each other's strengthening. The birth center is shown in results as a familiar, cozy place, where is found constant support from obstetric nurse and encouragement of natural childbirth. It is concluded that health network management should include health care system in its complexity, considering its cultural and relational aspects. The conception of a network and sensitive listening of women can predict much about what kind of care should be given to them.

Keywords: Birth Center. Therapeutic itinerary. Birth.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 O sistema de cuidado de saúde.....	17
4 MÉTODO.....	24
4.1 Cenário.....	24
4.2 Sujeitos e critérios de inclusão.....	25
4.3 Coleta e análise dos dados.....	25
4.4 Questões éticas.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 Caracterização da amostra.....	30
5.2 As mulheres, a família e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento.....	32
5.2.1 <i>O percurso no parto e no nascimento baseado na mulher, na família e nas relações sociais.....</i>	33
5.2.2 <i>O cuidado e as (res)significações no parto e no nascimento.....</i>	41
5.3 As mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde.....	47
5.3.1 <i>O desafio dos serviços de saúde diante das necessidades de cuidado das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério.....</i>	48
5.3.2 <i>A Casa de Parto: a convicção e a descoberta de um local de cuidado no parto e no nascimento.....</i>	58
5.4 Discussão.....	63
6 CONCLUSÃO.....	76
7 REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado.....	86
ANEXO A – Parecer CEP.....	87
ANEXO B – Declaração de Parceria.....	89

1 INTRODUÇÃO

A trajetória das mulheres na rede de saúde pode dizer muito sobre o que as motivam a procurar determinados serviços e o que esperam de cuidado. As desigualdades e vulnerabilidades de gênero são reveladas nos percursos das mulheres pela rede de saúde. As mulheres possuem maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde, principalmente em razão das desigualdades de renda, de emprego e de educação (OMS, 2011). Além disso, existem impactos e condições na saúde que somente as mulheres vivenciam, como na gravidez e no parto, processos fisiológicos e sociais que exigem atenção diferenciada (OMS, 2011).

A mortalidade materna é um indicador que prediz as condições de saúde de uma população (BRASIL, 2004). As condições maternas estão entre as principais causas de morte de mulheres em todo o mundo (OMS, 2011). Há uma grande diferença no padrão de mortes de mulheres nos países em virtude da renda. Das mortes maternas que ocorrem no mundo, 99% são de mulheres residentes em países com média e baixa renda (OMS, 2011). Esse dado demonstra que a morte materna está atrelada às condições de vida de uma população, como renda, acesso aos serviços de saúde e a qualidade deles, moradia, saneamento básico e educação.

No Brasil e no mundo, até a década de 1980, os resultados em relação aos agravos relacionados ao parto eram preocupantes (LEAL *et al.*, 2014). Havia problemas estruturais, como a cobertura ruim da assistência pré-natal e de vagas hospitalares, transporte inadequado de parturientes, além de doenças como sífilis, Aids, anemia, distúrbios hipertensivos e hemorragias, responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade materna e neonatal (LEAL *et al.*, 2014).

Na década de 1970, o Brasil apresentou um crescimento econômico que possibilitou o aumento do processo de urbanização, da cobertura de saneamento básico. Dessa forma, houve diminuição da pobreza absoluta, mas aumento das desigualdades sociais (VICTORA *et al.*, 2011). Nessa fase, o sistema de saúde era composto pelos setores privado e público, como Ministério da Saúde e Seguridade Social (para quem estava empregado regularmente), e as instituições de caridade, que assistiam os que não eram contemplados nos outros setores. Não havia um programa específico voltado para a saúde materna (VICTORA *et al.*, 2011).

Os debates sobre a equidade de gênero e direitos das mulheres cresceram na década de 1980, tanto no Brasil quanto no mundo, estimulados pelos movimentos de mulheres. O

argumento era de que as desigualdades entre homens e mulheres contribuíam para agravos à saúde, inerentes somente a este último grupo (BRASIL, 2004). Assim, as mulheres passaram a reivindicar uma agenda política voltada para suas necessidades (BRASIL, 2004).

Em consequência desse processo, em 1984 foi criado, no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual já incorporava princípios e diretrizes que posteriormente iriam fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Tais características contemplavam a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade em saúde (BRASIL, 2004).

Um marco político que mudou os rumos da assistência à saúde no Brasil foi a criação do SUS pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). A saúde passou a ser considerada, então, um dever do Estado e um direito de todo cidadão (BRASIL, 1988). Nos anos posteriores, as políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil foram ampliadas (VICTORA *et al.*, 2011). Paralelamente a esse processo, houve melhorias no acesso das mulheres à educação, à urbanização e ao mercado de trabalho (VICTORA *et al.*, 2011).

No cenário internacional, duas conferências marcaram a luta pelos direitos reprodutivos e de saúde sexual das mulheres: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 (UN, 1994), e a Conferência Internacional de Pequim, em 1995 (UN, 1995). Na Conferência de Cairo, foram estabelecidas três metas para serem alcançadas até 2015: redução da mortalidade materna e infantil, acesso à educação especialmente para as meninas e acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva como o planejamento familiar (UN, 1994).

Ainda na década de 1990, a comunidade internacional começou a questionar sobre as práticas durante o parto e os excessos de intervenções. Os países desenvolvidos questionavam as reais indicações de tais intervenções e os países em desenvolvimento se mobilizavam para alcançar uma assistência obstétrica mais segura e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços obstétricos (WHO, 1996).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia sobre cuidado no parto normal estabelecendo recomendações baseadas nas evidências científicas (WHO, 1996). Esse guia recomendava práticas que deviam ser aplicadas a qualquer realidade, independentemente do país e do nível de cuidado. As recomendações contidas nesse guia foram classificadas em quatro categorias: a categoria A contemplava as práticas comprovadamente úteis e que deveriam ser estimuladas; a categoria B referia-se às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; a categoria C tratava de

práticas com evidências insuficientes para suportar uma recomendação clara e que deveriam ser utilizadas com precaução; e, por último, a categoria D, que contemplava as práticas utilizadas inadequadamente com frequência (WHO, 1996).

Dentre as recomendações contidas na categoria A estavam o plano de parto realizado em conjunto com a mulher, a avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal e a assistência de acordo com o grau de complexidade da gravidez (WHO, 1996). Nessa categoria, havia, ainda, as recomendações relacionadas com o trabalho de parto e parto, como o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher; a oferta de líquidos por via oral no trabalho de parto e de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor; a ausculta fetal intermitente; a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto; o estímulo a posições não supinas; o uso de partograma e o contato pele a pele entre mãe e filho; e o apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida do bebê (WHO, 1996).

Além das recomendações citadas, é imprescindível destacar, ainda na categoria A, aquelas ligadas aos direitos reprodutivos das mulheres e ao fortalecimento desse grupo como cidadãs: o direito de privacidade no local de parto; o apoio empático dos profissionais de saúde a essas mulheres; acompanhante de livre escolha; o fornecimento de informações e explicações de acordo com o desejo da mulher; e, por último, o respeito à escolha da mãe em relação ao local de parto após ter recebido as informações adequadas (WHO, 1996).

Em 2000, após mobilização de reuniões internacionais na década anterior para discussão de assuntos prioritários na agenda mundial, como acesso à saúde, combate à pobreza, desigualdades de gênero, líderes mundiais estabeleceram os Objetivos do Milênio (ODMs) (UN, 2000). Nesse documento, contemplam-se o combate à pobreza; o ensino básico universal; a igualdade entre sexos e a autonomia das mulheres; a redução da mortalidade na infância; a melhora da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças; a garantia de sustentabilidade ambiental; e o estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento (UN, 2000).

No quinto objetivo – melhora da saúde materna –, consta a redução da mortalidade materna em três quartos entre 1990 a 2015 (UN, 2000). No mundo, a mortalidade materna caiu 45% de 1990 a 2013 (UN, 2015). Na América Latina, a redução da mortalidade materna foi de 40% no mesmo período (UN, 2015). Os indicadores demonstraram que houve avanços na redução da mortalidade materna, mas insuficientes para atingir o objetivo do milênio. Existem, ainda, muitas disparidades mundiais relacionadas ao assunto, decorrentes das

desigualdades de renda, qualidade e acesso aos serviços de saúde, política de planejamento familiar. Outra questão é a necessidade de melhoria das informações referentes à mortalidade materna.

A redução da mortalidade materna preconizada pelos ODMs no Brasil também não foi alcançada. Houve redução da mortalidade materna de 55% entre 1990 e 2011 (BRASIL, 2014). Em 2005 foram 1.620 mortes maternas e em 2014, 1.651 (BRASIL, 2015c). Grande parte da redução da mortalidade materna no Brasil está relacionada com as causas diretas, resultantes de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, além de omissões, intervenções e tratamentos incorretos (BRASIL, 2014). O Brasil demonstrou maior desempenho na redução da mortalidade materna do que a América Latina, mas, em relação à média mundial, esses resultados ainda são insuficientes. É importante ressaltar que os partos realizados no país, em sua maioria, são hospitalares – 98% (BRASIL, 2012c). Tal fato revela que a assistência materna nas instituições formais de saúde ainda é um desafio para o país.

Um dos fatores que têm contribuído para dificultar a redução da mortalidade materna no Brasil é o alto índice de cesarianas (BRASIL, 2014). A porcentagem de cesarianas no país tem se mantido em patamares elevados e há uma tendência de aumento em todas as regiões (BRASIL, 2014). A proporção de partos cesáreos em 2011 no país era de 53,88% e em Minas Gerais, de 55,72% – acima, portanto, da média nacional (BRASIL, 2012b).

De acordo a última declaração da OMS sobre as taxas de cesárea, taxas maiores que 10% não estão associadas com a redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). A realização indiscriminada de cirurgias cesarianas promove riscos adicionais tanto para as mães quanto para os bebês, além de custos adicionais para o sistema de saúde (BRASIL, 2014). Mulheres que se submetem a cirurgias cesarianas possuem risco de morte 3,5 vezes maior, além de risco mais elevado de infecção puerperal e ocorrência de parto prematuro (BRASIL, 2014). O alto índice de cirurgias cesarianas no Brasil representa um grande desafio para a saúde pública no país.

A qualificação da assistência ao parto e à assistência obstétrica de emergência com a adoção de intervenções adequadas, melhoria do acesso ao pré-natal e planejamento familiar são medidas que possibilitam a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2014). Além disso, são necessárias informações confiáveis sobre a mortalidade materna por meio de notificação, investigação em comitês de mortalidade materna para que se tracem metas para a redução desses índices (BRASIL, 2014).

Outro grande desafio para o Brasil relaciona-se às mortes neonatais. Mesmo com o alcance do objetivo do milênio de redução de dois terços da mortalidade infantil entre 1990 a 2015, o principal componente desse indicador no Brasil é a mortalidade neonatal (BRASIL, 2014). Em 2014, ocorreram no país 20.269 mortes neonatais precoces (0 a 6 dias de vida) e 6.454 neonatais tardias (do 7º até antes de 28º dia de vida) (BRASIL, 2015b).

Em uma pesquisa realizada no Brasil entre 2011 e 2012 com 24.061 nascidos vivos, as principais causas de morte neonatal foram a prematuridade (1/3 dos casos), a malformação congênita (22,8%), as infecções (18,5%), os fatores maternos (10,4%) e a asfixia/hipóxia (7%). Dentre os nascimentos computados nesse estudo, 56,7% das crianças nasceram de cesariana (LANSKY *et al.*, 2014). Dentre as taxas mais elevadas de mortalidade neonatal estavam as mães que relataram peregrinação para obter assistência ao parto, que tiveram filhos em hospitais públicos, que não tiveram acompanhante e as que tiveram práticas inadequadas durante o trabalho de parto e parto (LANSKY *et al.*, 2014). Tais fatos expõem a necessidade de entender o trajeto das mulheres na rede de saúde, o que as fazem peregrinar, quais são as motivações para procurarem determinados serviços de saúde e como tem sido a assistência nestes locais.

Dessa forma, o país possui desafios importantes para a atenção obstétrica, como a melhoria dos indicadores maternos; a diminuição dos índices de cesáreas; os avanços maiores na redução da mortalidade neonatal; a difusão das práticas baseadas nas evidências científicas em todos os serviços; e a melhoria da participação efetiva da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e nascimento (GOMES, 2014). Outra questão a destacar é a qualificação do pré-natal não somente do ponto de vista técnico, mas também do fornecimento de informações adequadas às mulheres em relação ao parto (GOMES, 2014).

Com o intuito de consolidar as redes de atenção materna e infantil e a mudança do modelo de assistência obstétrica no Brasil, em 2011 foi criada a estratégia “Rede Cegonha” pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). O objetivo da Rede Cegonha é desenvolver um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, organizar a rede de atenção materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, além de reduzir a mortalidade materna e infantil, enfatizando o componente neonatal (BRASIL, 2011). Os princípios dessa estratégia eram de respeito, proteção e realização dos direitos humanos; respeito à diversidade cultural, étnica e racial; promoção da equidade; enfoque de gênero com garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; participação e mobilização social; e a compatibilização com as atividades de atenção à saúde materna e infantil desenvolvidas nos Estados (BRASIL, 2011).

Os recursos destinados pela Rede Cegonha contemplam o reforço da rede hospitalar, a criação de novas estruturas assistenciais, como Centros de Parto Normal (CPNs) – ou Casas de Parto, como denominados em alguns locais – e qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

A manutenção de indicadores perinatais no Brasil ainda insatisfatórios permite questionar a qualidade da assistência obstétrica, já que hoje no país existe uma cobertura elevada desse tipo de serviço (LEAL *et al.*, 2014). A avaliação da assistência obstétrica deve se deter não somente na manutenção de práticas baseadas nas evidências científicas pelos serviços de saúde, mas também na compreensão, primeiramente, das necessidades e desejos em saúde da mulher e sua família (LEAL *et al.*, 2014). Diante da realidade apresentada, surge o questionamento de como as mulheres têm reagido diante da atual assistência obstétrica no país e o que as motiva a procurar determinado tipo de cuidado.

Existem estudos dedicados a avaliar o percurso dos usuários de saúde na busca por cuidados tanto sob a perspectiva de promoção quanto sob a de recuperação da saúde. Esse olhar em relação à movimentação do usuário na rede de saúde é denominado “itinerário terapêutico”, definidos como os trajetos em busca de cuidados, resultantes de escolhas para satisfação de necessidades de saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008). O estudo dos itinerários terapêuticos como tecnologia avaliativa de saúde tem se lançado como um olhar privilegiado na construção de saberes sobre as reais necessidades de cuidados, sob a perspectiva do usuário, o que pode ser usado na efetivação da integralidade em saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

O médico Arthur Kleinman foi um dos primeiros pesquisadores a estudar a trajetória de pacientes em busca por cuidados no sistema de saúde. Baseando-se em seus estudos sob uma concepção antropológica e considerando a relação do indivíduo com os setores prestadores de cuidado, Kleinman (1978) elaborou um conceito de sistema de saúde de cuidado. O modelo considera o indivíduo um ser social e cultural, aspecto que vai determinar a relação das pessoas com locais de assistência à saúde formal e não formal.

Percepções das relações em saúde como as descritas acima permitem uma ideia de amplitude da rede de cuidado de saúde. Portanto, considerar aspectos culturais e sociais, bem como a procura de cuidados, pode permitir uma visão mais completa de como as mulheres estão se relacionando com o sistema de saúde e com qual lógica elas estão construindo o trajeto delas.

Uma das estratégias adotadas para melhorar a assistência obstétrica no Brasil foi o incentivo à formação de CPNs, locais de nascimento que permitem o desenvolvimento das boas práticas no parto e nascimento e o retorno da mulher à centralidade de seu cuidado. Os CPNs foram criados para o atendimento da mulher no SUS em 1999, por meio da Portaria n. 985. Eles foram destinados ao atendimento da mulher na gravidez, no parto e no puerpério, além de prestar atendimento humanizado no parto normal sem distócia (BRASIL, 1999).

Em países como Inglaterra já existem políticas públicas consolidadas para o planejamento da mulher em relação ao local de nascimento (NICE, 2014). Nesses países, as mulheres de risco habitual podem planejar seu parto no domicílio, em Centros de Parto Normal Extra-Hospitalares (*Freestanding Midwife Unit*), intra ou Peri-Hospitalares (*Alongside Midwifery Unit*), todos manejados por enfermeiras obstetras ou obstetrizas; ou, ainda, em unidades obstétricas hospitalares (NICE, 2014).

Comparativamente, mulheres que planejam ter seus filhos em Centros de Parto têm maior chance de ter parto vaginal espontâneo do que em unidades obstétricas hospitalares (NICE, 2014). Além disso, a chance de uma mulher ter um parto vaginal assistido, evoluir para uma cirurgia cesariana e ser feita episiotomia é menor em CPNs (NICE, 2014). O custo desses Centros também é menor do que em unidades obstétricas hospitalares, dado o menor número de intervenções (NICE, 2014). Não há diferença nos resultados neonatais entre CPNs e unidades obstétricas hospitalares (NICE, 2014).

No Brasil, consolidando as iniciativas para a mudança do modelo de atenção obstétrica, em 2013 foram publicadas as diretrizes para a implantação e a habilitação dos CPNs no SUS (BRASIL, 2013b). Já em 2015, foram estabelecidas as novas diretrizes para o funcionamento desses locais de nascimento no Brasil (BRASIL, 2015a). Esta última diretriz define o CPN como uma unidade destinada à assistência ao parto de baixo risco e que seja pertencente a uma unidade hospitalar em suas dependências internas ou mediações (BRASIL, 2015c). Os CPNs são destinados a atender ao parto normal de risco habitual e podem ser classificados como: CPN intra-hospitalar (CPNi) tipo I, CPN intra-hospitalar (CPNi) tipo II e CPN peri-hospitalar (CPNp) (BRASIL, 2015a).

O CPNi tipo I deve estar localizado nas dependências internas do hospital e possuir ambientes exclusivos da unidade (BRASIL, 2015a). O CPNi tipo II, também, deve estar localizado nas dependências internas do hospital e ter ambientes compartilhados com o restante da maternidade, podendo, no puerpério imediato, a mulher e recém-nascido serem transferidos para alojamento conjunto (BRASIL, 2015a). Já o CPNp deve localizar-se

próximo ao hospital de referência a uma distância percorrida inferior a vinte minutos e garantir a transferência segura da mulher e do recém-nascido nos casos necessários para o hospital (BRASIL, 2015a).

Os CPNs são, ainda, locais liderados por enfermeiras obstétricas da admissão até a alta e têm como objetivo fornecer cuidado de qualidade, centrado na mulher, no bebê e na família, além de oferecer um ambiente com privacidade e tranquilidade (BRASIL, 2013a). Devem funcionar de forma integrada com as maternidades, de acordo com um modelo colaborativo de cuidado, garantindo a transferência das mulheres, caso necessário (BRASIL, 2013a).

A enfermagem tem sua atuação regulamentada na assistência no trabalho de parto, na execução do parto sem distócia, na assistência à gestante e à puérpera desde 1986, por meio da Lei n 7.498 (COFEN, 1986). Em 2005, a Portaria n. 743, de 20 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde, definiu que os enfermeiros obstetras estariam autorizados a emitir laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 2005). Já em 2015, o Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução n. 478, que normatizou a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos CPNse/ou Casas de Parto (COFEN, 2015). A resolução estabelece que o enfermeiro obstetra, ou obstetriz, deve atuar nesses locais de forma integrada à rede de atenção à saúde, garantindo a assistência integral da mulher, recém-nascido e família sob uma perspectiva de cuidado humanizado e pautado pelas evidências científicas (COFEN, 2015).

Não se sabe ao certo o número real de CPNs no Brasil. Alguns não possuem registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) individual. Até março de 2016, estavam registrados, no CNES, 14 CPNs isolados no Brasil (BRASIL, 2016a). Desses, dois na Região Norte, oito na Região Nordeste, dois na Região Sudeste, um na Região Sul e um na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2016a). No mesmo banco de dados, quando se faz a pesquisa utilizando o nome fantasia “Casa de Parto”, aparecem 20 estabelecimentos no país (BRASIL, 2016b).

No Brasil, portanto, os CPNs fazem parte das políticas públicas e remetem a um local de nascimento que preconiza práticas adequadas de assistência ao trabalho de parto e parto, baseadas nas evidências científicas, cuja centralidade do cuidado está na mulher, no recém-nascido e na família. Trata-se de uma estratégia para qualificação da atenção obstétrica. O questionamento que se faz é se as mulheres conhecem esse local e o cuidado prestado nesse serviço.

A finalidade com este estudo é responder a essas questões, conhecer como as mulheres tecem sua trajetória na rede de saúde e como chegam até uma Casa de Parto. Além disso, por meio da escuta dessas mulheres, percebeu-se o que elas desejam de cuidado no parto e no nascimento. Espera-se com esta pesquisa ampliar as discussões sobre a rede de atenção à saúde materna mediante a visão das próprias mulheres sobre essa rede e, com isso, motivar novas discussões sobre políticas públicas que atendam aos anseios e às necessidades de saúde desse grupo.

2 OBJETIVO

Conhecer a trajetória de mulheres assistidas em um Centro de Parto Normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O sistema de cuidado de saúde

Há uma pluralidade de fatores que vão determinar a trajetória dos indivíduos no sistema de saúde (GERHARDT, 2006). O comportamento das pessoas na rede de saúde é influenciado por questões culturais e sociais que vão interferir nas tomadas de decisão sobre os cuidados (GERHARDT, 2006). As escolhas serão determinadas, portanto, tanto pelo contexto em que as pessoas vivem – família, sociedade e comunidade –, como também por setores populares e pelos serviços formais de saúde (GERHARDT, 2006). Estudar os trajetos das pessoas pela rede de saúde permite identificar esses fatores que vão determinar as escolhas por cuidados. Tais trajetos vêm sendo denominados de “itinerários terapêuticos”. A construção do itinerário terapêutico se configura com base nos sentidos atribuídos a experiência real de busca por cuidados (ALVES; SOUZA, 1999).

A visão social e antropológica sobre os itinerários terapêuticos tem como objetivo identificar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais aderem aos tratamentos ou escolhem determinados serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). O itinerário terapêutico representa uma amplitude maior da relação entre os trajetos das pessoas no sistema de saúde e os fatores determinantes para as escolhas e, dessa forma, não se limita apenas à avaliação da disponibilidade de serviços e problemas no acesso a esses locais. Os estudos dos itinerários terapêuticos, portanto, vão além da perspectiva de acesso e utilização dos serviços de saúde, considerando, também, aspectos socioculturais (ALVES; SOUZA, 1999). Dessa forma, esse tipo de abordagem vai contemplar a relação das escolhas de cuidados pelo indivíduo numa dimensão social e cultural (ALVES; SOUZA, 1999).

As escolhas são determinadas de acordo com as possibilidades que estão ao alcance dos indivíduos (ALVES; SOUZA, 1999). Para realizar uma escolha, o sujeito transforma e reconstrói seu ambiente social (ALVES; SOUZA, 1999). Na análise dos trajetos das pessoas no sistema de saúde, portanto, deve-se considerar a construção das escolhas pelo indivíduo mediante a relação entre as convicções pessoais e as características socioculturais.

Um dos autores pioneiros a estudar os trajetos em busca de cuidados, resultantes de escolhas de acordo com as necessidades de saúde, foi Kleinman (1978), por volta das décadas de 1970 e 1980. O conceito de Kleinman sobre sistema de cuidados de saúde é um dos mais

aceitos na atualidade. Anteriormente, os estudos se detinham em uma concepção mais restrita dos comportamentos perante uma situação de doença (ALVES; SOUZA, 1999).

Kleinman, na década de 1970, foi para Taiwan, onde realizou extensa pesquisa como médico e explorou os limites e as interseções entre a medicina, a psiquiatria, a antropologia, a sociologia e a saúde pública. Kleinman (1980) criou um modelo de sistema de cuidado de saúde que se definiria como um sistema cultural de significados, ancorado na perspectiva dos arranjos das instituições e interações sociais (HELMAN, 1981). Esse modelo procura explicar o sistema de cuidados de saúde na sua origem cultural e social, explorando todos os componentes relacionados com a saúde da sociedade (HELMAN, 1981). Nesse contexto, Kleinman (1978) define a cultura como um sistema de significados que reflete a realidade social e a experiência pessoal. Esse sistema representa a interação entre as pessoas e as instituições formais de saúde. A cultura vai mediar a busca pelas várias formas de cuidado (SOUZA *et al.*, 2014).

O modelo de Kleinman demonstra uma articulação sistêmica entre os diversos elementos ligados à saúde, às doenças e aos cuidados, abrangendo a atitude do indivíduo perante essas situações e os fatores que vão determinar as escolhas terapêuticas (ALVES; SOUZA, 1999; KLEINMAN, 1978). A abordagem de Kleinman (1978) sobre os trajetos das pessoas no sistema de saúde descreve uma concepção de itinerário terapêutico muito mais ampla, não se detendo apenas no ponto de vista biomédico. No Brasil, os estudos sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes – por volta da década de 1990 – e estão inseridos, em sua maioria, na saúde coletiva.

Kleinman procura, também, entender a interação entre pacientes e profissionais, experiências de adoecimento e enfermidade e processo de autocura (HELMAN, 1981). Avalia a construção de doença pelo indivíduo e busca por cuidados como uma experiência psicossocial (HELMAN, 1981). O autor faz referência à visão limitada dos profissionais da saúde, ao perceber o processo de saúde/doença apenas do ponto de vista científico, e não, também, como um processo social e cultural (KLEINMAN, 1980). O modelo de Kleinman com enfoque cultural amplia a visão em relação ao sistema de cuidados para além do componente social e biomédico (ALVES; SOUZA, 1999).

A construção da escolha, da avaliação e da aderência a determinados serviços é complexa. Para entender esse processo, é preciso considerar o contexto em que o indivíduo está inserido, principalmente em relação à diversidade de possibilidades de cuidados no sistema de saúde (GERHARDT, 2006). A compreensão das situações de cuidados é um

desafio de quem cuida, já que envolve crenças, representações, experiências de vida e conhecimento científico (COLLIÈRE, 2003).

A percepção das pessoas em relação à produção e oferta de cuidado pelos serviços de saúde vai influenciar na trajetória delas pela rede de saúde (BELLATO *et al.*, 2011). Há, contudo, uma concepção aparente de que o conhecimento técnico domina as relações entre os pacientes e os serviços de saúde (COLLIÈRE, 2003). A necessidade por cuidados faz com que as pessoas e suas famílias construam uma rede de sustentação por meio de diversos subsistemas de cuidado, em busca de respostas resolutivas e que as atendam na sua integralidade (BELLATO *et al.*, 2011).

Kleinman (1978) constrói e diferencia dois conceitos traduzidos por palavras oriundas da língua inglesa, *illness* e *disease*. *Illness* é o significado que o indivíduo atribui à doença; é um conceito de estar doente, contemplando significados pessoais, sociais e culturais (OLIVEIRA, 2002). Já *disease* é o conceito de doença definido pelo sistema de saúde tradicional: a disfunção biológica (OLIVEIRA, 2002). O autor analisa as diferentes estratégias que os pacientes utilizam para escolher os diversos tratamentos e as razões para suas escolhas, utilizando não somente a lógica das instituições de saúde, mas também a lógica social e cultural.

Kleinman questiona, portanto, o fato de o sistema de saúde tradicional focar somente na relação entre o profissional de saúde e o paciente (HELMAN, 1981; KLEINMAN, 1980). Ressalta em sua obra, porém, que sua teoria é suportada por considerável evidência e, ao mesmo tempo, é aberta para ser contemplada e relacionada com outras realidades, permitindo novos estudos determinando a busca por cuidado no sistema de saúde e a relação com a cultura e interações sociais (KLEINMAN, 1980).

Na mesma perspectiva antropológica das relações entre o indivíduo e as instituições, o sistema de atenção à saúde é uma construção coletiva cuja utilização depende do grupo social, família, indivíduos, grau de instrução, religião, ocupação e rede social (OLIVEIRA, 2002). Essa perspectiva tem como finalidade perceber como se estrutura uma realidade sociocultural e seus significados em um sistema de cuidado de saúde (COLLIÈRE, 2003). Além disso, mesmo em uma mesma comunidade, indivíduos apresentam comportamentos diferentes em relação à busca por cuidados (OLIVEIRA, 2002). Uma situação de cuidados é uma situação antropológica em que o indivíduo inserido em sua rede de relacionamento, com suas crenças, bagagem emocional, recursos financeiros, está na centralidade dessa ação (COLLIÈRE, 2003).

Vários fatores influenciam a relação dos serviços de saúde e os usuários: encontro presencial, política de saúde e concepções do indivíduo (OLIVEIRA, 2002). Quando uma pessoa procura um serviço de saúde, ela já acionou uma série de mecanismos que vão determinar a busca por cuidados (OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, a cultura vai influenciar como o indivíduo se percebe doente e como ele vai agir (OLIVEIRA, 2002).

Kleinman (1980) considera, em seu modelo, o sistema de cuidado de saúde como um conceito, e não como uma entidade; é uma tentativa de entender o que os atores sociais pensam do cuidado de saúde. Assim, a construção do conceito de sistema de cuidados de saúde se deve à junção de no que as pessoas acreditam e os padrões de comportamento; ambos são governados pelas regras culturais (KLEINMAN, 1980). Vários fatores, portanto, vão influenciar nas crenças e comportamentos das pessoas diante do sistema de saúde: as instituições formais de saúde, as regras sociais, os relacionamentos interpessoais, os locais de interação, as restrições políticas e econômicas, dentre outros (KLEINMAN, 1980).

Assim, Kleinman considera que o sistema de cuidado de saúde é formado pela junção do setor informal, do profissional e do popular. O setor informal (*popular* na língua inglesa) – composto pela base individual de cada pessoa, experiências familiares e de vida, meio social, comunidade – é o principal determinante das escolhas do indivíduo (KLEINMAN, 1980).

Segundo Kleinman (1980), o setor informal (leigo) é a maior parte de qualquer sistema; é dele que, na maioria das vezes, saem as decisões dos percursos seguintes em relação à busca por cuidados. Sua matriz é composta pelos níveis: indivíduo, família, rede social e comunidade. É nesse setor do sistema que se iniciam o cuidado e a percepção do indivíduo sobre saúde e doença (KLEINMAN, 1980).

A comunidade é o local onde o indivíduo e sua família vão construir seu papel na sociedade e onde se inserem os cuidados primários de saúde (COLLIÈRE, 2003). O setor informal faz uma conexão com os demais setores, profissional e popular, e com isso deve ser a principal fonte e determinante imediata do cuidado (GERHARDT, 2006; KLEINMAN, 1980).

A família configura-se, portanto, um elo importante de cuidado (BELLATO *et al.*, 2011). Muitos cuidados podem ser efetivados pela família, porém, quando não é possível o alcance de recursos e informações, avança-se para outros setores de cuidado (BELLATO *et al.*, 2011). A busca por cuidados insere-se, primeiramente, em estratégias individuais e familiares, que posteriormente vão se apoiar em outras estratégias coletivas (GERHARDT, 2006).

Em um estudo sobre itinerários terapêuticos com mulheres em Mali, os resultados demonstraram que o principal determinante para escolha do seu itinerário foram os companheiros e, depois, as próprias convicções e a família (BOVE; VALA-HAYNES; VALEGGIA, 2012). Contudo, tal resultado demonstra uma realidade social e cultural bem específica, mas reforça a importância do setor informal na tomada de decisão em relação às trajetórias no sistema de saúde.

O setor profissional (*professional*, na língua inglesa) é composto pelas instituições de saúde formais, institucionalizadas, com base no modelo biomédico, científico e seus profissionais (KLEINMAN, 1980). Segundo Kleinman (1980), o setor profissional não vê os outros setores, popular e informal como científicos. Assim, cria-se a ideologia hegemônica de que o que é determinado pelos outros setores é perigoso e não pode ser tolerado. Dessa forma, aspectos psicossociais e culturais relativos à saúde seriam menos importantes (KLEINMAN, 1980).

Os profissionais de saúde têm exercido um monopólio ideológico do saber, e muitas das decisões de políticas de saúde e organização de serviços, centradas nessas pessoas, têm sido por decisão desses profissionais (COLLIÈRE, 2003). Contudo, olhando o sistema somente do ponto de vista biomédico, as desigualdades ficam mais expostas e as relações interpessoais, insatisfatórias; com isso, há uma hierarquização da saúde, com destaque para as categorias que curam em detrimento das que cuidam (HELMAN, 1981).

Por último, o setor popular (*folk*, na língua inglesa), não profissional ou paraprofissional, envolve um cuidado holístico, abrangendo corpo, mente, ambiente, moral e espiritualidade (KLEINMAN, 1980). Desde 1980, Kleinman vem mencionando o crescimento da procura pelos cuidados alternativos em detrimento dos serviços de saúde tradicionais (KLEINMAN, 1980). Ele estudou esse setor em Taiwan, onde era frequente a busca por herbalismo, shamans e curandeiros antes de procurar o serviço de saúde biomédico. O setor popular vai sempre estar próximo ou do setor profissional, ou do informal (KLEINMAN, 1980). A seguir o modelo explanatório do Sistema de Cuidado de Saúde de Kleinman:

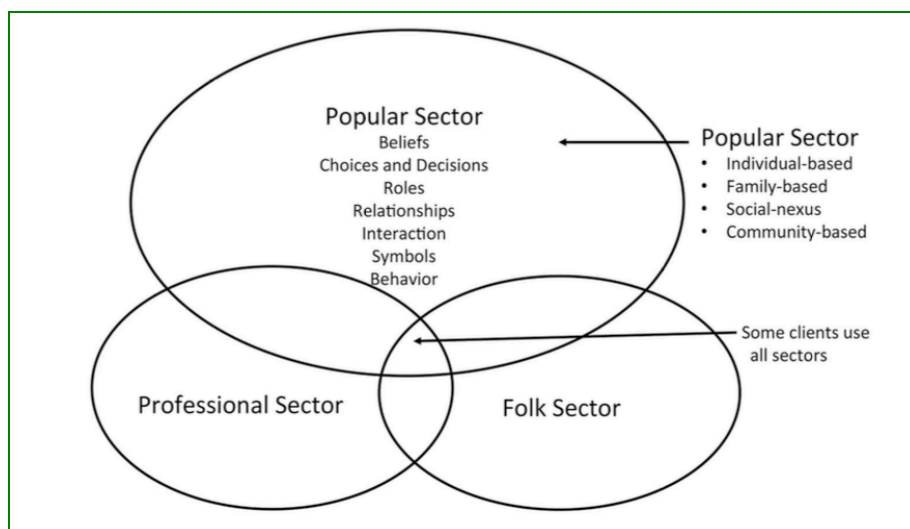


Figura 1 – Sistema de cuidado de saúde: modelo explicativo de Kleinman.

Fonte: FENENGA *et al.* 2014, p. 29. Adaptado de KLEINMAN, 1978.

O autocuidado, o cuidado familiar, os valores individuais determinantes de satisfação e os cuidados alternativos de não profissionais formam um grupo de conhecimentos essencial para entender o sistema de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1980). A concepção de rede exige que se percebam os movimentos dos usuários por meio da sua interação com os subsistemas, do fortalecimento ou distanciamento de vínculos, das trocas e articulação de novos elementos de cuidado (BELLATO *et al.*, 2011). A identificação dos componentes e interações na rede de saúde, mediante a compreensão da trajetória dos usuários, permite identificar situações de alerta em relação ao acesso e à qualidade do cuidado prestado pelos serviços (MELO *et al.*, 2007).

Os estudos sobre itinerários terapêuticos representam novas possibilidades para a compreensão dos comportamentos e das atitudes das pessoas em relação à busca por cuidado (PINHO; PEREIRA, 2012). Portanto, uma das maiores contribuições é o entendimento do sistema de saúde na sua perspectiva mais ampla, avaliando aspectos sociais, culturais e institucionais. Nos estudos de itinerários terapêuticos, deve-se considerar, no entanto, além das explicações lógicas para os comportamentos, as significações simbólicas atribuídas às experiências e vivências das pessoas (ALVES; SOUZA, 1999).

As mulheres lidam com vários dilemas no seu percurso pela rede de saúde à procura do cuidado que lhes seja mais adequado. Para atender às necessidades de saúde durante a gravidez, parto e puerpério, elas tecem o itinerário na rede de saúde com base em suas convicções construídas ao longo de sua vida; há, também, a influência de informações que recebem, da qualidade dessas informações e da interação que fazem com a sociedade.

O modelo de Kleinman nos ajuda a entender os múltiplos fatores que vão determinar as escolhas dessas mulheres e como os trajetos se relacionam aos desejos do indivíduo, à cultura e à sociedade. Mesmo não se tratando de um contexto de doença, as mulheres entrevistadas conseguem descrever a trajetória delas para o parto e criar em seu discurso significados para elas. Dessa forma, é possível entender e propor cuidados condizentes com as necessidades reais dessas mulheres e suas expectativas e convicções.

4 MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, de natureza exploratória, para o qual se utilizou como referencial teórico o sistema de cuidados de saúde elaborado por Kleinman (1978).

Origina-se de um recorte do projeto intitulado “Análise das trajetórias assistenciais de gestantes de risco habitual e suas implicações na qualidade da assistência obstétrica e seu impacto no resultado materno e perinatal”, vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET) III – Rede Cegonha (2012-2014) –, da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Hospital Sofia Feldman, o Centro de Saúde São Tomás e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

4.1 Cenário

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) Peri-Hospitalar David Capistrano da Costa Filho, do Hospital Sofia Feldman (HSF). O HSF, localizado em Belo Horizonte-MG, fez uma opção ético-política para realizar atendimentos exclusivamente às usuárias do SUS. O hospital é referência nacional e internacional para a humanização da assistência ao parto e nascimento.

Inaugurado em dezembro de 2001, o Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho tem capacidade para atender a 150 partos por mês e atualmente é o único no Estado nessa modalidade. O CPN possui recursos materiais e humanos destinados a prestar assistência humanizada e segura ao parto e ao nascimento sem distócia de mulheres de risco habitual. Neste estudo, denomina-se o CPN como “Casa de Parto”, por esse termo estar mais presente culturalmente no dia a dia da comunidade do local da pesquisa, bem como entre os profissionais de saúde da instituição.

As mulheres admitidas na Casa de Parto são atendidas, primeiramente, no pronto atendimento do hospital de referência. A partir daí, é oferecida a na Casa de Parto, de acordo com o protocolo e disponibilidade do local.

Há seis anos a autora vem trabalhando como enfermeira obstétrica na assistência à mulher e ao recém-nascido durante o período de gestação, parto e puerpério. Ao longo desses anos, os dilemas em torno da assistência obstétrica e da configuração da rede de saúde em torno da saúde da mulher têm sido percebidos. Algumas mulheres procuram determinados cuidados e outras ainda enfrentam problemas como a peregrinação na rede de saúde. Tem-se observado, também, como é a inserção da Casa de Parto na rede de saúde. Não há, hoje, um referenciamento formal na rede de saúde diretamente para a Casa de Parto na instituição deste estudo.

4.2 Sujeitos e critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres de risco habitual, residentes em Belo Horizonte e assistidas no Centro de Parto Normal David Capistrano, no período de 1º de março a 30 de novembro de 2014.

4.3 Coleta e análise dos dados

A identificação das participantes se deu a partir de um banco de dados existente, construído para a pesquisa maior e composto por 209 puérperas que deram à luz no Centro de Parto Normal (CPN) David Capistrano da Costa Filho do Hospital Sofia Feldman (HSF). Para este estudo, foram selecionadas intencionalmente 109 mulheres residentes no município de Belo Horizonte. Dessas, foram incluídas neste estudo aquelas possíveis de serem contatadas por telefone ou no endereço informado à época do atendimento no CPN, que aceitaram participar desta fase da pesquisa e não possuíam debilidades que prejudicassem sua comunicação por meio da fala. Portanto, a amostra deste estudo foi constituída de 28 mulheres atendidas no CPN para atenção ao parto e nascimento.

O objetivo com o recorte das mulheres do município foi identificar o processo de vinculação estabelecido pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte (SMS/BH), pois, dessa

forma, seria possível refletir sobre como as expectativas em relação ao parto poderiam alterar o fluxo da organização da rede estabelecido pela política municipal de saúde.

As mulheres, durante a gravidez, são orientadas pelo sistema público de saúde em Belo Horizonte a fazer o pré-natal no Centro de Saúde da região onde moram. Esses Centros de Saúde possuem os hospitais de referência de acordo com o distrito sanitário no qual estão inseridos.



Figura 2 – Mapa de vinculação das gestantes dos Centros de Saúde para as maternidades do SUS-BH.

Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015.

A coleta de dados compreendeu duas fases: a primeira foi realizada no período de março a dezembro de 2013, e a amostra foi constituída pela totalidade de participantes do estudo maior. Utilizou-se, nessa fase, um instrumento estruturado, onde foram coletadas informações que permitiram a caracterização da população estudada.

A segunda fase de coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2014. Nessa fase, utilizou-se uma entrevista em profundidade que teve como pergunta norteadora “Conte-me como foi a sua busca por atendimento durante o pré-natal, até a sua chegada a maternidade e o nascimento do seu filho” (Apêndice A). Realizou-se uma entrevista com a finalidade de testar-lhe o roteiro. Não tendo sido verificada necessidade de modificações no instrumento, deu-se início à coleta de dados.

Todas as entrevistas foram realizadas no domicílio das mulheres e conduzidas por duas das pesquisadoras que compunham a equipe de pesquisa. No momento da entrevista, as mulheres estavam acompanhadas de seus filhos. Realizou-se a gravação do áudio das entrevistas, as quais foram transcritas por uma das pesquisadoras. As transcrições foram revisadas quanto à acurácia em relação aos áudios.

Realizou-se a análise temática de conteúdo (BARDIN, 2010) procedendo-se à leituras sucessivas das entrevistas para a identificação dos enunciados significativos, de acordo com o objetivo do estudo. Os enunciados foram agrupados de acordo com sua similaridade e compuseram duas categorias: “As mulheres, as famílias e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento ” e “As mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde” (Quadro 1). Os trechos utilizados para a composição dessas categorias foram validados por duas das pesquisadoras. Procedeu-se, então, à descrição e à análise deles à luz do referencial teórico e do conhecimento acerca da temática.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
1. As mulheres, as famílias e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento	• O percurso no parto e no nascimento baseado na mulher, na família e nas relações sociais. • O cuidado e as (res)significações no parto e no nascimento.
2. As mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde	• O desafio dos serviços de saúde diante das necessidades de cuidado das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. • A Casa de Parto: a convicção e a descoberta de um local de cuidado no parto e nascimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Questões éticas

A obtenção de dados e informações diretamente da gestante ou de seus registros de saúde teve seus riscos minimizados, já que não repercute nas condições fetais ou neonatais. No estudo não foi realizada qualquer intervenção clínica, pois se trata de abordagem observacional.

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para a efetiva realização e obtenção dos resultados científicos, aos quais o estudo se destina. O sigilo individual das usuárias foi resguardado e garantido, tanto nos registros em papel quanto no banco de dados informatizado. O nome das participantes foi substituído pela letra E, seguida de uma identificação numérica de acordo com a ordem de realização da entrevista (E1, E2, etc.). Os serviços de saúde foram identificados de acordo com sua denominação na rede de serviços de saúde, sem mencionar o nome. Os profissionais não foram identificados nos trechos transcritos e fluxogramas.

Os dados ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora principal, que os guardará por um prazo de cinco anos. Apenas a equipe de pesquisa tem acesso aos dados individuais. As entrevistas foram realizadas no momento mais adequado para a mulher, preservando sua

privacidade. As entrevistas foram gravadas após consentimento das mulheres e transcritas posteriormente.

Ressalte-se que todos os preceitos definidos pela Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados (BRASIL, 2012a). O material está mantido em sigilo e a identificação das mulheres foi feita por número, seguindo a ordem em que as entrevistas em domicílio foram realizadas, com o intuito de manter o anonimato das participantes. O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do HSF e da SMS/BH, CAAE 13338713.9.0000.5132. Parecer do CEP Prefeitura de Belo Horizonte: 381.882 /CEP Hospital Sofia Feldman, n. 324.262.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Para entender melhor o perfil das mulheres que participaram do estudo, julgou-se importante a caracterização do perfil delas. A idade variou entre 17 e 40 anos. Das 28 mulheres incluídas no estudo, apenas uma tinha menos de 18 anos e cinco, mais de 35 anos. Em relação à cor, três se autodeclararam negras e quatro, brancas; o restante das mulheres se autodeclarou parda.

Das mulheres participantes, 14 se declararam casadas e três, em união estável. A escolaridade dessas mulheres variou entre ensino fundamental incompleto até ensino superior com pós-graduação. Do grupo participante da pesquisa, apenas quatro mulheres tinham ensino superior completo e uma, ensino superior incompleto. Dentre aquelas com ensino superior, duas tinham algum tipo de pós-graduação. Dessas mulheres, 13 tinham ensino médio completo e três, o ensino fundamental incompleto.

A ocupação foi estabelecida de acordo com o que elas se declaravam. Uma mulher não considerou ter algum tipo de ocupação. Nove dessas mulheres se declararam “do lar”. Dentre as entrevistadas, havia uma da área da saúde e uma estudante. Das 28 entrevistadas, 19 eram multíparas, configurando-se a maioria.

A caracterização dessa amostra permite entender melhor o perfil dessas mulheres que tiveram seus filhos em uma Casa de Parto, bem como a construção da trajetória que escolheram.

No Quadro 2 são apresentadas as características das mulheres descritas acima:

Quadro 2 – Caracterização das mulheres participantes do estudo.

Entrevista	Idade	Cor	Situação Conjugal	Escolaridade	Ocupação	Paridade
1	20	Parda	União Estável	Ensino Fundamental Completo	Cabeleireira	Múltipara
2	24	Parda	Solteira	Ensino Médio Completo	Babá	Múltipara
3	40	Parda	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Diarista	Múltipara
4	21	Parda	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	Múltipara
5	22	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	Cabeleireira	Múltipara
6	23	Negra	Casada	Ensino Médio Completo	Monitoramento	Múltipara
7	32	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	Do Lar	Múltipara
8	17	Parda	Solteira	Ensino Médio Completo	Do Lar	Primípara
9	40	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	Faxineira	Múltipara
10	35	Parda	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Serviços Gerais	Múltipara
11	19	Parda	Solteira	Ensino Fundamental Completo	Sem ocupação declarada	Primípara
12	20	Parda	Casada	Ensino Fundamental Completo	Vendedora	Primípara
13	29	Parda	Casada	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	Múltipara
14	32	Branca	Solteira	Ensino Superior Completo	Do Lar	Primípara
15	31	Branca	Casada	Ensino Superior com Pós-graduação	Enfermeira	Primípara
16	19	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	Do lar	Primípara
17	26	Negra	Casada	Ensino Médio Completo	Do Lar	Múltipara
18	22	Negra	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Operadora de Caixa	Múltipara
19	20	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	Estudante	Primípara
20	31	Parda	Casada	Ensino Superior com Pós-graduação	Autônoma	Primípara
21	37	Parda	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Babá	Múltipara
22	23	Parda	Solteira	Ensino Médio Completo	Garçonete	Primípara
23	26	Parda	Casada	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	Múltipara

24	33	Branca	Casada	Ensino Superior Completo	Funcionária Pública	Múltipara
25	39	Parda	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Do Lar	Múltipara
26	22	Branca	União Estável	Ensino Médio Completo	Operadora de Caixa	Múltipara
27	26	Parda	Solteira	Ensino Médio Completo	Auxiliar administrativo	Múltipara
28	26	Parda	União Estável	Ensino Médio Completo	Artesã	Múltipara

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 As mulheres, a família e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento

Esta categoria foi elaborada com base nos depoimentos das mulheres em relação ao trajeto percorrido para o parto e nascimento e escolhas no cuidado, influenciadas pelas vivências e experiências individuais, posicionamento da família e opiniões de outras pessoas fora do contexto familiar. São elementos que influenciaram de forma significativa a escolha da trajetória de cada uma delas nesse momento tão importante na vida de uma mulher. Segundo o conceito de Kleinman de Sistema de Cuidado de Saúde (1978), é da esfera individual, social e comunitária que vão sair as principais decisões sobre o cuidado em saúde.

Notou-se nos discursos das mulheres o medo e a insegurança referentes às falas negativas em relação ao local de nascimento e ao parto normal, ou natural, principalmente estimuladas pelo temor da dor no parto. Elas referiram-se à busca de informações, ao conhecimento em relação ao parto e ao nascimento e aos mecanismos que têm utilizado para isso. Muitas delas manifestaram o que desejavam de cuidado e as redes sociais e grupos de mulheres aparecem nos discursos, expressando como essas mulheres têm construído e demonstrado seu protagonismo no parto e no nascimento.

De acordo com o conceito de Kleinman (1978) de Sistema de Cuidado de Saúde, as convicções do indivíduo, família, relações sociais, comunidade são representadas pelo setor informal, o setor determinante de cuidado. Dessa forma, um olhar considerável para esse setor é imprescindível para entender o trajeto das pessoas pela rede de saúde e como vão ser determinadas essas escolhas. Com base em convicções, crenças e experiências pessoais, as

pessoas progridem nas suas escolhas e decisões em relação à saúde, recorrendo primeiramente à família, depois à rede social; isso se expande até a comunidade e, então, inicia-se a busca pelos outros setores de cuidado.

Essa categoria foi dividida em duas subcategorias (Quadro 3), que se relacionam entre si por meio do elo das convicções pessoais, da família e das relações sociais, influenciando a trajetória para o parto e o nascimento. Na primeira subcategoria, aborda-se o percurso para o parto e o nascimento baseado na mulher, na família e nas relações sociais e comunitárias. Na segunda, identificam-se o cuidado pretendido e ofertado no parto e o significado desse momento para essas mulheres.

Quadro 3 – Categoria: as mulheres, as famílias e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento.

Categoria	Subcategorias
As mulheres, as famílias e a sociedade: a construção e os sentidos das trajetórias para o parto e o nascimento	• O percurso no parto e no nascimento baseado na mulher, na família e nas relações sociais. • • O cuidado e as (res)significações no parto e no nascimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 O percurso no parto e no nascimento baseado na mulher, na família e nas relações sociais

Nesta subcategoria as mulheres falaram da família, de pessoas e dos próprios sentimentos que influenciaram nas escolhas e percurso até o local de nascimento. Foram relatadas experiências anteriores que exerceram influências no trajeto, bem como as falas de pessoas em relação ao local de nascimento e parto. Em algumas falas, o medo e a insegurança

na manutenção das decisões tomadas em relação ao local de nascimento foram percebidos. Há um conflito muito grande durante esse período, que deveria ser familiar, de tranquilidade e afetividade. Ao longo dessa subcategoria, foram colocados alguns fluxogramas que ilustram algumas dessas trajetórias.

A família é um importante reduto de cuidado e confiança para o indivíduo e pode ser determinante na escolha do trajeto das mulheres para o parto e o nascimento. Experiências anteriores no círculo familiar criam uma atmosfera de segurança para as decisões em relação ao percurso dessas mulheres.

O parto se torna um evento familiar e comunitário, e a opinião deste círculo social será importante para as escolhas dessas mulheres. Esse é o setor que mais vai influenciar e balizar as emoções das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. O apoio desse núcleo é fundamental para a afirmação das convicções e direções para esse rito na vida das mulheres.

As falas de algumas mulheres demonstram tal afirmativa:

[...] **muita gente falou pra mim ir** [para outro hospital] porque lá [hospital da pesquisa] não era bom. **Eu falei: ‘Ah, não, eu vou pra lá’** [...] **Porque minha mãe ganhou nós** [...] **as três crianças dela lá** [...]. Nasci lá [...] eu fui escolhi ir pra lá. **E muita gente falô que lá era açougue**, pra mim não ir pra lá [...]. (E8)

[...] **foi escolha minha** [de ir para o hospital da pesquisa] [...] a madrinha do meu primo, que lá era um local bom, só que eu não conhecia; eu fui mais por causa disso [...] **minha família já conhecia ela e falou assim: ‘Ganha lá’**. **Eu falei assim: ‘Ah eu vou lá, sim’**. (E18)

[...] eu nunca tinha ido não [no hospital da pesquisa]. **Depois que a minha mãe ganhou minha irmã lá**. Minha mãe ganhou parto cesariana. **Eu fui visitar e gostei muito de lá** [...]. (E4)

Eu escolhi porque [...] **minhas colegas tudo falou que lá** [Casa de Parto] **era bom**, [...] **Minha irmã mesmo teve o menino dela** [na Casa de Parto]. Eu sempre ia lá visitar [...] Chegou o segundo filho aí **eu fiz minha escolha mesmo de ir pra casa de parto**. (E1)

A aprovação da família em relação às escolhas dessas mulheres é uma segurança. Algumas já tinham suas convicções em relação ao parto e tiveram de fazer um trabalho de argumentação com seus familiares, o que foi essencial para sustentar suas escolhas do trajeto a ser feito. Romper com uma **cultura familiar** não é fácil, e essas mulheres precisam

construir seu discurso em defesa daquilo em que acreditam por meio da busca por informação de qualidade.

A seguir, os relatos que comprovam tais afirmações.

[...] **o meu esposo é de uma família que só tem filho de cesárea e eu tive que fazer um trabalho de convencimento** do meu esposo pra ter o parto normal [...] (E15).

[...] eu trabalhei num hospital, então **eu sempre conheci o trabalho** [do hospital da pesquisa], **eu já conhecia pelo pessoal que trabalhava comigo**, eu trabalhava numa maternidade também [...] **a minha mãe que não conhecia, ela tava muito receosa porque infelizmente sempre tem pessoas pra falar mal** [...] **Então eu chamei ela** [mãe da entrevistada] **pra gente ir lá** [hospital da pesquisa] **fazer uma visita**, pra ela conhecer, porque eu já conhecia. Fomos lá, o pessoal da ouvidoria recebeu a gente e mostrou a maternidade e **a Casa de Parto que era o meu maior interesse**. Ela [mãe da entrevistada] **ficou supertranquila, gostou demais, fala bem agora** [hospital da pesquisa] **pra todo mundo**. (E22).

[...] a **minha sogra** falou comigo assim: ‘[...] **you não pediu tanto a Deus que você queria ter um parto normal, pois então está vendo você quase morreu!**’. Mas Deus é tão maravilhoso que Ele me deu a graça de ter o parto normal [...] **pensei que eu não ia conseguir, Deus segurou na minha mão e falou: ‘você vai conseguir’** [...] Deus foi tão maravilhoso que talvez eu não tinha nem estrutura para ter um parto normal mas **eu consegui** [...] **eu tive meu parto natural** [...]. (E5)

A **informação** proporcionada pelas experiências vividas possibilitou que essas mulheres fizessem o percurso baseando-se nas próprias escolhas, e não somente no que é determinado pela rede de saúde. A informação de qualidade, seja pela **experiência vivida**, seja pela busca em outras fontes, sustenta as escolhas dos trajetos dessas mulheres, mesmo que elas escutem afirmações contrárias a suas decisões:

[...] a médica foi e falou comigo: ‘**Temos a casa de parto**’. **Eu falei: ‘Não, eu já pesquisei, já procurei saber**. [...] **Optei na hora** [...]. (E5)

[...] **o motivo, o que me fez conhecer** [o hospital da pesquisa] na verdade **foi uma visita técnica** que eu fiz [...] ela [uma professora] trouxe a gente pra conhecer [o hospital da pesquisa] [...] E eu **fiquei encantada com a Casa de Parto**. (E20)

[...] no dia que eu fui ganhar meu menino eu mesmo **escolhi ir pra casa de parto**, que eu **já tinha ganhado o meu outro menino lá**. (E1)

[...] eu cheguei [no hospital da pesquisa], porque eu **tive um aborto há 15 anos**, [...] **fui muito bem atendida, eu tinha uma referência** [...] eu gostei de ir pra lá [hospital da pesquisa] [...] eu me senti bem [...] **fui naquela feira de bebê e gestantes** [...] **vi as meninas fazendo uma campanha lá** [feira do bebê] **me convidaram pra mim ganhar lá** [hospital da pesquisa], **porque**

era normal e humanizado, que era muito bom, não fui [foi para outro hospital] [...] eu **engravidar novamente** [...] aí eu **falei: ‘Dessa vez, eu vou, me convidaram outra vez, e dessa vez eu vou’** [...]. (E21)

Sempre me falavam desse jeito: ‘Cê é louca, que todo mundo fala mal de lá [hospital da pesquisa]’, gente, mas eu tive lá, não como paciente, mas tive como acompanhante, e eu como acompanhante, fui muito bem tratada [...] **foi melhor ainda, eu não tenho do que reclamar, eu tava, eu fui lá dentro, eu vi como é, eu fiquei superapaixonada** [...]. (E5)

A trajetória de E5 e a de E21 demonstram que elas fizeram escolhas próprias e seguiram o que foi de desejo delas; já conheciam o hospital da pesquisa, e isso foi determinante no trajeto delas.

A seguir, os fluxogramas que ilustram o percurso de E5 e E21 na rede de saúde:

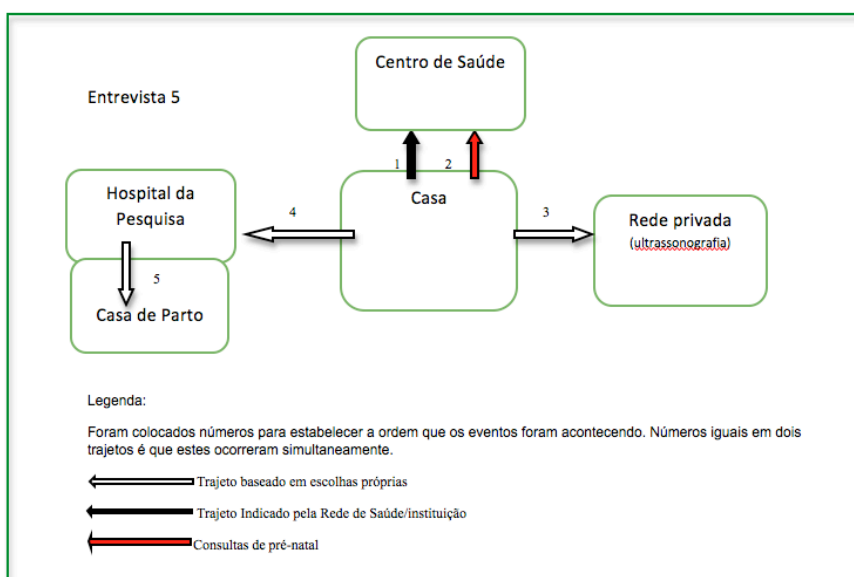


Figura 3 – Trajetória da entrevistada 5 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

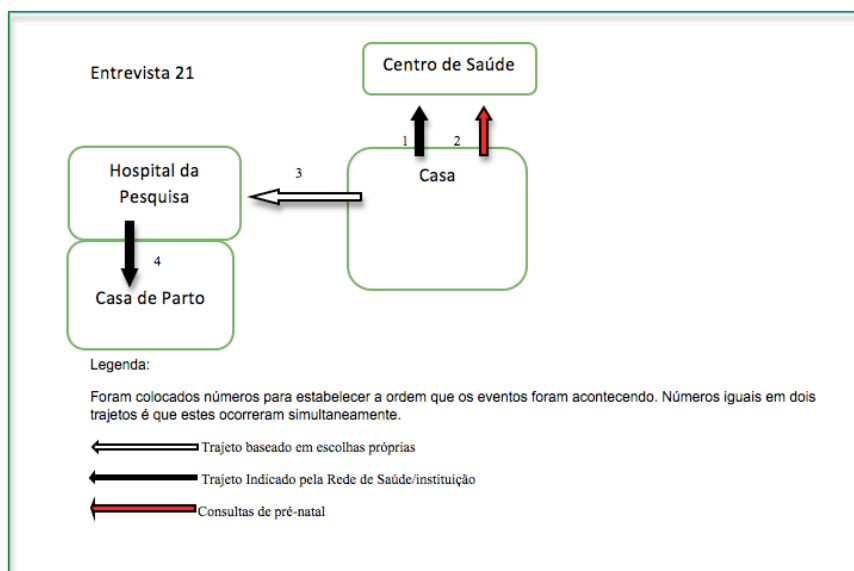


Figura 4 – Trajetória da entrevistada 21 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

Uma referência positiva em relação ao local de nascimento gera mais segurança na hora da escolha do trajeto a ser feito para o parto. **Escutar experiências positivas de outras mulheres** promove tranquilidade e fortalece as decisões em relação ao percurso escolhido.

Os relatos a seguir confirmam essa afirmação.

[...] **eu fui tranquila** porque um dia anterior, o dia que eu fui lá [outro hospital] justamente teve **uma menina que falou bem de lá** [hospital da pesquisa]. Ela falou assim: ‘Pede eles pra transferir [para hospital da pesquisa]’ [...] Eu fiquei tranquila. (E13)

[...] **A menina** [outra mulher aguardando atendimento] **que estava lá [outro hospital da rede pública] falou assim: ‘Se você tiver que ir para lá [o hospital da pesquisa] pode ir ganhar que lá, é ótimo [...]** eu faço o pré-natal aqui, mas eu ganho é lá [no hospital da pesquisa] [...] para ganhar não precisa escolher lugar não’. **Fui para lá** [o hospital da pesquisa], **fui bem recebida, bem tratada**, voltei de novo para casa, ela [profissional de saúde] pegou e falou que ainda não estava na hora. (E25)

A comunidade e as relações sociais influenciam nos trajetos e escolhas das mulheres em relação ao parto e ao nascimento. Algumas mulheres relataram falas de pessoas de convívio ou inseridas na comunidade que criaram temor e insegurança em relação ao trajeto e

escolhas quanto ao local de nascimento e ao tipo de cuidado pretendido. Em alguns casos, as **falas negativas suprimem as convicções dessas mulheres e provocam uma mudança do percurso, principalmente quando elas não possuem informações adequadas sobre o parto e o nascimento**. No entanto, quando elas têm a própria experiência, conseguem ter maior convicção de suas escolhas, vão construindo os próprios saberes e passam a propagar para outras mulheres a vivência positiva delas.

A seguir, algumas dessas narrativas que demonstram essa questão:

Não conhecia [hospital da pesquisa] e até então **muita gente falava muito mal de lá comigo, que lá parecia um açougue**. Eu **tenho por mim tudo ao contrário, porque lá foi muito bom!** [...] **Ouvi falar mal e hoje em dia eu falo muito bem, porque eu recomendo!** Gostei muito de lá mesmo [...] Se agora eu pudesse escolher eu já ia direto pro [hospital da pesquisa]. (E26)

[...] não tinha vaga na parte de cima [no hospital da pesquisa]. **Me mandaram pra Casa de Parto. Aí eu falei: ‘Pronto, morri’. Que o povo fala**. Essa língua do povo felina [...] **Num era nada daquilo que o povo falava**, que lá é um açougue. Gostei bastante de lá [...]. (E28)

No começo, muita gente falava pra mim não ir [para o hospital da pesquisa], porque tem aquela imagem [...] porque **muita gente** ficava falando [...] **fala mal de lá** [hospital da pesquisa] [...]. Eu fui ficando com medo. **Desde quando eu descobri minha gravidez, eles me falaram [...]** até pra minha mãe [...] do meu irmão... Aí ela [sua mãe] **também não foi por conta disso. Muita gente passa uma imagem muito assustadora de lá** [hospital da pesquisa] [...]. (E11)

[...] eu **ouvi falar muito mal** [do hospital da pesquisa], portanto, **quando eu estava entrando na ambulância** [transferência de outro hospital], **chorando**, pedindo a Deus para me acompanhar, **passou uma mulher [...]** Ela falou: ‘Nossa, **cuidado porque lá** [no hospital da pesquisa] **você vai morrer lá**’. A enfermeira que estava entrando na ambulância ficou tão nervosa que eu acho que ela ia pular na mulher, aí começou a xingar a ela: ‘Você é doida!’, o motorista virou e falou: ‘Sai daqui, sai daqui!’. Uma mulher muito estranha: ‘**Eu estou falando a verdade, ela vai morrer lá dentro, porque lá se prepara para você morrer de dor!**’ A gente já vai um pouco assustada, porque você já está com aquela coisa, mas não, foi tudo ótimo [...]. (E27).

Eu fiz lá [pré-natal no hospital da pesquisa] **porque eu ganhei ela** [filha mais velha] **no** [hospital da pesquisa] [...] **eu gostei muito do parto dela [parto atual] eu não quis nem fazer o pré-natal no posto eu já pedi logo para ir para** [o hospital da pesquisa], para mim fazer o pré-natal [...] me falaram tanta coisa [do hospital da pesquisa] [...] **na segunda [parto atual] ainda me fizeram mais medo ainda**. Todo mundo falando, aparecia reportagem que aconteceu não sei o que com fulano, o povo me ligava [...] não vai [...] **eu chorava de madrugada**, eu cheguei até ir [para outro hospital] [...] Cheguei lá [outro hospital] e vi uma cena horrorosa que eu falei: ‘U não ganho aqui nem que for hoje, pode me levar’ [para o hospital da pesquisa]. (E17)

E17 tinha uma experiência positiva no hospital da pesquisa e tinha feito o pré-natal lá, mas refez seu trajeto em virtude da fala negativa das pessoas em relação ao hospital. No entanto, em decorrência do que vivenciou no outro hospital, refez seu trajeto.

A seguir, o fluxograma do trajeto da E17 demonstrando sua experiência.

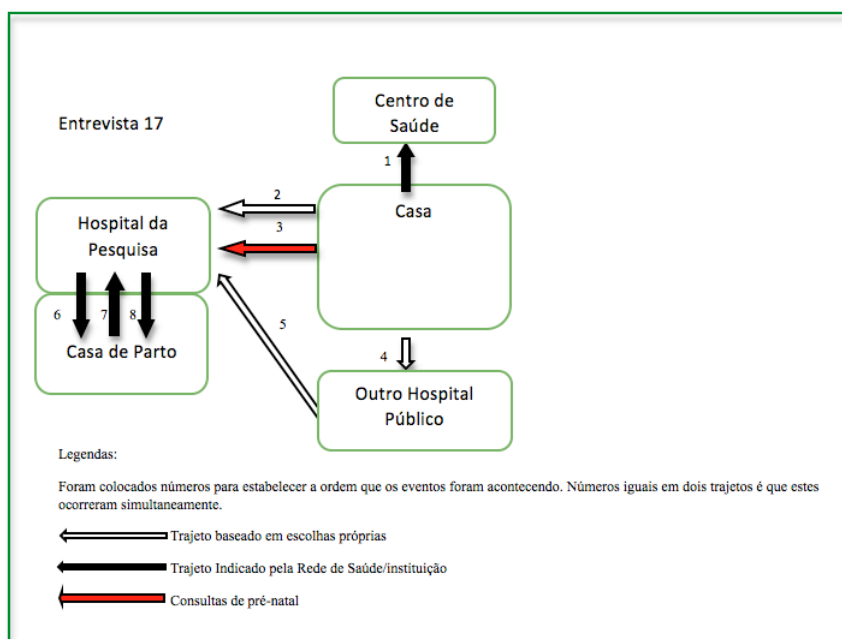


Figura 5 – Trajetória da entrevistada 17 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

E10, por sua vez, teve de lidar com o medo de ir para o hospital da pesquisa porque já tinha formado um conceito ruim sobre ele, em virtude de uma experiência negativa que tinha vivenciado no parto anterior. Ela chegou a ir para outro hospital, mas foi transferida, o que lhe causou pânico.

A seguir, o relato dessa mulher e o fluxograma que demonstra como foi seu trajeto:

Dessa vez agora, menina, se fosse pra ganhar dez filhos [...] eu queria ir pra lá [hospital da pesquisa] [...] eu fiquei preocupada em voltar pra ganhar menino no [hospital da pesquisa] [...] pensei assim: ‘Gente, **se for daquele jeito que eu ganhei há sete anos atrás, eu vou sofrer demais.** Eu já tinha aquilo no minha mente. Aí uns falavam: ‘Eu não quero ir [para o hospital da pesquisa] [...]’. E eu ficava com aquilo na cabeça. Então, quando eu tava lá [em outro hospital] **e falou assim: ‘Vai ser transferida** [para o hospital da pesquisa]’... Ah minha filha, aquilo ali [...] falei assim: ‘**Pronto, eu vou morrer, vai eu e o menino morto agora**’. (E10)

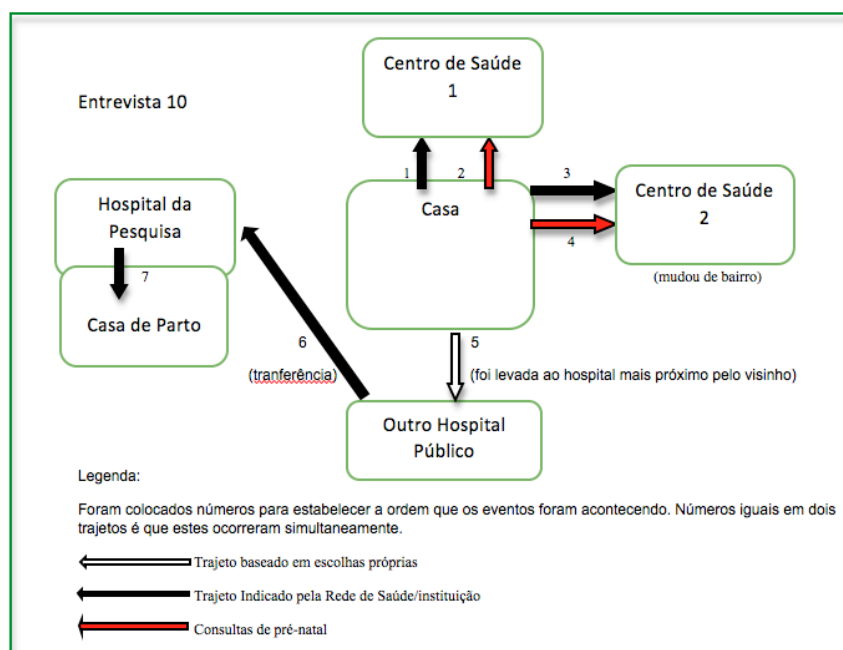


Figura 6 – Trajetória da entrevistada 10 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

Essas mulheres tiveram de enfrentar a insegurança e o medo para viver as próprias experiências e fortalecer suas convicções na produção de sua trajetória para o parto. Elas mesmas conseguem construir justificativas em seus relatos do **imaginário coletivo** de temor em relação ao hospital da pesquisa e ao parto normal e natural. Referem que as mulheres têm **medo do parto normal**, têm uma concepção que lá não faz cesariana. Há, ainda, o relato de que **as mulheres não se sentem fortes** o suficiente para ter o parto natural.

A falta de informação cria o sofisma de que as mulheres sofrem num hospital onde há incentivo ao parto normal, aos métodos não farmacológicos da dor, onde se procura respeitar a fisiologia do parto e não se faz cesárea. O **medo da dor e de sofrer** também é uma justificativa presente nas falas. E9 não deixou de temer em ir para o hospital da pesquisa em virtude das falas ruins, mas conseguiu definir que a dor no trabalho de parto é algo normal. O

mesmo **preconceito** foi referido por E15 em relação ao discurso negativo que impera em relação ao hospital da pesquisa. Falou que não podia contar para as pessoas que ia para lá.

Seguem-se os relatos dessas mulheres que confirmam as afirmações:

[...] **olha eu já tive** [no hospital da pesquisa] [...] e eu gostei muito do atendimento de lá [...] só que **todas as pessoas que eu comentava, a pessoa dá um pulo pra trás** [...] **‘Cê é louca ir** [para o hospital da pesquisa], gente, mas, qual o problema? **Dizem e nunca que ninguém que falou, passou por lá.** (E5)

[...] **eu sei que a dor era normal.** Mas só que eu **tinha medo porque, igual muita gente fala: ‘Ah que força bastante’** [...] se as criança num passar, aí faz fórceps [...] eu fiquei com medo. Mas só que assim [...] **doer dói mesmo** [...] **uma colega minha, ganhou neném lá** [hospital da pesquisa] [...] **aí ela: ‘Nossa, eu sofri demais’;** eu falei assim: **‘Ué, mas é normal sofrer** [...] **eu achei normal** [...] o que aconteceu lá é normal [...]. (E9)

O discurso que você vê aí hegemônico sobre o [hospital da pesquisa] é que lá é precário [...] meu esposo não pôde contar pras pessoas que, ele é do meio empresarial, [...] **Porque o preconceito em relação** [ao hospital da pesquisa] **é tão grande que eu não contava pra ninguém onde** [a filha] **ia nascer,** porque eu só **escutava as pessoas falando comigo assim: ‘Cê é louca’, ‘cê tem convênio** [...]’. [...] Mas é o preconceito de quem realmente não conhece. Então assim é triste ver isso [...]. (E15)

Talvez é por causa do medo do parto natural [explicando porque as mulheres não querem ir para o hospital da pesquisa] que as pessoas têm. **Porque lá não faz cesariana. Muito difícil, só em último caso.** Então as mulheres têm muito medo. [...] **Elas até me pergunto** no dia que eu ganhei: **‘Nossa, cê é forte de tê ganhado natural!’** (E1)

[...] **lá é um hospital totalmente diferente** [hospital da pesquisa] de outras maternidades que tem aí [...] **todo mundo que fala mal de lá eu sempre falo o contrário,** porque eu **também tinha essa visão do ruim, mas hoje não, hoje eu tenho a visão do bom,** porque lá é bom [...]. (E27)

5.2.2 O cuidado e as (res)significações no parto e nascimento

Nesta subcategoria, as mulheres falaram das escolhas de cuidado em relação ao parto, que tipo de cuidado procuravam e como foi a construção das informações para fazer suas escolhas. Mais uma vez, elas se baseiam, além de na própria experiência, na opinião de outras pessoas de seu convívio, bem como dos familiares. Dessa maneira, elas vão construindo saberes em relação ao parto e ao nascimento e, aos poucos, as decisões vão se delineando no sentido do que é melhor para elas, para o bebê e de que, além disso, respeite mais a fisiologia do próprio corpo.

Quando a mulher já tem alguma perspectiva do que quer, ela vai percorrendo seu caminho em busca de fundamentar suas convicções e alcançar o cuidado recebido. As mulheres falam muito da **busca pelo parto natural, humanizado**. Conseguem fazer uma reflexão positiva em relação à dor no parto e reforçam a convicção de que não queriam anestesia; queriam um **parto** mais **fisiológico** possível.

Seguem-se algumas afirmativas dessas mulheres em relação ao que almejavam para o parto:

[...] uma amiga da minha tia, na verdade é **madrinha do meu do meu primo, ela me falou que** [no hospital da pesquisa] **tinha parto humanizado, que podia ser na banheira** [...] eu **não fui nem lá conhecer**, e nem fiquei sabendo, eu **só falei assim: ‘Só eu quero ter** [no hospital da pesquisa] **porque lá tem parto natural e eu quero ter natural’** [...]. (E18)

[...] foi **porque eu não queria ganhar anestesia**, num queria de qualquer jeito, só se necessitasse mesmo, então lá [hospital da pesquisa] **eu tive esse apoio**, elas [enfermeiras obstétricas] iam me ajudar independente que eu tivesse lá no meu íntimo que ia doer, **eu sei que dói**, aí eu gostei por isso, eu **escolhi lá por isso, que é parto humanizado** [...] Fui eu, minha mãe, meu marido, meu irmão. Foi todo mundo! (E19)

[...] porque **eu sempre quis parto normal**. Eu já **trabalhei em plano de saúde, sabia dos altos índices de cesárea e não me arriscaria a um parto cesárea**, um parto cirúrgico [...] eu **pensava assim: ‘Eu quero um parto normal, mas com analgesia’**. Eu **tinha muito medo da dor do parto** [...] **ele nasceu bem natural, bem, sem nenhuma intervenção** [...]. Eu fiz o **plano de parto** [...]; meu plano de parto **foi seguido à risca**, não teve nada assim que foi desrespeitado, **foi um parto muito tranquilo, muito respeitoso, as enfermeiras que me assistiram foram maravilhosas, nenhum momento me senti insegura** [...]. (E14)

É, porque **da outra** [outra filha], eu fiquei sofrendo muito [...] Eu **sofri muito porque eu fui muito cedo**, com 3 centímetros. Fiquei lá um tempão esperando [...] falei: **‘Dessa vez eu não vou sofrer, vou esperar aqui até o último centímetro’**. [...] **cheguei lá** [Casa de Parto] **passou 10 minutos, ele nasceu. Foi ótimo**. Foi muito bom [...] ganhei debaixo do chuveiro [...]. Foi o melhor parto que eu tive [...]. **Não gosto de tomar anestesia**. Tenho medo dela. Porque eu já **vi relatos da pessoa tomar e não conseguir ter força pra ganhar. Eu preferi não tomar a anestesia** [...]. (E7)

Tanto os relatos acima quantos os seguintes demonstram que essas mulheres estavam refazendo suas convicções sobre qual tipo de cuidado desejavam durante o nascimento. Com isso, há um resgate do significado do nascimento como uma passagem de extrema importância. A busca por informação e a luta por aquilo em que acreditavam são demonstradas nos depoimentos delas, que tiveram de enfrentar posições contrárias àquelas em que acreditavam. A mulher que já tem **convicção** do que deseja, que foi criada por meio de

suas **vivências pessoais** e de seus **relacionamentos** vai em busca de informações que lhe sustentam o desejo de cuidado, como demonstrado a seguir:

[...] **eu tentava tirar minhas dúvidas** [em relação ao parto natural]. **Eu tinha medo do parto natural.** Eu sei que é melhor pra saúde. É bem melhor. Adorei! [E1].

[...] eu acho que **se as mulheres entendessem um pouco mais o sentido do parto normal, a própria palavra ser normal**, o que eu escuto de gente que ‘eu sou louca’: ‘cê é louca’, ‘cê é louca’, ‘**cê tá querendo viver igual as mulheres das tribos**’ até isso eu já escutei. (E15)

Eu com 39 semanas e 1 dia, só que nisso eu já tinha olhado [hospital da pesquisa], mas não fui lá, não conhecia. Já tinha ido com minha tia que ganhou neném, mas eu mesma não conhecia nada, **só conhecia uma enfermeira** [...]. Eu **fui na cara e na coragem**. Cheguei lá eu fui superbem atendida e [...] adorei o atendimento lá [...]. (E19)

Eu sempre tive na minha mente, desde criança [...] **sempre pedi a Deus, eu quero um parto natural, passei minha vida inteira imaginando isso** [...] eu nunca quis ter uma cesárea [...] As primeiras [contrações] [...] **subi escada, descia escada, eu ia pro chuveiro, agachava, levantava, isso tudo porque eu já tinha visto na internet** [...] **já tinha me informado** [...]. (E5)

É importante perceber, na fala dessas mulheres, que as frases **“O que eu quero”, “Foi eu mesma quem pedi”, “Foi uma escolha minha mesmo”** revelam o **protagonismo da mulher** nas suas escolhas em relação à assistência que será prestada.

Seguem-se alguns relatos que confirmam esse protagonismo:

Eu já tinha sabido das minhas colegas que lá [Casa de Parto] **era um parto natural**, lá era bom, que cê ficava sozinha, na sala assim só com as enfermeiras. Eu gostei! **Não levei anestesia nenhuma** pra mim ganhá. [...] Mas foi **eu mesma que pedi** [...] **Foi uma escolha minha mesmo! E eu acho que até foi bom pra mim** [...] não ter ganhado ponto, não ter ganhado anestesia [...]. (E1)

[...] **E eu não fiz uma escolha desinformada.** Pelo contrário eu fiz uma escolha muito bem informada [...]. (E15)

Porque lá [hospital da pesquisa] **tem parto normal e eu queria natural!** Eu queria parto natural, eu queria **sem intervenção nenhuma**. Porque pra mim o que foi importante foi quando meu neném nasceu ninguém pegou nele. **Só eu que peguei nele, assim, egoísta sim, mas aquela sensação de ocê pegar o seu neném ali, sem ninguém ter contato com ele**, ele sujinho ainda, todo molinho. **É uma sensação assim que eu não mudaria por nada, nem por uma cesárea, nem por uma recuperação** [...] Meu marido tem um menino de 8 anos, foi parto normal e o meu foi natural. Ele falou que é outra sensação, que ele tava lá comigo [...] É outra coisa, é outro sentimento. **Então por isso também que me fez procurar lá**, [hospital da

pesquisa] **porque normal por normal cê pode ganhar em qualquer lugar. Eu queria um diferencial.** Queria natural. (E19)

E15 falou da “ideologia hegemônica” e como isso influencia nas escolhas das mulheres. Essa mulher queria um parto mais natural possível, fez em seu relato uma profunda reflexão sobre o momento do parto e sobre a cultura de que as mulheres não podem ter um parto normal. Relacionou que a **cultura** de que as **mulheres são “fracas”** é embutida no discurso de alguns profissionais, e isso vai se propagando pela sociedade. Resgata a importância de a mulher vivenciar o parto, do vínculo que se cria com o bebê e a família.

E15 afirma que o **tipo de parto que a mulher terá é uma escolha**. Segue-se seu relato:

[...] **Eu sempre quis ter o parto o mais natural possível [...].** A sociedade hoje em dia, o Brasil na verdade, não é a sociedade, **as mulheres no Brasil são fracas**. Elas **são facilmente corrompidas pelo discurso hegemônico**, principalmente do médico, **de que elas não são capazes de parir [...].** (E15)

Essas mulheres conseguem contar suas histórias e **(res)significar** o momento em que viveram. Algumas referiram que não foi fácil, mas eram capazes de se emocionar e transformar o parto em uma **experiência que traz ensinamentos** para a vida.

A seguir, os relatos em que as mulheres conseguiram refletir sobre a experiência que tiveram:

Eu **peguei a última gota de força que eu tinha**, da contração, e fiz aquela força [...] fiquei igual uma criança mesmo, eu fiquei elástica [...] eu continuei no mesmo fôlego do primeiro, não deu tempo nem puxar o ar [...] **essa criança nasceu, parecia final de copa do mundo minha filha!** Meu Deus do céu, o médico ficou feliz, minha irmã pulava saltitante [...] que eu olho para esse bebê [...] Foi um bebê lindo, foi o bebê mais lindo que eu já vi! [...] acabou meu sofrimento[...] **toda mulher devia passar por esse momento mesmo, de sentir mesmo a dor**, saber como é ter um filho [...] é uma experiência única, é totalmente diferente de você ter uma cesárea do que você dar a luz o seu filho [...] eu tenho muito orgulho de falar e foi difícil! [...]. (E5)

[...] Eu **esperava uma coisa muito ruim**, que todo mundo fala. Que é ruim [...] aí eu esperava coisa horrível! **Mas pra mim foi tudo normal [...].** Num senti tanta assim [...] coisa ruim não (E16).

[...] **porque a minha gravidez foi normal, teve o corte e tudo [...]** é a **minha segunda filha** a onde que eu ganhei lá [hospital da pesquisa] já **foi supernatural**, e eu estranhei na hora eu falei assim: **‘Que horas que o**

médico vai chegar para me cortar?’, mas ela [enfermeira obstétrica] me explicou e tudo [...]. Foi tudo tranquilo. (E27)

[...] a pessoa tem que ter força, porque normal, então é tudo natural, então ela tem que ser uma mulher com força, pra ter, é muito bom, mas[...] tem que ser mulher forte, sabe, aguentar a dor, porque tem dor, mas é tranquilo, só na hora também, depois acaba, na hora que você vê aquela carinha da criança, passa tudo [...]. (E3)

[...] coitada da mulher que não pode ter uma experiência dessa [...] o parto só reforçou o meu vínculo, o meu amor com meu esposo, e mais ainda, o nosso com a nossa filha [...] o que pra mim a cesárea jamais proporciona [...] ter um parto normal [...] não é uma coisa que funciona no discurso. A mulher tem que querer muito mesmo. Porque a gente tem toda uma sociedade caminhando e girando ao contrário disso. Colocando a mulher como fraca [...] a gravidez e o parto me fizeram ficar uma pessoa melhor [...] a gente deve só respeitar a natureza porque a natureza é muito sábia [...] parto e amamentação não se discute, é escolha [...] mulheres empoderadas que vão fazer escolhas interessantes e tem outras fracas que não vão fazer [...] você não convence ninguém a ter parto normal. Isso é escolha. Isso é escolha porque se a mulher quiser achar na literatura, no senso comum vinte motivos pra não se ter um parto normal, ela acha, cinquenta ela acha. Pra se ter uma, uma cesárea, ela acha. A favor da cesárea, acha. Então é escolha. [...] (E15)

[...] foi isso a experiência foi linda, a gente ressignifica as coisas [...] foi uma catarse, foi uma experiência assim muito louca [...] me levou ao encontro da minha natureza mamífera mesmo, a leoa que existe dentro de mim [...] hoje eu falo que eu escolheria essa experiência de novo [...]. (E20)

Elas se sentem mais **fortalecidas como mulheres** que realmente **se entregaram** em um momento profundo e diverso que é o parto. A sensação de **ser cuidada e de cuidar, a segurança**, marca a vida dessas mulheres e permite que elas fortaleçam outras mulheres. Permitirem-se viver um momento profundo como o parto faz com que **criem as próprias convicções**.

A seguir, as falas que confirmam as afirmações:

[...] eu até falo pra outras pessoas que tá grávida que foi o único lugar assim que eu senti segurança [hospital da pesquisa] e eu assim num tem como a gente não sofrer. Parto normal [...] mas eles me acolheram muito bem. Muito bem mesmo. (E13)

[...] eu acho que [o hospital da pesquisa] foi determinante e eu acho que eu fui muito bem cuidada lá [...] Foi determinante, eu sei que [a filha] nasceu porque eu tirei um dia inteiro pra cuidar dela, com práticas que ela se sentiria que estava na hora que ela podia vim, que a mãe dela tava inteira pra ela. (E15)

[...] ela [filha] não sofreu em nada, ela não teve prejuízo nenhum, porque a todo momento mesmo ela estava sendo monitorada, então tipo assim se tem gente que acha que você optar por um parto natural você acaba sendo um pouco negligente é mentira, você tem um suporte ainda maior,

foi o que aconteceu, as meninas monitoraram o tempo todo, eu acho que sei lá meu prontuário lá deve ter mais de 20 folhas escritas, porque não é possível. (E20)

As mulheres têm feito um movimento grande e diverso na busca de informação de qualidade, na formação de **novas redes sociais**. A internet tem sido um espaço dinâmico e democrático por meio de **blogs e grupos em redes sociais**. Há, ainda, organizações não governamentais (ONGs) que criam grupos de apoio às gestantes, dos quais elas recebem informações em relação a profissionais, práticas alternativas, local de nascimento, além das **trocas de experiências e vivências** referentes ao parto. **Esse movimento de mulheres tem ganhado força no país**; elas querem escolher a assistência e o cuidado de acordo com suas convicções e seus valores.

Seguem-se os relatos dessas mulheres de fortalecimento e busca pelo cuidado almejado:

Eu até **procurando na internet eu vi o parto humanizado** e [o hospital da pesquisa] é referência. **Fui começar a pesquisar [...]**. (E14)

[...] eu **conheci** assim **pela internet** [hospital da pesquisa], por **indicação** [de um grupo de apoio à gestante] também, que é esse grupo de apoio à gestante, **grupo de incentivo ao parto normal**, e eu li bastante **pela internet [...]**. (E14)

[...] ele [esposo] **assistiu muito esse programa** [programa de televisão] [...] na primeira vez que ele viu uma cesárea, ele ficou altamente assustado, chorou muito, falou que não queria aquilo pra mim de jeito nenhum. Então **a partir daí ele já ficou convencido**, de que o parto normal era uma boa escolha [...] **a gente frequentou alguns encontros da roda** [de um grupo de apoio à gestante] [...]. (E15)

Eu acho que **as mulheres têm a necessidade, hoje pra mim é muito das mulheres se empoderarem, sabe, de sair dessa prisão**. Eu acho que **esses movimentos que são marginais hoje**, que são as rodas, o que a Secretaria [Secretaria Municipal de Saúde] tenta fazer do grupo lá do **BH pelo parto normal. Eles são muito empoderadores [...]**. (E15)

[...] os últimos pré-natais a partir da 36^a semana que eu comecei a ir [no hospital da pesquisa] [...] eu fui pra [...] pra equipe me conhecer [...] e eu também **participei muitos dos grupos [...]** **das reuniões** [de um grupo de apoio às gestantes]. (E20)

Eu tinha muita vontade de ter o parto normal. Mudei pra Belo Horizonte há pouco tempo, foi no início do ano passado, eu já tava grávida. Aí eu **comecei a procurar na internet e descobri grupos de apoio** [grupos de apoio às gestantes] [...] lá eu **fui orientada [...]** **me encaminhou** [o grupo de apoio às gestantes] **pra parteira, enfermeira obstetra mais famosa que tem [...]**. (E24)

5.3 As mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde

A trajetória percorrida pelas mulheres na rede de saúde revela um tensionamento constante entre a lógica dos serviços de saúde e o cuidado que almejam. Isso é descrito no estudo dos itinerários terapêuticos, em que os trajetos das pessoas são analisados não somente por meio da visão dos serviços, mas também da visão do usuário de saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Essa categoria surgiu dos relatos das mulheres em relação aos conflitos entre seguir os fluxos estabelecidos pela rede de saúde e dos seus profissionais ou seguir o próprio percurso com base em suas convicções sobre o cuidado que queriam durante o parto. A categoria também foi dividida em duas subcategorias.

A primeira subcategoria relaciona a trajetória das mulheres na rede de saúde tendo como base a oferta de cuidados pelos setores profissional e popular, conforme o conceito de Sistema de Cuidado de Saúde, de Kleinman (1980). Já a segunda subcategoria foi elaborada mediante a identificação da Casa de Parto como um local de cuidado no parto e nascimento.

Alguns fluxogramas foram colocados ao longo da descrição dessa categoria para ilustrar a trajetória de algumas dessas mulheres.

Quadro 4 – Categoria: as mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde.

Categoria	Subcategorias
As mulheres e a relação com a rede de cuidado em saúde	• O desafio dos serviços de saúde diante das necessidades de cuidado das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. • A Casa de Parto: a convicção e a descoberta de um local de cuidado no parto e nascimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.1 O desafio dos serviços de saúde diante das necessidades de cuidado das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério

Neste estudo, percebeu-se que nem sempre essas mulheres seguem o que é estabelecido pela rede, mas, sim, o trajeto de acordo com suas necessidades em saúde, grau de informação que possuem e influência das pessoas no meio social ou não delas. Além disso, elas têm buscado caminhos alternativos que não estão contemplados na rede de saúde.

Mulheres que têm a opção de terem seus filhos na rede privada têm procurado o SUS, acreditando na assistência prestada. E20 fala do desejo de fazer o pré-natal no SUS e ter o parto; considera ser de confiança as políticas públicas envolvendo a gestação e o nascimento. E6, em sua fala, a seguir, refere que teve preconceito na possibilidade de ter seu filho no SUS, mas falou da experiência positiva que teve e que repetiria seu trajeto novamente. A busca demonstrada não é por conforto ou hotelaria, mas por uma assistência de qualidade.

Essas mulheres, vivenciando a realidade do SUS por opção, desempenham papel importante na formação de opinião sobre a assistência obstétrica na rede pública de saúde.

A seguir, as afirmações dessas mulheres:

Eu não vou falar assim que eu não senti insegura de ir [para o hospital da pesquisa]. Por isso que eu falo que **foi assim, uma superação, porque eu fiquei mesmo**. Por isso que **no começo eu nem queria aceitar muito ir ganhar no SUS [...]**. Às vezes até pode ser um pouco de preconceito [...] qualquer um que me pergunta eu falo, **se eu tivesse que ir de novo**, se eu tivesse plano [plano de saúde] igual eu tenho, se eu tivesse um outro filho **eu acho que eu ia de novo pra Casa de Parto, de verdade!** No mais eu falo **assim, como muita segurança, mesmo! eu fiquei insegura, um pouco, mas por isso que eu falo que eu me surpreendi!** (E6)

[...] fiz uma avaliação [do hospital da pesquisa] também acho que assim, **a visão das pessoas**, do senso comum **do serviço público como coisa de pobre**, isso é muito triste assim [...] **sou uma defensora nata do SUS e sei dos problemas e dos limites que ele tem**. Mas eu acho que ele [hospital da pesquisa] **tem a porta escancarada pras mulheres [...]** Não é como em outras maternidades, tá cheio se vira [...] É com **a lotação máxima**, às vezes mais do que máxima **dando a qualidade que é [...]**. (E15)

[...] eu já tinha uma escolha clara que eu queria ter filho [no hospital da pesquisa] porque pra mim **eu não tô buscando hotelaria, eu tô buscando qualidade da assistência [...]**. Precisei convencer o meu esposo [...]. Foi conhecer as maternidades privadas [esposo] [...]; por último eu falei com ele: ‘Então agora nós vamos lá [no hospital da pesquisa], que é a minha escolha

[...]'. E aí foi o lugar que ele mais gostou que ele sentiu mais acolhido [...]. (E15)

Na verdade, **o meu médico queria me encaminhar pra mim fazer no** [hospital particular], só que como **me falaram que eles** [hospital particular] **não tem muita paciência pra ter o parto normal**, que se a mulher tiver sentindo muita dor e tiver sofrendo eles não [...] eles já vai logo pra cesárea, e eu **não queria de jeito nenhum parto cesárea, eu queria o natural** [...] procurei saber [...]. (E18)

[...] eu ainda não tava na carência do plano. Assim, **nem é questão por ser de preconceito por ser posto não**. Porque **tinha muito tempo que eu não tinha** [...] **atendimento por SUS** [...] pra mim poder dá continuidade no posto [...] teria que fazer pelo menos alguma consulta no posto [...] **eu fiz um pré-natal no posto, só que eu me surpreendi** assim, muito [...] eu paguei tudo muito caro, exame ultrassom, e **no posto pra mim foi bem melhor** [...] Questão de atenção, de acompanhamento [...] Finalizei lá. (E6)

[...] **fiz todo meu pré-natal pelo SUS** [...] porque eu acho que **são poucas as políticas públicas nossas que a gente pode confiar** de olhos fechados. Mas eu **fiz questão de privilegiar mesmo a questão do SUS** e mesmo porque também a gente [...] a gente tava em transição, não tinha plano de saúde na época então [...] sabe quando cê nem considera outra possibilidade mesmo? Eu num considerei outra possibilidade. **Questão da referência e desejo**. (E20)

Essas mulheres procuram no SUS uma assistência que atenda a suas expectativas de cuidado e não se detêm somente na estrutura física. Uma das causas disso, certamente, são as políticas públicas para a assistência obstétrica prezando a qualidade e segurança no parto.

O percurso da E20 demonstra a complexidade do sistema de cuidado de saúde, correspondendo ao que Kleinman propõe como conceito. E20 não se detém somente no que é regulado pela rede. O usuário que sabe o cuidado que almeja tece seus caminhos na rede de saúde para atender a suas reais necessidades. Ela realizou pré-natal no Centro de Saúde e com uma enfermeira obstétrica, frequentou um grupo de apoio à gestante e teve o suporte de uma doula, também durante o pré-natal. No final da gestação, ainda procurou a maternidade onde queria ter o parto e fez algumas consultas de pré-natal para criar vínculo com a instituição. E20 escolheu ter o parto na Casa de parto.

A seguir, o fluxograma que representa sua trajetória.

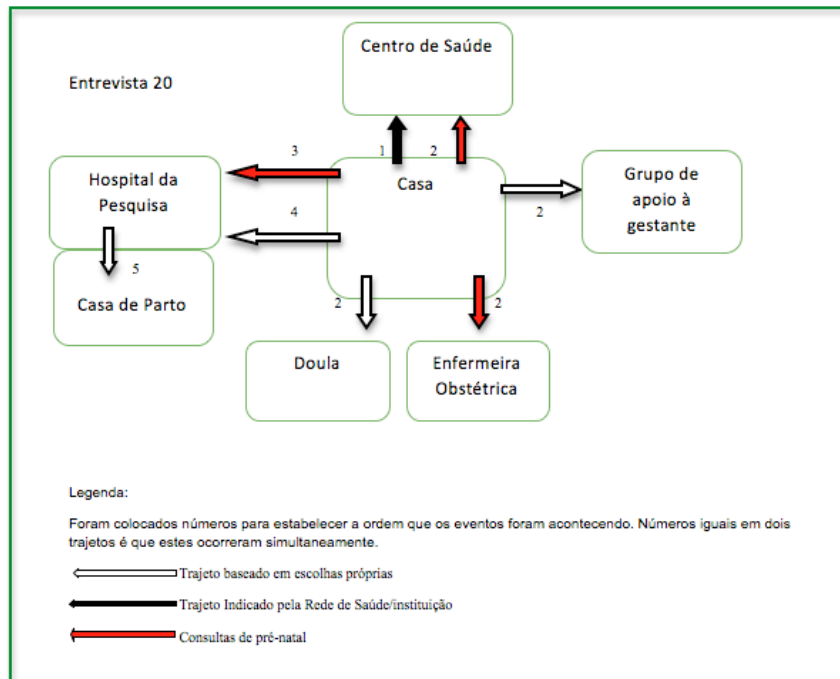


Figura 7 – Trajetória da entrevistada 20 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

Nos relatos a seguir, as entrevistadas falaram da **maternidade de referência** e como o assunto é abordado no Centro de Saúde. E11 não queria ir para o hospital de referência, tentou ir para outro hospital, e não foi atendida. Já E12 escolheu a maternidade de referência porque já tinha uma experiência positiva lá.

Seguem-se as declarações das mulheres em relação à maternidade de referência:

Ele [médico] falava que lá [hospital da pesquisa] [...] era maternidade, que eles todo mundo indicava pra lá, **eu falava com ele que não queria ir pra lá**, que eu **preferia que ele me desse o encaminhamento** [para outro hospital]. Ele falou: ‘**Se você quiser tentar ir** [para outro hospital], cê pode ir, mas a gente vai te dar encaminhamento [para o hospital da pesquisa]’. **Eu falei: ‘Então tá, eu vou assim mesmo’**. Eu fui, eles não quiseram me internar [...]. (E11)

A minha bolsa já estourou no meio do caminho, **meu esposo já veio para cá** [hospital da pesquisa] [...] **porque era referência**. (E12)

[...] desde o começo eu falei que eu queria ganhar [no hospital da pesquisa] **porque é meu ponto de referência e eu amei lá. Fui muito bem tratada**. (E4)

[...] ela [profissional de saúde] **deu o papelzinho e com as maternidades que pertenciam o posto**. Ela falou que a minha seria [o hospital da pesquisa], mas caso, por exemplo, se eu precisasse com urgência eu podia tá pegando outras maternidade, mas só que a referência minha é aqui [no hospital da pesquisa] [...]. (E9)

Não dá para dissociar a regulação das instituições de saúde dos desejos dos usuários. No final, eles seguem sua própria lógica, influenciados por diversos fatores. A logística no percurso também é um fator importante; as mulheres podem fazer seu percurso para o parto tendo como critério a distância, o hospital mais próximo. Formar a própria opinião vivenciando os acontecimentos ajuda nas decisões dos trajetos. As mulheres, podendo, escolhem seu local de nascimento; se não se sentem seguras, elas modificam o trajeto. Algumas, porém, não consideram o trajeto que fizeram uma questão de escolha por **enfrentarem dificuldades no atendimento na rede de saúde**.

A seguir, os depoimentos que comprovam as afirmativas acima.

Não, eu não escolhi não, fia. Nessa hora a gente não escolhe [...]. Quando eu comecei a sentir as contrações, eu chamei o vizinho [...] **O vizinho pegou e me levou pro hospital mais próximo**, que já tava perdendo sangue. [E10]

[...] **outros hospitais não tava aceitando na época quando eu tava grávida [...]** Se fosse pra gente ganhar qualquer lugar não tava aceitando porque a nossa parte aqui fazia ali [hospital da pesquisa] [...] **Então eu não tive escolha [...]**. (E2)

[...] **a imagem que eu tive assim na hora que eu cheguei** [no hospital da pesquisa] **foi boa**, não foi ruim, daquelas que eles falaram. **Tanto é que eu resolvi ficar. Se eu não quisesse, eu já teria ido embora na hora** que eles mandaram eu esperar mais um pouco [...]. (E11)

Apesar de as políticas públicas de saúde terem ampliado o acesso aos serviços durante o pré-natal e o parto, as mulheres enfrentam **dificuldades na rede**, como demora para conseguir exames, greve, alta do pré-natal precoce e ausência de profissional de saúde para atendimento. A falta de carência nos planos de saúde particular obriga as mulheres a modificar o percurso delas na rede de atenção à saúde; elas vão criando saídas para garantir uma assistência adequada.

Seguem-se as falas das mulheres que demonstram as dificuldades descritas:

[...] **Os meus exames todos eu fiz no particular**, até porque **pelo SUS demora** um pouquinho mais. As consultas, de toda, de quinze em quinze dias, de todo mês eu fiz tudo pelo posto de saúde [...]. (E22)

Fiz o pré-natal nos dois lugares. Porque **os exames de lá** [serviço particular] pra mim **é mais fácil pra fazer**, aqui [hospital da pesquisa] **o ultrassom eu achei que demora muito** [na rede pública de saúde] [...] era mais fácil eu fazer no meu plano os ultrassons todos [...] eu sentia mais segura aqui [hospital da pesquisa], porque eu ia ganhar aqui então eu sentia muito mais segura do que lá [serviço privado] [...]. (E7)

A médica fez o trabalho dela [pré-natal] **fez o trabalho dela perfeitamente, todos os exames que eu precisei, eu consegui fazer, todos, menos o ultrassom**, porque eu não tinha paciência de esperar [...] ela [médica do pré-natal] mesmo me aconselhava, **se você tiver condições de fazer particular, você faça, porque aqui demora muito, realmente [...] porque ainda tem essa dificuldade de ultrassom**, esses exames assim, **pelo SUS**, demora muito [...] foi só única coisa que eu paguei, os exames que foram pagos foram este, de resto eu consegui fazer todos os exames [...]. (E5)

[...] na época que eu fiquei grávida foi a época que **o posto tava de greve** [...] quando acontecia qualquer coisa diferente aí eu ligava [secretaria de estado da saúde]. Eu pegava informação [...] (E9).

[...] **foi assistida pelo Posto de Saúde [...]**. No começo estava tudo bem, mas **depois os médicos entraram em greve**. Ficou um cado de consultas atrasados, mas **depois eles deram um jeitinho lá e me passaram para outro médico** e foi tudo bem [...]. (E28)

[...] ele falou [médico particular]: **‘Já que você não vai ganhar comigo, então vai consultar onde você vai ganhar’, me abandonou com 36 semanas e beleza, e o médico do SUS também me tirou licença, então fiquei sem acompanhamento nenhum! [...]**. (E19)

Oh, pra mim fazer **o pré-natal eu fui no posto e lá no posto eu não consegui. Aí eu fui diretamente lá** [hospital da pesquisa] [...] foi tudo lá [hospital da pesquisa]. Foi tudo bom [...] **no posto aqui nunca tinha médico** [...] porque toda vez que eu ia nunca tinha médico [...]. (E2)

[...] eu descobri eu nem pensei em marcar no posto nem nada, pois eu já tinha acompanhado minha mãe que ganhou no particular, então: ‘Vô no particular’ [...] fiz até os 6 meses normal no particular, só que até então **meu plano não cobria parto [...] que é a carência**. Eu comecei a ver parto humanizado [...] eu comecei a fazer **no posto, só que lá o ginecologista era muito difícil tê horário, e pra fazer os exames era muito cedo**. (E19)

Então como **eu já sabia que eu não iria pagar particular** [...] a gente pensou uma hipótese antes, **só que a gente viu que ia ficar muito caro pra pagar um parto [...]** **fiquei pesquisando alguns hospitais públicos**. Que eu não conhecia. Aí eu falei ‘**Ah, tá aqui perto** [hospital da pesquisa] [...] **vou arriscar!**’ (E6).

Lá [primeiro Centro de Saúde] **era muito difícil. Tanto que eu comecei meu pré-natal lá eu já tava com 3 meses**. Então eu só tive acompanhamento mais ou menos do terceiro pro quarto, e lá [segundo Centro de Saúde] já foi diferente, a médica já conversava comigo [...]. O Centro de Saúde lá [primeiro Centro de Saúde] não era preparado pra receber o tanto de pessoa que recebe[...] Eu fui conseguir fazer o exame de sangue mesmo pra comprovar a gravidez só com 2 meses [...]. (E11)

E11 começou o pré-natal em um Centro de Saúde e depois mudou de bairro e, por indicação da rede pública de saúde, teve de mudar de Centro de Saúde. Ela procurou, primeiro, outro hospital que não era sua referência e não foi internada. Depois procurou o hospital da pesquisa, que era sua referência.

Segue-se a trajetória de E11:

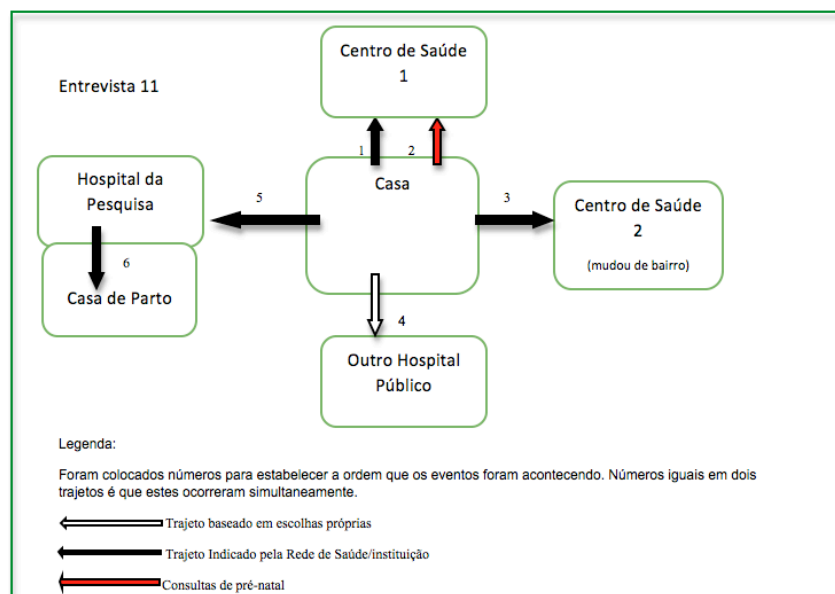


Figura 8 – Trajetória da entrevistada 11 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

As transferências de mulheres em trabalho de parto, geralmente com a justificativa de lotação da maternidade de origem, constituem uma realidade cruel, que causa tensão e insegurança. Apesar das tentativas de organizar a rede pública de saúde, a transferência faz parte da realidade da assistência obstétrica. Mesmo passando por esse processo, algumas mulheres, porém, conseguem dar significado a esse acontecimento e encará-lo com bom humor, como é o caso da E10. Mas é questionável como são realizados tais transportes, dada a fragilidade em que essas mulheres se encontram nesse momento.

Seguem-se os relatos que comprovam as afirmativas acima:

Fomo [para outro hospital público] e **quando chegamo lá não tinha vaga** [...] **Tem mulher lá que tava ganhando menino no corredor.** Na sala de espera. **Eu fiquei lá na observação pra esperar a vaga sair** [no hospital da pesquisa] [...] Falo comigo [profissional do hospital]: ‘Vai ser encaminhado [para o hospital da pesquisa]’. Falei: ‘**Gente daqui até lá eu já ganhei** (risos)’. [...] **Era muita dor.** Eles me levaram pra lá [hospital da pesquisa], **levaram eu é mais quatro na mesma ambulância. Gente dum lado, gente do outro, aquela loucura** [...] Mas **foi até divertido**, foi. (E10)

[...] Me levaram [para outro hospital público] cheguei lá, ele [profissional de saúde] mandou esperar. **Tava esperando lá com dor** [...] **não tinha vaga** [no outro hospital] Mandaram esperar [...] **Já tava com seis de dilatação**, não tinha vaga. Fiquei lá até duas horas da manhã [...] [foi transferida depois para o hospital da pesquisa] [...]. (E28)

Cheguei eu já **estava com 6 centímetros** de dilatação, só que **não tinha vaga pro neném** [em outro hospital público] Tinha vaga pra mim, mas se ele precisasse de CTI, alguma coisa assim, ele não tinha pra ele. **Colocaram na central de espera**. Quando deu 6 horas da manhã que **ela já falou que ele ia nascer, que não tinha como esperar [...]** surgiu a vaga [no hospital da pesquisa] [...]. (E26)

[...] como eu **tava demorando a entrar em trabalho de parto**, as pessoas que já tavam [...] na minha frente já ganhando, aí **eu fiquei sem vaga aí eu fui transferida** pra lá [hospital da pesquisa] e quando falaram comigo que ia ser lá, nossa achei a maravilha [...]. (E3)

Eles me transferiram pra lá [hospital da pesquisa], **eu tinha a preferência de ganhar lá** [outro hospital público] [...] ele [médico do outro hospital] falou assim: **‘Ó, agora cê vai ficar aqui, num tá tendo vaga em hospital nenhum, cê vai ficar aqui e aguardar’ [...]**. **Comecei já a sentir dor, que a bolsa estourou [...]** saiu a vaga [...]. **Eles me transferiram** pra lá [hospital da pesquisa]. (E13)

E13 começou a fazer o pré-natal em um Centro de Saúde e depois foi transferida para continuar o pré-natal em um hospital público, que seria seu hospital de referência para o parto. Ela procurou o hospital de referência, mas foi transferida para o hospital da pesquisa.

Segue-se sua trajetória.

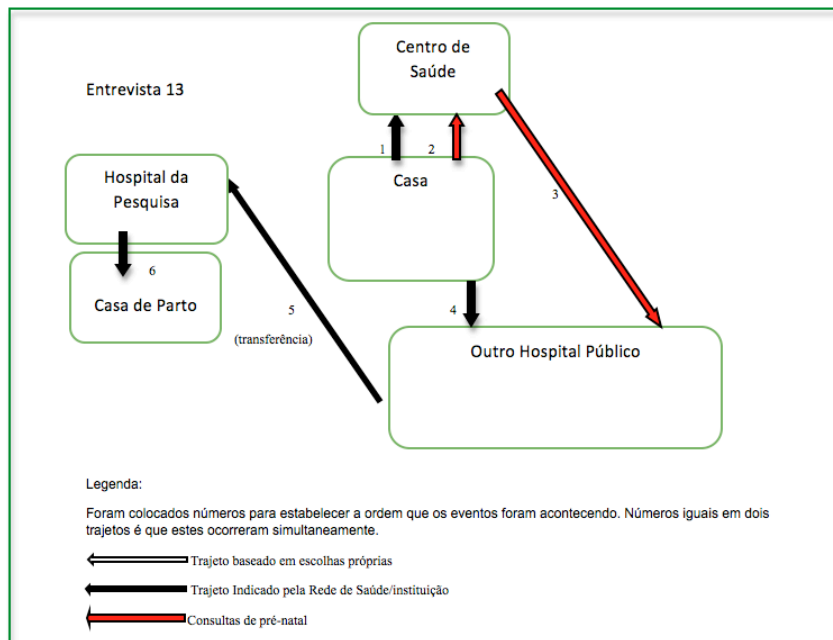


Figura 9 – Trajetória da entrevistada 13 nos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

A visão de **supremacia das instituições de saúde e profissionais** em relação ao conhecimento do indivíduo, da família e de outras pessoas inseridas no cuidado são ideologias que limitam o entendimento real do sistema de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1980). **Os profissionais de saúde exercem influência** nas escolhas das mulheres e podem ser agentes de informação adequada sobre o parto e o nascimento. O vínculo com o profissional de saúde produz confiança.

As falas a seguir demonstram essa afirmativa:

[...] **a pessoa que fez meu pré-natal** [enfermeiro obstetra], **que eu tive o parto**. Então isso me trouxe a **segurança**. Porque ocê ter parto com uma pessoa que cê nunca viu [...] cê deve morrer de medo[...]. (E7)

[...] **eu conversei com a médica** [do pré-natal], **a médica foi e me explicou**: ‘Olha, acontece muito que **os casos de mais acidentes acontecem lá** [hospital da pesquisa], mas **porque lá é só maternidade** [...] então **lá atende um número bem maior**, às vezes, três vezes mais do que nos outros hospitais, que atende maternidade que atende outros hospitais também [...] aí beleza[...] **eu coloquei na minha cabeça, que eu queria** [ir para o hospital da pesquisa]. (E5)

Gostei bastante. Doe demais [risos] [...] **No princípio, eu queria o parto normal, com anestesia, mas a médica foi me convencendo a fazer o humanizado. Fiquei morrendo de medo, mas foi mais tranquilo**, que ela [profissional da saúde] falou que a sala de normal tinha muita gente [...] então eu ia ficar num quarto separado [Casa de Parto], só entrava quem eu quisesse, então eu falei: ‘Vou ficar lá, vou aguentar até [...] onde eu vou’ [...]. (E11)

As mulheres têm mudado o percurso por não concordarem com os profissionais que as assistem; elas estão **participando do seu cuidado**:

[...] **eu fazia no posto e no particular** [pré-natal], todo mês, quando **chegou 36 semanas no particular o meu médico virou pra mim e: ‘Olha, a gente vai ver se você consegue ter um parto natural’**. Eu: ‘Poxa, tenho 19 anos, minha gravidez engordei, lógico, **mas não tem nada de risco, foi um pré-natal tranquilo, eu não tive nada e eu não sei porque não tentar**’ [...]. **Eu fugi dele! Eu ia pagar 8 mil reais pra ele me cortar**, sendo que meu filho ia ter que sair de qualquer jeito, aí eu achei um absurdo o preço. Eu fui e **continuei o pré-natal no SUS**. (E19).

[...] **a minha ginecologista hoje eu não voltei nela mais, ela ficou com raiva**, ficou com raiva, falou com minha mãe assim: ‘**que se eu quiser ter outro parto desse jeito** [natural], **que ela tem outros lugares pra me indicar**’. [...] **Puro preconceito**. Não conhece [...]. (E15)

[...] **os profissionais médicos jamais vão indicar isso** [empoderamento das mulheres no parto] pras mulheres. **As mulheres acham** que é [...] **quanto mais caro mais competente é o médico** [...]. (E15)

Então eu **fiz uma escolha de mudar** de [...] de **ginecologista obstetra logo eu que descobri a minha gravidez**, porque a **minha ginecologista** que eu vou há muitos anos, **ela é mais intervencionista**, e eu queria [...] **um parto com menor intervenção**. Então eu **fiz pré-natal** [com enfermeira obstétrica], que ela atende no ambulatório lá [em uma Universidade] [...]. (E15)

[...] **continuei na minha [pré-natal] médica até que um dia ela solicitou um exame que eu não quis fazer** que é o Doppler [...] Ao invés de fazer o Doppler, eu fiz o 3D. **Chegando lá no consultório** desse médico que fez o 3D, ele **disse que eu precisava fazer**, que eu tinha que fazer o Doppler **porque o bebê tava pequeno** [...]. Ele **me assustou um monte**, eu resolvi não fazer, não ir mais pra minha médica e fui lá [para o hospital da pesquisa] [...]. **Nesse ponto que daí eu fui lá** [hospital da pesquisa] **pras enfermeiras, que eu comecei a fazer [pré-natal] com elas e com [outro médico]** [...]. (E14)

Essas mulheres estão **modificando a relação delas com as instituições de saúde e com os profissionais**. Elas **buscam o cuidado** que desejam e têm se fortalecido até na argumentação com o profissional de saúde; saem da posição de paciente e entram como **agente ativo na busca seu cuidado**. Isso é possível porque elas têm-se informado melhor, vêm buscando novas formas de conhecimento e se fortalecendo umas com as outras.

A seguir, os relatos confirmam tal declaração:

[...] **porque eu queria ter natural**, natural mesmo [...] Ele [profissional do pré-natal] **queria que eu tivesse cesárea** [...] ele falava assim: ‘**A mulher hoje em dia não precisa mais sentir dor**’ [...] eu falava: ‘**Mas não é sentir dor, é que eu quero ter normal**’. Ele falava assim: ‘**Mas pode evitar um sofrimento, alguma coisa pra criança**’. Ele queria que eu fizesse mais o parto cesárea. Mas eu não queria [...]. **Eu achei que foi lindo que o meu foi humanizado** [...] todo mundo falou assim: ‘Ah, mas dói muito sentir as dores’. Falei assim: ‘**Dói, mas depois que o neném nasce cê esquece**’. E a contração é tranquila, porque vem aquela dor forte, como se fosse aquela dor insuportável, depois passa, aí cê fica bem como se nada tivesse acontecido [...]. (E18)

[...] dei entrada no Hospital [hospital da pesquisa] [...] **eu não poderia ir pra Casa de Parto** por causa da bolsa que tava rota [...] **isso me desestabilizou** de um tanto [...] meu mundo caiu [...] pedi pra reconsiderarem [...] **queria ter a privacidade da Casa de Parto, eu queria ter a tranquilidade da Casa de Parto** [...]. A gente meio que negociou assim: elas [profissionais de saúde] **pra me acalmar, me deixaram tomar um banho na Casa de Parto** [...]. **Negociação do usuário sobre o seu cuidado** [...]. (E20)

Nas falas de algumas dessas mulheres, percebe-se a procura por **cuidados alternativos** que na maioria das instituições de saúde tradicionais ainda não são oferecidos. Elas buscam práticas como auriculoterapia, acupuntura, escalda-pés, meditação, busca do apoio da doula desde o período da gravidez. Esses cuidados se referem ao setor popular, de acordo com o conceito de sistema de cuidado de saúde de Kleinman (1980).

O crescimento da busca de um cuidado holístico, integral, feito por pessoas que muitas vezes não são profissionais da saúde, e a relação de confiança estabelecida com elas, levam a repensar o sistema de cuidados em saúde. As instituições de saúde formais devem pensar em se adaptar a essa realidade, oferecendo um cuidado mais holístico.

A seguir, depoimentos das mulheres que procuraram as terapias integrativas como mais uma forma de cuidar:

[...] **Comecei a fazer as terapias** [no núcleo de terapias integrativas que tem **escalda-pés, auriculoterapia, acupuntura** etc.] lá [hospital da pesquisa] no final [da gestação], que **achei fantástico** [...]. (E14)

[...] a [enfermeira obstétrica] **fez comigo todas as práticas de relaxamento, ela fazia massagem** [...] ela fazia **reflexologia nos pés** [...] fazia tudo aquela **auriculoacupuntura**, ela faz essas coisas **todas** [durante o pré-natal] [...]. (E15)

Minha bolsa rompeu [...] **vou lá** [para o hospital da pesquisa] **receber um escalda-pés, receber uma auriculoterapia** [...] **vou pro salão fazer minha unha, vou tirar minha sobrancelha** [...] foi tudo certo, me preparei, fui pro salão, todo mundo me achando louca [...] **‘Tô buscando é a qualidade no meu trabalho de parto**. Por isso eu tô aqui ficando gatinha [...]. (E20)

A busca por cuidados que não sejam necessariamente de um profissional de saúde é crescente na gestação. As mulheres têm procurado as **doulas**, pessoas que vão estar com elas o tempo todo durante o trabalho de parto. É crescente a busca por esse tipo de cuidado. A busca e o reconhecimento da importância da doula pelo movimento de mulheres reforçam a importância que o setor popular, não profissional, de acordo com Kleinman (1980), tem na população em geral.

Seguem-se algumas falas que comprovam tal fato:

[...] **eu chamei uma doula pra me acompanhar**, uma amiga minha é que era doula, então **ela fez massagem**, ela fez **aquelas terapias** que eles fazem, passar óleo, só que chega uma hora que dor não adianta, que dói e dói bastante [...]. (E14)

[...] eu **tinha uma colega, uma doula, assim, da internet, que ela foi me acompanhando, me ajudando, porque como eu não tinha acompanhamento nem de um nem de outro [refere ao pré-natal no Centro de Saúde e do particular], só quando eu sentia alguma coisa eu ia no médico pra ver, porque eu não tinha consulta.** (E19)

[...] **durante o processo eu fiquei sozinha, com a doula do lado, né?** Tava nós duas, então ficou mais tranquilo pra conversar [...]. (E23)

[...] **meu marido comigo o tempo todo, fazendo força junto comigo, a doula me fazendo massagem, me cantando mantras, pegando na minha mão** sabe, com todo monitoramento do mundo [...]. (E20)

[...] eu **queria ficar mais sozinha**, não queria tanto elas [profissionais de saúde] no quarto, eu **queria mais, eu, meu marido e a doula**, então eu pedi algumas vezes pra elas saírem, **fui respeitada.** (E14)

5.3.2 A Casa de Parto: a convicção e a descoberta de um local de cuidado no parto e no nascimento

Esta subcategoria foi construída com base nos relatos das mulheres que reconheceram a Casa de Parto como um local de cuidado no parto e nascimento. A Casa de Parto é realçada como um **local de aconchego**, que se assemelha ao lar; elas a consideram um **ambiente familiar e seguro**. Para algumas dessas mulheres, o **local** seria a **concretização do que elas desejavam para o nascimento de seus filhos** e fizeram a trajetória em busca desse cuidado que lhes respeitasse a fisiologia do corpo, em um ambiente tranquilo, e as fortalecesse como protagonista desse momento.

As falas abaixo confirmam essas afirmativas:

[...] eu tinha gostado muito porque eu achei lá [Casa de Parto] **bonito, aconchegante** e ainda tava servindo canjica pras recém paridas [...] **a casa de parto era a primeira opção** porque é mais legal [...] É um ambiente aconchegante, **aquela cozinha, aquela mesa no meio do caminho, o atendimento das pessoas** todas que receberam lá e tudo é uma coisa **muito familiar e parece caseira** [...] eu achei o atendimento excepcional [Casa de Parto] [...] eu também achei **as pessoas** muito mais legais, muito **mais preparadas**[...]. (E24)

E a casa de parto, igual eu falo, **nem parece hospital** [...] **Lá é um hotelzinho.** Eu me surpreendi [...] a casa de parto pelo menos **superou até o nível particular.** (E6)

[...] Lá embaixo [Casa de Parto] eu **achei assim mais acomodado**[...]no caso foi só um **pouco mais de privacidade**, porque em questão de atenção [...] elas [enfermeiras obstétricas] perguntam se tem alguma posição que a gente acha mais agradável [...] Vai dando aquele **apoio emocional bacana!** (E23)

[...] eu preferiria lá em baixo na **Casa de Parto** porque, por ser **no máximo duas mulheres no quarto**, ter uma certa **privacidade** [...]. (E15)

[...] foi assim, **foi desafiador, foi mas foi lindo** [...] **foi do jeito que eu sonhei** porque eu não pensei que seria fácil [...] pensei que seria num **lugar tranquilo**, que seria na **presença do meu marido**, na presença da doula que eu escolhi, com o **profissionalismo**, com a **tranquilidade**, **a harmonia que a casa de parto me passava**, e que a equipe também, que eu acreditava na equipe [...]. (E20)

É interessante perceber como cuidados simples, como oferecer **refeições** de qualidade de forma que a mulher se sinta em casa, faz diferença na percepção do ambiente. O fato de a Casa de Parto não parecer um hospital reforça o ambiente familiar, o que é desejado e valorizado pelas mulheres.

A seguir as falas que confirmam a afirmativa:

[...] A gente sente como, nossa, se **a gente tivesse no meio da família da gente**. A **comida é ótima, maravilhosa, muita higiene**. Tudo limpinho [falando da Casa de Parto] [...]. (E4)

[...] Cheguei lá [Casa de Parto] uma mesa bonita, tudo [...] Falei assim: ‘**Ah, tô num hospital não, onde que eu tô? Tô num hotel**, lugar bacana [...]’. (E28)

[...] **Me surpreendi quando cheguei lá** [Casa de Parto]. **As enfermeiras** já vem, já vem pegando no braço da gente, ajudando, fazendo toque, ajudando ali, **olhando a todo** [...] **tem a mesa lá de recepção, de café, leite, pão lá a vontade** [...] toda hora eu ia lá tomava um tiquinho de suco [...] Ela, **a enfermeira** que tava me acompanhando, falava: ‘**Vamo lá, vamo tomar um suquinho, vamo andar um tiquim devagarzim**’ sempre me acompanhando. (E10)

[...] **a comida não é servida daquela forma igual qualquer hospital, que chega lá com aquela comida ruim**, pelo contrário você vai lá se serve, o cuidado também que eles tem com o bebê, e também que eles **não escondem nada da gente**, é assim super visível, te mostra, seu esposo fica lá pode tirar as fotos, fica lá te acompanhando, **pode pegar, ter o contato com o bebê de imediato**. (E27)

Algumas dessas mulheres revelam o **desejo imediato pela Casa de Parto** por já conhecerem de alguma forma o local. Elas fizeram **escolhas no cuidado** que as direcionasse para esse local de nascimento.

[...] cê vê hoje as **pessoas mais bem informadas buscando cada vez mais a Casa de Parto** [...], os profissionais de lá. Então acho que é uma coisa assim a gente vai fazendo um trabalho formiguinha pra poder conseguir desconstruir. Os preconceitos, esse estigma, enquanto os profissionais [do hospital da pesquisa] vão pro mundo inteiro falar da assistência de lá, quem tá aqui valoriza pouco. Que pena. (E15)

[...] porque eu sabia que, **se eu pedisse analgesia, eu teria que sair da casa de parto** [...] e não poderia mais voltar. Então, eu não aguentava, assim, eu só dizia assim: ‘Eu não consigo, eu não tô mais aguentando’, e foi passando assim, bem na hora veio esse menino lindo. (E14)

[...] eu cheguei e fui direto pra casa de parto, que eu já tinha comentado quando eu cheguei lá no hospital que eu **queria mesmo ir pra casa de parto**. (E14)

[...] como não tive nada na gestação [...] **preferi ir pra casa, que aí é mais natural, tudo normal** [...] **já tinha ganhado lá uma vez** [...] a gente tá preparando pra ganhar, com as contrações, elas [enfermeiras obstétricas] ajudam a gente, tem uma bola, pra gente também ficar fazendo exercício, a gente toma banho, muito banho, pra poder relaxar o corpo, então **fiquei no quarto sozinha, só com elas** [enfermeiras] assim, foi muito bom, muito tranquilo, aí eu senti uma paz também, sabe assim, teve dor é claro e tudo, **mas foi tudo naturalmente, num tive problema nenhum** [...]. (E3)

O acompanhamento e o **cuidado direto e constante das enfermeiras obstétricas** são vistos também como aspectos importantes na Casa de Parto. O fato de ter alguém próximo o tempo todo, o apoio, é considerado fundamental.

A seguir, as falas que retratam esse cuidado:

Porque **não é todo lugar que a gente vai que tem a atenção que os pessoal teve comigo lá** [Casa de Parto] [...] O pessoal nem conversa com a gente direito [...]. (E12)

Gostei! Nó, ótima, muito boa! **Lá é tranquilo** [Casa de Parto], **as pessoas respeitam a gente**, enfermeira muito educada. [...]. (E1)

O acompanhamento das enfermeiras [...] Uma atenção maior com a gente[...] de 5 em 5 minutos elas tavam lá [Casa de Parto], perguntando como é que a gente tava, como que tava a contração, fazia o exame de toque pra saber quanto que tava de dilatação, **perguntava se eu tava precisando de alguma coisa**[...] todo momento foi uma atenção muito especial. (E11)

[...] Pra Casa de Parto, a menina que ficou comigo lá, a enfermeira, gente ela era uma gracinha! E toda hora ela tava lá, medindo minha pressão, conversando comigo [...] então isso **me passou uma tranquilidade, que eu consegui ter o parto normal por causa disso**. Porque eu acho que **se eu tivesse ficado pra lá jogada eu não teria conseguido**. Porque [...] **precisa de um acompanhamento** [...] cê fica naquela aflição, naquela ansiedade [...] a mocinha [enfermeira] que ficou comigo ela foi supertranquila, ela me acalmou conversava comigo, fazia massagem [...] nossa foi muito tranquilo. (E18)

[...] **foi uma experiência de muito amor, de muito carinho, de pessoas que nunca tinham me visto na vida** gente, não estou falando de uma irmã minha, de uma prima minha que me ajudaria com certeza, por amor e por vivência, não eu estou falando de pessoas que nunca me viram na vida, que dedicaram todo o amor que elas tinham ali na hora, **todo cuidado que elas [equipe da Casa de Parto] tinham ali na hora comigo**, com minha filha e com meu marido, eu não sei se minhas amigas, se meus parentes [...] eu não

sei se me dedicariam a atenção que a equipe me dedicou [...] eu me emociono porque foi dessa maneira, **com esse calor que elas me receberam**, que a equipe me recebeu na casa de parto entendeu, **me cuidaram, cuidaram de mim, cuidaram da gente**, foi com todo calor do mundo, com todo amor do mundo sabe, então sim! Eu dou essa resposta para vocês e dou essa resposta para mim hoje, eu **viveria tudo de novo, se eu for elegível numa segunda gravidez eu quero ir para casa de parto** de novo sabe, e é isso! (E20)

[...] **você fica mais segura porque lá [casa de parto] pode ser acompanhado**, duas pessoas podem estar te acompanhando, e fora as **duas enfermeiras que fica o tempo todo**, tem uma que fica o tempo todo com a mãozinha dentro d'água [...] Eles [profissionais de saúde] **dão muita atenção para gente sabe** [...]. (E25)

[...] **você tem acompanhamento o tempo inteiro, as enfermeiras obstetras fica lá [Casa de Parto]** com você perguntando se está tudo bem, faz massagem [...] em outros lugares já não é assim, por mais quietinha que você é eles te deixam lá [...] **lá é um cuidado constante**. Depois que eu ganhei também eu fiquei assim, **achei até que eu estava num hospital particular** porque a casa de parto lá, eu não tenho nada a reclamar, para mim foi tudo ótimo [...]. (E27)

Muitas dessas **mulheres não conheciam a Casa de Parto** como local de nascimento. Hoje não existe uma referência formal na rede de saúde para a Casa de Parto, exceto por alguns profissionais, mas mesmo assim, no local do estudo, elas ainda têm de passar pela maternidade para serem encaminhadas para a Casa de Parto.

Alguns relatos das entrevistadas referem-se ao temor de ir para o local por causa da dor; outras estavam dispostas a passar pela experiência:

[...] não conhecia [a Casa de Parto], não conhecia nada, **não tinha nem ideia de como ia ser, na hora da dor** [...] mas foi super bem tranquilo graças a Deus [...]. (E12)

Tinha ouvido falar que quando cê vai pra lá [hospital da pesquisa] eles tentavam muito que você ganhasse na casa de parto. **Só que eu não sabia como que era** até então [...] eu fui, **desci, gostei**, meu esposo também gostou. Aí a gente optou por ganhar lá mesmo [Casa de Parto]. (E26)

A **abordagem dos profissionais em relação à Casa de Parto** faz uma diferença na escolha dessa mulher sobre o local. Elas são esclarecidas sobre a assistência, os métodos não farmacológicos de alívio da dor, a liberdade de movimentação.

A seguir, as falas que retratam essa abordagem:

Eu passei na enfermeira [no hospital da pesquisa] que ela tinha me mandado ir para o escalda pés primeiro [...] **falei que queria na casa de parto** [...] Ela [enfermeira] **já tinha me explicado** [...] que **lá era sem anestesia, eu podia ganhar na banheira quanto na cama** [...] eu peguei e falei assim: ‘Ah, então **vamos experimentar essa banheira** aí’, eu achei interessante essa da banheira d’água [...]. (E25)

[...] eu já cheguei já para ganhar, ela me pôs no banheiro, debaixo da d’água, e eu fiquei lá quietinha, caladinha. Ela [enfermeira obstétrica] pegou e falou assim: ‘Olha eu **vou tentar uma vaga para você para um lugar muito especial**, porque você, eu estou vendo que você é muito especial e lá é ótimo, eu se eu ganhar neném eu quero ir para lá [Casa de Parto]’ [...] porque eu só sabia do hospital **eu não sabia** de lá debaixo **da casa de parto** [...]. (E26)

Eu não sabia da Casa de Parto [...] Na hora que eu cheguei lá embaixo, na Casa de Parto que veio uma enfermeira que me explicou que lá **não usava ‘forma farmallogicamente’** [...]. (E28)

[...] me perguntou [profissional de saúde] se eu queria ir pra casa de parto. Aí como **eu não sabia eu perguntei que era a casa de parto?** Ela [profissional de saúde] **falou que era um parto natural, que não tinha anestesia, nem nada.** Eu falei que eu queria ir pra lá. (E4)

[...] **a médica foi e falou assim que ia me mandar pra baixo que era a Casa de Parto** [...] Aí foi que eu conheci ali, não sabia, **não conhecia**, nunca tinha entrado lá dentro nem nada não [...]. (E9)

[...] **Pra mim descer pra Casa de Parto eles me perguntaram** isso: ‘**Cê vai querer anestesia?**’ Eu falei assim: ‘Não’. Aí elas falaram assim: ‘Ah, então cê pode ir pra Casa de Parto, pode ir ganhar lá’. Aí que elas falaram da banheira. (E18)

Mesmo as mulheres que não conheciam a Casa de Parto ou tinham receio do parto natural conseguiam refletir sobre a experiência e lidar com seus medos. Baseando-se nas próprias vivências, elas **refazem suas convicções e desejos**:

Recomendaria [Casa de Parto]. **É bom, mas a pessoa tem que ser forte.** Tem que guentear. E calada, sem gritar porque eu nu gritei, não. (E28)

[...] ganhei ele não foi no hospital, **foi na casa de parto. Eles me deram essa opção. De início eu fiquei meio receosa porque eu imaginava outra coisa.** Fiquei com medo! Parto natural não quero [...] **Só que, assim, foi uma experiência que se eu tivesse que passar de novo eu passaria do mesmo jeito, no mesmo lugar** [...] superou tudo! Desde de o início que eu entrei. E assim, pra mim, foi um parto rápido, assim, dentro do possível, **eu não sofri muito. Foi muito tranquilo** [...]. (E6)

[...] igual lá [Casa de Parto] **cê fica no chuveiro, fica na bola** [...] **totalmente diferente.** Assim, **nos outros** dois que eu tive, **eu fiquei direto na cama** (E9).

5.4 Discussão

Com o intuito de valorizar a discussão e facilitar a compreensão dos dados, esta etapa foi descrita de acordo com as categorias já apresentadas. Nessa fase do estudo, os dados levantados conversam entre si, confluindo no objetivo de conhecer a trajetória das mulheres que foram assistidas na Casa de Parto e relacionando-as com suas escolhas para o parto e o nascimento.

A construção da trajetória dessas mulheres demonstra a busca por cuidados. Elas são influenciadas pelas próprias convicções, pela construção de experiências e vivências individuais, pela família, pela sociedade e comunidade. A esses fatores, somam-se a busca cuidado holístico e as ofertas de serviços das instituições formais de saúde e de seus profissionais. Todos esses elementos interagem, num processo dinâmico, que vai influenciar as escolhas das mulheres no parto e no nascimento, definindo-lhes o trajeto na rede de saúde.

O sistema de cuidado de saúde deve ser considerado partindo da relação entre as convicções pessoais, relacionamentos sociais e valores culturais com os serviços de promoção da saúde. Esse complexo e amplo sistema orgânico, vivo, é o representado na obra de Kleinmam (1980).

O nascimento é uma passagem importante para todo ser vivo (COLLIÈRE, 2003). Configura-se como a entrada para a vida que insere o ser humano no tempo da história de uma família, na sociedade e na comunidade em que ele vai viver (COLLIÈRE, 2003). Esse tempo é um marco que vai estar presente na vida de núcleos familiares e sociais (COLLIÈRE, 2003). Juntamente com as alterações físicas e emocionais presentes durante a gravidez existem, ainda, conflitos relacionados com os valores e crenças e as estruturas sociais e culturais (PIRES *et al.*, 2010).

As crenças individuais, os relacionamentos, a família, a sociedade e a comunidade, de acordo com Kleinman (1980), são os setores que mais influenciam na busca por cuidados em uma rede de saúde. A família aparece como um elo importante de segurança para as escolhas dessas mulheres para o parto e o nascimento. É um ponto de apoio nesse momento, mas também pode vir a ser um núcleo de tensão e incompreensão (BEZERRA; CARDOSO, 2005). As expectativas e idealizações em relação à gestação, ao parto e ao puerpério são confrontadas o tempo todo pelos medos e incertezas desse período (CASTRO *et al.*, 2013). Percebendo o nascimento como uma passagem de muita intensidade, há, em curto espaço de tempo, reações e mudanças radicais (COLLIÈRE, 2003). Nos resultados, algumas mulheres

tiveram de fazer um trabalho de convencimento com suas famílias sobre a escolha do local de nascimento e do cuidado que almejavam. Essa persistência no convencimento da família demonstra quão importante é esse núcleo no suporte e na continuidade do cuidado para as mulheres.

Nos relatos das mulheres entrevistadas, observou-se, ainda, como a opinião de pessoas nos círculos familiar, social e comunitário influencia-lhes o trajeto. Principalmente as falas negativas em relação ao parto e ao local de nascimento provocam nelas dúvidas, incertezas e aflições. Tal fato expõe, mais uma vez, a importância do setor informal de acordo com o modelo de sistema de cuidado de saúde de Kleinman (1980) na definição das trajetórias pelo sistema de saúde.

A cultura influencia as experiências pessoais nessa fase de transição da vida da mulher, que é o ciclo gravídico puerperal (CASTRO *et al.*, 2013). O medo da dor, e o de não ter uma assistência adequada no parto vaginal, são mencionados por mulheres que optam por cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014). O mesmo receio é apresentado nos resultados deste estudo. Algumas mulheres referiram o temor de ir para a Casa de Parto ou até mesmo para o hospital da pesquisa por causa da dor no parto natural. Esse temor era realçado ao escutarem experiências negativas de outras pessoas.

As mulheres, no período de parturição, estão mais vulneráveis em razão de dores, desconfortos, ansiedade e dúvidas (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). O temor da dor no parto, juntamente com as falas negativas de outras pessoas em relação a esse sintoma, é um dos relatos das entrevistas. O temor da dor parto é cultural. Em artigo sobre a humanização do parto no Japão, os autores afirmam que a dor no trabalho de parto nesse país é culturalmente aceita como fisiológica e produz efeito de valor incalculável para a mãe e para o bebê (BEHRUZI *et al.*, 2010). Já em outros países, sentir dor durante o trabalho de parto é considerável ultrapassado (BEHRUZI *et al.*, 2010). Essas situações distintas demonstram que os sujeitos constroem suas ações e comportamentos baseados no contexto sociocultural em que vivem (ALVES; SOUZA, 1999).

A sensibilidade desse momento permite que falas negativas tenham um grande peso. O temor da dor do parto é um reflexo cultural em nosso país. Durante muitos anos, as mulheres foram submetidas a um excesso de intervenções e imposições que propiciaram a construção de uma visão do parto normal como doloroso e “anormal”. Além da institucionalização do parto, as mulheres não podiam escolher como queriam ganhar os bebês, ou seja, em que posição; eram frequentemente submetidas a lavagem intestinal, tricotomia,

episiotomia, dentre outras práticas. As mulheres não eram escutadas, e isso criou um comportamento de submissão em relação ao profissional de saúde.

O suporte contínuo durante o trabalho de parto auxilia as mulheres a lidar com a dor. Em pesquisa realizada na Noruega, as mulheres declararam que o suporte contínuo de *midwives* recebido durante o trabalho de parto permitiu que elas não necessitassem de método farmacológico de alívio da dor (DAHLBERG *et al.*, 2016). O suporte e o encorajamento promovem o parto normal, o fortalecimento da mulher e a avaliação do parto natural como uma experiência positiva (DAHLBERG *et al.*, 2016). Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, as mulheres também temiam o parto por causa da dor, e os autores afirmam que muito desse temor estava relacionado a conversas com a família, com os amigos, com os vizinhos e com as pessoas do convívio que compartilhavam suas experiências (SCARTON *et al.*, 2015).

A difusão, em nossa cultura, de que o parto deve ser hospitalar, envolto em alta tecnologia, independentemente do risco, contribuiu para que as mulheres desacreditassem na sua capacidade fisiológica de parir (BEZERRA; CARDOSO, 2005). Para enfrentar essa concepção cultural de parto, o cuidado deve ser compartilhado com as mulheres, estimulando-as em relação às boas práticas mediante informação adequada (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Neste estudo, algumas mulheres conseguiram enfrentar esse estereótipo cultural, construíram as próprias convicções em relação ao nascimento de seus filhos e fizeram as próprias escolhas ao buscar serviços que as atendessem no cuidado que almejavam.

No momento do nascimento é que se iniciam os cuidados mais fundamentais, para manter e acompanhar a vida da mãe e da criança que acaba de entrar neste mundo (COLLIÈRE, 2003). Ser cuidado, cuidar-se e cuidar são conjugações que envolvem as mais importantes passagens da vida, o que configura a indispensável necessidade dos cuidados (COLLIÈRE, 2003). Para o nascimento, foram gerados saberes, criando-se hábitos na sociedade com características culturais, imersos em representações simbólicas, muitas vezes impregnados de ritos (COLLIÈRE, 2003). Portanto, no cuidado centrado na mulher devem ser considerados, também, os contextos familiar, social e cultural para atender de forma mais completa às necessidades de saúde (HOGA, 2004).

Os dados demonstraram, também, quão importante é construir convicções em relação ao parto por meio de experiências já vividas e de informações adequadas. Algumas mulheres fazem sua trajetória durante a gravidez e o parto baseando-se no que elas desejam, e não no que é regulado pela rede de saúde. Outro resultado observado é o relato de outras mulheres, de experiências positivas em relação ao local de nascimento e parto, promovendo mais

segurança nas escolhas durante esse período. Em pesquisa multicêntrica realizada no Brasil, as mulheres que desejavam ter o parto vaginal tinham esse desejo porque acreditavam que esse tipo de parto é mais fisiológico, natural e elas teriam uma recuperação mais rápida (DOMINGUES *et al.*, 2014). Tais convicções corroboram aquelas mencionadas nos relatos das mulheres da pesquisa em relação aos desejos sobre o parto.

Segundo Collière (2003), a racionalização da ciência excluiu os saberes empíricos da prática do cuidar durante o nascimento. Os saberes empíricos utilizados nos cuidados passaram a ser encarados como supersticiosos, e o entendimento do parto como passagem passou a ser ignorado. Essa perda desse tipo de conhecimento na prática do cuidar trouxe graves prejuízos para as mulheres, retirando o cuidado da sua significação simbólica. A prática do cuidar é uma arte de pleno direito. As mulheres têm retomado a busca do seu protagonismo no parto, em que ela e sua família participam ativamente do cuidado em torno desse evento (COLLIÈRE, 2003).

Em estudo realizado na Austrália com 1.835 mulheres, no qual se relacionaram as características demográficas com a escolha do local de nascimento (Casa, Centro de Parto ou Hospital), as mulheres que tinham seus bebês em Casa ou no Centro de Parto (*Birth Centers* que serão abordados mais adiante) possuíam um nível de escolaridade maior (STEEL *et al.*, 2015). Tal característica sugere que as mulheres que optam por um local de parto não hospitalar têm uma expectativa de informação mais elevada que vai fundamentar a escolha delas (STEEL *et al.*, 2015). Já em relação às mulheres que se preparam para o parto, foram mais propensas a ter seus filhos em um Centro de Parto do que em casa ou no hospital (STEEL *et al.*, 2015).

Os resultados apresentados mostraram uma procura por informações e conhecimento no período da gestação. As mulheres relataram diversas formas para adquirir as informações de que necessitavam, como televisão, grupos de mulheres, feiras, internet e profissionais.

Os movimentos de mulheres e ONGs aparecem como mecanismos de informação e conhecimento potentes no retorno da mulher como participante ativa do seu cuidado no parto. Neste estudo, as mulheres enaltecem os movimentos que fizeram parte da trajetória de algumas delas. Nos depoimentos, elas também conseguiram identificar outras iniciativas que julgavam ser importantes fontes de informação, como o Movimento BH pelo Parto Normal. Todas essas iniciativas demonstram que as mulheres estão se mobilizando, e uma das importantes características desses movimentos é a troca saudável e democrática de conhecimento e experiências entre elas.

Segundo Castro *et al.* (2013), em artigo sobre uma dessas ONGs destinadas às gestantes, o espaço é destinado à defesa e à divulgação da humanização do parto e promove um ambiente para o compartilhamento de experiências e vivências entre as mulheres. Essas ONGs se tornaram um ambiente livre, de diversidade cultural e de opinião, que permite o crescimento mútuo e comunitário. Elas têm promovido rodas de conversas, grupos em redes sociais e trocas de experiências sobre parto, vivência ativa do parto e assistência obstétrica com qualidade. As atividades contribuem para o fortalecimento do movimento de mulheres e de humanização do nascimento.

O crescente desagrado das mulheres em relação ao cuidado obstétrico recebido tem fortalecido os movimentos sociais de luta pela humanização e qualificação da assistência ao parto e ao nascimento. Esses movimentos têm aberto espaços de discussão sobre o assunto também no Ministério Público e no Legislativo (GOMES, 2014). No entanto, o alcance desses grupos ainda se limita a uma parte da população de mulheres.

O perfil de mulheres citado por Castro *et al.* (2013) é de brancas ou pardas, a maioria com renda superior a quatro salários mínimos e ensino superior completo (CASTRO *et al.*, 2013). Além disso, grande parte era casada ou vivia em união estável. Esse perfil nos faz refletir sobre o alcance desses movimentos, que têm se restringido a uma parcela da população com mais estudo, renda melhor e maior acesso às informações. O grande desafio para esses grupos de mulheres é o alcance das classes menos favorecidas, com o empoderamento dessas mulheres e o auxílio por meio de informações adequadas e efetivas para que elas possam fazer suas escolhas para o parto e o nascimento.

As mulheres que têm procurado esses espaços, no entanto, buscam apoio, informações e orientações sobre o parto normal e as trocas de experiências (CASTRO *et al.*, 2013). A internet e a divulgação por intermédio da fala de outras pessoas do convívio social são os meios de comunicação mais comuns pelos quais as mulheres conhecem esse tipo de ONG (CASTRO *et al.*, 2013).

Esses grupos demonstram que as mulheres têm se organizado em uma reação ao modelo obstétrico predominante no país: de cirurgias cesarianas sem indicação clínica, práticas sem base nas evidências científicas, medicalização excessiva do parto e serviços organizados sem escutar as mulheres e o que elas almejam de cuidado. As mulheres estão criando o próprio espaço e, assim, fortalecendo umas às outras para fazerem as próprias escolhas.

Na primeira categoria, demonstrou-se a construção dos trajetos das mulheres para o parto e o nascimento com base nas convicções pessoais e nas relações familiares, sociais e comunitárias. É um desafio para essas mulheres tecer a trajetória delas pela rede de saúde, considerando os múltiplos aspectos que não podem influenciar suas escolhas. Além da influência do setor informal, Kleinman (1980) fala sobre como esse setor se relaciona com os outros setores de cuidados, que são o profissional e o popular, do qual vamos tratar na discussão desta categoria. Essa relação é ainda mais desafiadora para as mulheres, que, na construção dos sentidos de sua trajetória, lidam com as outras esferas da rede de cuidado.

Há uma mobilização de ações políticas no Brasil na discussão sobre mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro, com a adoção de práticas e protocolos baseados em evidências científicas, objeto de estudos recentes no país (DOMINGUES *et al.*, 2014; GOMES, 2014). Além disso, as mulheres estão questionando o sistema de saúde formal e seus profissionais na assistência no ciclo gravídico puerperal. Dessa forma, têm retornado a exercer o papel ativo no seu cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal.

Tais esforços permitiram aumentar a produção científica sobre o assunto, a multiplicação de experiências positivas na oferta de serviços de qualidade na assistência obstétrica e a expansão da atuação e formação da enfermagem obstétrica (GOMES, 2014). Além disso, há um crescente movimento de mulheres em torno da melhoria da assistência obstétrica no país (GOMES, 2014). Apesar desses avanços, porém, depara-se ainda, no Brasil, com resultados perinatais insatisfatórios, como a mortalidade materna, taxas elevadas de partos cesáreos, de óbitos neonatais e distanciamento de instituições de saúde das boas práticas no parto e no nascimento baseadas nas evidências científicas.

A população deve reaprender a ocupar seu lugar no domínio dos cuidados e, dessa forma, reassumir como protagonista no sistema de saúde (COLLIÈRE, 2003). Nos resultados deste estudo, percebe-se uma procura das mulheres em ter seu parto no SUS. Essa ação de mulheres que poderiam ter seus filhos na rede privada se deve à procura por um local que incentive o parto normal e tenha uma assistência humanizada do parto (CASTRO *et al.*, 2013).

Em estudo realizado na Austrália, mulheres que têm seguro de saúde são mais inclinadas a ter seus filhos em hospitais, em vez de em Centros de Parto ou em casa (STEEL *et al.*, 2015). Esse estudo, no entanto, demonstra que mulheres da rede privada estão optando em ter seus filhos no SUS, por acreditarem que ali serão atendidas nas suas expectativas de

cuidados no parto. Kleinman (1980) defende que o setor profissional, segundo seu modelo, deve escutar os usuários de saúde e tentar entender-lhes os anseios de cuidado.

O serviço no SUS, por meio de seus gestores e profissionais, baseia a trajetória do usuário de acordo com a proposta de regulação, que vai determinar os fluxos na rede de serviços hierarquizada, descentralizada por sistemas de referência e contrarreferência. Já o usuário segue uma lógica intuitiva traçada com base na busca pelo atendimento de suas necessidades (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Outro resultado desse estudo refere-se aos relatos das dificuldades enfrentadas pelas mulheres na rede de saúde formal, como acesso a exames, falta de profissional para realizar o pré-natal, greves e transferências entre maternidades. Em pesquisa multicêntrica realizada no Brasil, as barreiras de acessos e problemas pessoais eram as causas mais frequentes para a não adesão ao pré-natal (VIELLAS *et al.*, 2014). A mesma pesquisa aponta que um pouco mais da metade das gestantes foi orientada em relação à maternidade de referência, e a maioria das que foram orientadas teve seus filhos nessas maternidades (VIELLAS *et al.*, 2014). A pesquisa demonstra, porém, que ainda há uma peregrinação das mulheres entre as maternidades. Algumas relataram que tiveram de procurar outros hospitais antes de conseguir a internação (VIELLAS *et al.*, 2014). A impossibilidade de atendimento, a falta de médicos, de materiais e medicamentos, a falta de vaga e o risco obstétrico são citados como os motivos para o não atendimento nas outras maternidades (VIELLAS *et al.*, 2014).

Fatores sociais, demográficos e culturais influenciam no acesso aos serviços de destinados à assistência materna. Tal fato acontece tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (MELO *et al.*, 2007). A falta de articulação entre a rede básica e as unidades hospitalares pode justificar parte da peregrinação das mulheres entre as maternidades. Elementos sociais, biológicos e culturais contribuem para a peregrinação das gestantes na rede de saúde (MELO *et al.*, 2007). Em artigo publicado sobre a assistência pré-natal no Brasil, Viellas *et al.* (2014) defendem que o estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência e a regulação por uma central de leitos são a solução para a questão da peregrinação da mulher na rede de saúde. Contudo, ao abordar os itinerários terapêuticos dessas mulheres, percebe-se que o sistema de cuidado de saúde é um organismo dinâmico.

Os resultados deste estudo revelaram que os trajetos na rede de saúde recebem influências muito maiores do que a regulação dada, e isso é demonstrado ao ser identificada a

complexidade da formação dos trajetos para o parto e o nascimento, uma vez que nenhuma trajetória apresentada foi igual à outra.

Outro resultado deste estudo refere-se à fragilidade das relações de alguns profissionais de serviços de saúde com essas mulheres. Há depoimentos em que as mulheres tiveram de negociar seu cuidado. Na pesquisa multicêntrica “Nascer no Brasil” as mulheres foram comparadas segundo paridade e fonte de pagamento do parto (DOMINGUES *et al.*, 2014). No estudo afirma-se que a maioria das mulheres preferia o parto vaginal no início do pré-natal, e no final da gestação um terço das mulheres escolhia realizar uma cesariana. Os dados apresentados sugerem que não houve apoio ou incentivo dos profissionais com relação à preferência das mulheres pelo parto vaginal (DOMINGUES *et al.*, 2014). O mesmo resultado foi observado em outro estudo realizado em hospitais da saúde suplementar em que as mulheres, no início da gestação, desejavam o parto normal e ao longo do pré-natal optaram pela cirurgia cesariana (PIRES *et al.*, 2010). Nessa mesma pesquisa, as mulheres justificaram a escolha pela cesariana baseando-se em aspectos culturais, experiências anteriores de outras gestantes e familiares, e em virtude das convicções dos profissionais durante o pré-natal (PIRES *et al.*, 2010).

Em outra pesquisa em que o objeto de estudo era a interferência da cultura na escolha do tipo de parto, também se afirmou que a maioria das mulheres participantes queria o parto vaginal, mas não conseguiu realizar esse desejo por influência dos profissionais de saúde. Além disso, a pesquisa demonstrou que as mulheres não tiveram autonomia na escolha do tipo de parto e do acompanhante e questionaram práticas impostas pelos profissionais (PIMENTA *et al.*, 2014).

O pré-natal é fundamental para que as mulheres conheçam a fisiologia, o significado e a importância do parto normal e desconstruam o senso comum das experiências negativas vinculadas à sociedade (GOMES, 2014). Existe fragilidade nas informações sobre o parto normal recebidas pelas gestantes durante a realização do pré-natal (PIRES *et al.*, 2010). A predominância, ainda no pré-natal, de um modelo biomédico dificulta um olhar sociocultural e de vivência pessoal sobre a gravidez e o parto (PIRES *et al.*, 2010).

O pré-natal deve ser um serviço acolhedor que desenvolva ações educativas, acolhedoras e estabeleça o vínculo entre a gestante e o local do parto (VIELLAS *et al.*, 2014). Assim, pode-se indagar como tem sido a construção das informações em relação ao parto e o nascimento durante o pré-natal. Algumas mulheres da rede privada têm procurado o serviço público de saúde por questionarem as práticas intervencionistas de alguns profissionais e o

alto valor financeiro agregado à prestação de uma assistência obstétrica, como foi descrito em alguns relatos. É importante que o profissional de saúde desempenhe o papel de facilitador para as tomadas de decisão pelas mulheres, fornecendo informações adequadas e de qualidade durante todo o pré-natal. As mulheres que já têm suas convicções formadas em relação ao parto conseguem argumentar com o profissional de saúde sobre o cuidado pretendido e fazer seu trajeto em busca do que deseja.

O caráter biomédico das orientações do pré-natal também é citado em pesquisa realizada no Brasil. Há maior orientação sobre os sinais de risco em detrimento da preparação para o parto, amamentação, incentivo ao parto normal (VIELLAS *et al.*, 2014). Chaves (2014) também fala que os profissionais de saúde não têm usado seu tempo de consulta para informar às mulheres sobre assuntos relacionados ao nascimento de seus filhos.

Terapias integrativas e complementares durante a gravidez e o trabalho de parto são citadas nos depoimentos como auxiliares nesses momentos. A busca por esse tipo de assistência tem crescido entre as mulheres, que acabam tecendo sua trajetória na rede em busca de um local que vai favorecer esse cuidado. Kleinman (1980) cita o crescimento pelo setor popular no mundo. Há uma busca por cuidados que vão abordar o indivíduo de forma integral e holística.

No estudo australiano citado, as mulheres que optaram pelo parto em um Centro de Parto ou em casa utilizaram mais frequentemente os métodos não farmacológicos de alívio da dor, dentre eles as terapias integrativas e complementares, como acupuntura/acupressão, técnicas de respiração e hipnoterapia (STEEL *et al.*, 2015). Isso reforça a característica ampla e integral de cuidado em ambientes não hospitalares. A crescente busca por esse tipo de cuidado estimula os serviços de saúde a se adaptarem a essa nova forma de cuidado. Mas caso os serviços não percebam tais necessidades da população, as pessoas continuarão seguindo sua trajetória paralela à rede de saúde formal para buscar o tipo de cuidado pretendido.

As doulas aparecem nos resultados como pessoas importantes para o suporte e o fortalecimento dessas mulheres não somente no trabalho de parto e parto, mas também durante a gravidez. Algumas mulheres revelaram, em seus depoimentos, a relação de confiança e intimista com a doula. De acordo com a Organização Norte-Americana de Doula (DONA), a doula é uma pessoa experiente e treinada para o nascimento e que oferece suporte físico, emocional e informações à mulher antes, durante e depois do parto (DONA, 2016).

O suporte contínuo durante o trabalho de parto aumenta a chance de progresso para um parto normal sem prejuízo e aumenta a satisfação em relação ao parto (HODNETT *et al.*,

2013). O suporte durante o trabalho de parto se caracteriza pelo apoio emocional, físico, medidas de conforto, informação e sensibilização. Tal suporte contribui para o fortalecimento da mulher para um parto normal com menores intervenções (HODNETT *et al.*, 2013).

Historicamente, as mulheres tinham suporte de outras mulheres durante o trabalho de parto. Com a institucionalização do parto, esse suporte foi excluído da cena do nascimento e o excesso de intervenções e o distanciamento da mulher do protagonismo desse momento se tornaram habituais (HODNETT *et al.*, 2013).

Muitas mulheres têm adquirido uma relação de confiança maior com as doulas do que com os profissionais de saúde. Mas por que as mulheres estão reagindo dessa forma em relação aos serviços formais de saúde? Por que elas querem se sentir “protegidas” por outra pessoa?

Por último, a Casa de Parto foi revelada nos resultados deste estudo como um local de nascimento que permite a concretização do desejo de ter um cuidado contínuo, seguro, que respeite a fisiologia do corpo da mulher. O perfil sociodemográfico dessas mulheres que tiveram seus filhos na Casa de Parto revelou que, em sua maioria, elas eram pardas, possuíam mais de oito anos de estudo, eram casadas ou tinham união estável.

Em um estudo realizado em uma Casa de Parto de São Paulo, as mulheres participantes, em sua maioria, eram brancas, possuíam mais de oito anos de estudo e tinham companheiro (SILVA *et al.*, 2013). Mas como tem sido o acesso a esses locais, se as mulheres que possuem um nível de escolaridade maior e o suporte de um companheiro são mais propensas a ter seus filhos em Casa de Parto? Como é o acesso das mulheres negras a esses locais?

Nesse estudo, ainda, algumas mulheres não conheciam a Casa de Parto e se surpreenderam com o cuidado prestado. Atualmente não existe um referenciamento formal na rede de saúde para a Casa de Parto desta pesquisa. As mulheres são admitidas no hospital, onde, de acordo com o risco, é-lhes oferecida a possibilidade de irem para a Casa de Parto. A relação com esse local de nascimento muda quando as mulheres já o conhecem por meio de experiências anteriores ou informações. Nesse caso, elas mesmas manifestam, no hospital, o desejo de ir para a Casa de Parto. Nessa mesma pesquisa realizada em uma Casa de Parto em São Paulo, a maioria das mulheres procurou espontaneamente esse local e provinha da área de abrangência (SILVA *et al.*, 2013).

No Reino Unido, as mulheres são orientadas, desde o pré-natal, sobre as possibilidades de locais de nascimento. Segundo The National Institute for Health and Care

Excellence (NICE), mulheres de risco habitual têm a oportunidade de escolher o local de nascimento (NICE, 2014).

Na Inglaterra, a decisão em relação ao local de nascimento normalmente é planejada junto com a família. As mulheres são orientadas, ainda, sobre como se configura o baixo risco na gestação, recebem explicações detalhadas sobre todos os tipos de local de nascimento, são informadas sobre as pesquisas e estatísticas sobre os locais, as possíveis intercorrências que podem acontecer e sobre as práticas adequadas para o parto (BROCKLEHURST *et al.*, 2011; COXON, 2014). Além disso, essas mulheres têm acesso aos resultados maternos e fetais em relação a cada local de nascimento, para que tenham discernimento sobre a segurança de suas escolhas (BROCKLEHURST *et al.*, 2011; COXON, 2014), recebem informações de qualidade e fazem parte do processo decisório do seu cuidado.

A finalidade de locais de nascimento, como a Casa de Parto, é resgatar a mulher como protagonista do parto e prestar-lhe assistência humanizada, valorizando o acolhimento e a escuta sensível entre os profissionais, as mulheres e a família (HOGA, 2004; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). É um local que carrega um significado simbólico de renovação das práticas obstétricas, com paradigma próprio e necessário para a transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto (HOGA, 2004). A premissa do trabalho desenvolvido em uma Casa de Parto é, portanto, a de humanização do cuidar com a centralidade da assistência na mulher (HOGA, 2004).

Em alguns países os *Birth Centers* liderados por *midwives* são locais de nascimento que corresponderiam às Casas de Parto ou Centros de Parto Normal no Brasil. As *midwives* são profissionais dedicadas ao cuidado da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério e ao recém-nascido, à semelhança das enfermeiras obstétricas no Brasil.

Em estudo realizado nos Estados Unidos com 79 *Birth Centers* liderados por *midwives* com 15.574 mulheres, concluiu-se que locais como esse proporcionam um cuidado de qualidade, seguro, com baixo custo e poucas intervenções para mulheres de baixo risco. Nos Estados Unidos, esses centros, pautados em um modelo colaborativo e liderado por *midwives*, são considerados uma solução para as questões de custo e qualidade da assistência obstétrica no país (STAPLETON; OSBORNE; ILLUZZI, 2013).

O aconchego é uma característica encontrada em uma Casa de Parto, citada também em estudo realizado com 16 *Birth Centers* na Austrália (LAWS *et al.*, 2009). Nesse estudo, esses locais de nascimento são liderados por uma *midwife*, são autônomos, mas têm ligação

com outros serviços de referência que oferecem cuidados na gravidez, parto e puerpério para mulheres de baixo risco e para recém-nascidos (LAWS *et al.*, 2009).

Os relatos das mulheres confirmam o que é proposto para uma Casa de Parto, já que elas percebem o local como um ambiente de concretização para o que desejavam para o parto: familiar, de privacidade, seguro, aconchegante, de suporte contínuo que as respeite como mulher. É importante perceber as afirmações que distanciam o local referido de um hospital e cuidados básicos, como refeições de qualidade, reforçam o ambiente acolhedor da Casa de Parto. A privacidade oferecida também é uma característica valorizada por essas mulheres, evidenciando o caráter íntimo e familiar da Casa de Parto.

O cuidado da enfermagem obstétrica em uma Casa de Parto deve ser pautado pelos princípios da humanização, da ética, além do uso das tecnologias apropriadas. O cuidado prestado pela enfermeira obstetra é apresentado nos resultados e deve promover o conforto e o fortalecimento da autonomia da mulher (PEREIRA; BENTO, 2011).

O cuidado constante, o carinho, a atenção das enfermeiras obstétricas na Casa de Parto são ressaltados nos depoimentos. A segurança na assistência e no preparo é outra característica atribuída aos profissionais da Casa de Parto. Tal menção também foi feita em outro estudo sobre a simbologia e os princípios assistenciais em uma Casa de Parto (HOGA, 2004). As enfermeiras obstétricas afirmam a importância de persistirem em prestar uma assistência prudente e responsável, de acordo com o princípio de fazer valer os direitos das mulheres, atendendo-lhes os anseios e as necessidades de saúde (HOGA, 2004).

Em estudo qualitativo realizado na Noruega, as mulheres também ressaltaram que as *midwives* dedicaram tempo com elas tanto no pré-natal quanto no parto. Isso foi de extrema importância no esclarecimento de dúvidas, pois permitiu que elas se sentissem seguras, confiantes e relaxadas (DAHLBERG *et al.*, 2016). No mesmo estudo destacou-se que a presença contínua da *midwife* – de preferência a mesma – também promove segurança e confiança nas mulheres, e elas dessa forma, sentem-se cuidadas (DAHLBERG *et al.*, 2016).

A prática da enfermagem obstétrica deve estar pautada o tempo todo pelas evidências científicas (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Esses profissionais precisam garantir uma relação de confiança com as mulheres e seus familiares, por meio do cuidado e do apoio constante e individualizado, o fornecimento de uma comunicação efetiva, bem como de informações adequadas (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Tais condutas promovem conforto, segurança, satisfação, como foi evidenciado nos relatos dessas mulheres. Além disso, a ambientação do local de nascimento e o apoio dos profissionais durante o parto

são fatores fundamentais para o cuidado (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Iluminação, temperatura, higiene, ventilação, silêncio, estrutura física, alimentação, privacidade, conservação, valorizados nas falas dessas mulheres, são elementos importantes para um local de nascimento (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

O cuidado das *midwives* contribui para que as mulheres tenham um parto natural e uma experiência positiva. O fortalecimento dessas mulheres no parto permite uma perspectiva positiva na promoção da saúde em longo prazo (DAHLBERG *et al.*, 2016). O modelo de cuidado conduzido pela enfermeira obstétrica ou obstetriz parte da premissa de que a gestação e o parto são acontecimentos normais da vida (SANDALL *et al.*, 2016). O cuidado prestado por esses profissionais contempla a monitorização do bem-estar físico, emocional e espiritual da mulher e de sua família durante o ciclo gravídico-puerperal (SANDALL *et al.*, 2016). Além disso, devem ser responsáveis por fornecer informações adequadas e individualizadas às mulheres e suas famílias e contribuir para minimizar as intervenções durante o trabalho de parto e parto (SANDALL *et al.*, 2016).

A inovação, a identidade profissional e a forma de cuidar embutidas na filosofia de uma Casa de Parto representam uma estratégia que contribui para a mudança da assistência obstétrica no país (HOGA, 2004). O cuidado da enfermagem obstétrica pode estimular a autonomia da mulher para que ela exerça seu direito de parir (PEREIRA; BENTO, 2011). Esse aspecto demonstra o poder político e emancipatório do cuidado da enfermagem obstétrica (PEREIRA; BENTO, 2011).

A enfermagem obstétrica no Brasil encontra-se em um momento histórico e se revela um agente de transformação da obstetrícia, que demanda, em virtude disso, a formação de recursos humanos que atendam a essas expectativas. A assistência conduzida por enfermeiros obstetras ou obstetrizes contribui para garantir uma assistência humanizada e evitar intervenções desnecessárias na obstetrícia (SANDALL *et al.*, 2016). A assistência prestada em uma Casa de Parto pode servir de modelo para outras instituições (HOGA, 2004).

6 CONCLUSÃO

As categorias apresentadas neste estudo agem em complementaridade na demonstração da complexidade da formação do sistema de cuidado de saúde, que é orgânico e vivo. Esse dinamismo é evidenciado nos estudos de Kleinman (1978), que defende esse olhar amplo sobre a organização desse sistema. Ele fala da urgência de compreensão do sistema de saúde para adequá-lo às reais necessidades de saúde da população por meio da sensibilidade de como ele se organiza e como se configura a busca por cuidados de uma população.

Os indivíduos têm a família, a sociedade e a comunidade organizadas sob um simbolismo cultural, que é o reduto da primeira escolha por cuidados. As instituições de saúde formais e as práticas populares convergem para o cuidado nesse núcleo principal. Este estudo permitiu conhecer a complexidade da trajetória das mulheres que foram assistidas em uma Casa de Parto e como é complexa a construção de suas escolhas no parto e no nascimento.

Percebeu-se, no decorrer do estudo, que a influência dos setores de cuidado de saúde faz com que cada mulher faça a própria trajetória. Nenhum dos trajetos apresentados foi igual ao outro. Isso demonstra que a visão da rede de saúde deve ser de universalidade, atendendo a todas as mulheres, mas também sensível às necessidades de cada mulher.

Outro aspecto revelado no estudo é como a informação e o conhecimento a respeito do parto permitem escolhas seguras e com qualidade. Os profissionais de saúde têm, nesse momento, o papel fundamental de oferecer às mulheres e suas famílias ferramentas adequadas para a construção dessas escolhas.

Os depoimentos apresentados reforçam o caráter familiar e social do parto e do nascimento. Revelam, ainda, como a cultura pode influenciar no trajeto dessas mulheres. Ao mesmo tempo, as mulheres estão agindo para seu retorno ao protagonismo no parto. Os movimentos de mulheres nas redes sociais, nas ONGs e com a política têm favorecido esse processo.

Além disso, as mulheres têm percebido qual é o melhor cuidado para elas. Têm procurado práticas integrativas e complementares, o apoio de doulas, bem como serviços e profissionais que sejam condizentes com o que elas procuram. Somente as mulheres como atores sociais ativos serão capazes de modificar o ambiente de parto, e esse movimento já está sendo realizado. Os serviços de saúde formais terão de se adequar ao renascimento dessa nova perspectiva de modelo de cuidado.

Nesse cenário, a Casa de Parto, como denominada neste estudo, sobressaiu como um local de cuidado capaz de oferecer uma assistência de acordo com os reais desejos dessas mulheres. Observou-se que esse local de nascimento não era conhecido por muitas dessas mulheres. As que fizeram sua trajetória em busca desse local já tinham uma experiência anterior ou tiveram essa informação em grupos de mulheres. A Casa de Parto foi destacada por essas mulheres como um local de aconchego, familiar, seguro, em que suas necessidades são atendidas de forma integral.

A trajetória das mulheres até uma Casa de Parto revela a complexidade da formação dos sentidos para garantir o cuidado pretendido no parto. As relações entre essas mulheres e sua família e entre o meio social e a comunidade demonstram a influência que essa esfera tem nas escolhas que fazem. Além disso, o estudo permitiu discutir como é a relação dessas mulheres com a rede de saúde, suas dificuldades e anseios em relação à assistência que almejam. A Casa de Parto mostrou-se um local de nascimento que promove as boas práticas para o parto e o nascimento, e a enfermagem obstétrica tem permitido a garantia de tais práticas. O cuidado contínuo e seguro prestado pelo profissional dessa área tem proporcionado experiências positivas em relação ao parto.

O estudo revela a necessidade de outras pesquisas que promovam a escuta dessas mulheres e o que elas esperam da assistência de saúde na gravidez, no parto e no puerpério. Conclui-se que a gestão do sistema de saúde deve absorver o sistema de cuidado e saúde na sua complexidade, considerando sua face cultural e de relações. A visão de rede e a escuta sensível das mulheres podem predizer muito sobre o tipo de cuidado que devem ser prestados a elas.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; _____. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BEHRUZI, R. et al. **Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan**. BMC Pregnancy and Childbirth, London,, v. 10 n. 25, p. 2-18. 2010. <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-25>>. Acesso em: : 20 abr. 2016.

BELLATO, R. *et al.* Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 177-183.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 698-702, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BOVE, R. M.; VALA-HAYNES, E.; VALEGGIA, C. Women's health in urban Mali: social predictors and health itineraries. **Social Science & Medicine**, England, v. 75, n. 8, p. 1.392-1.399, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560408/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 291 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF, 2014. 208 p. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimentos por tipo**. Brasília, DF: Datasus, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha do estabelecimento de saúde**. Brasília, DF: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Secretaria de Atenção à Saúde, 2016b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?Vbusca=Casa%20de%20parto&VTipo=0>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 19 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 743, de 20 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 124. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sihd/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.ipebj.com.br/docdown/_f00e5.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proporção de partos cesáreos**. Brasília, DF: Indicadores e dados básicos; Datasus, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proporção de partos hospitalares**. Brasília, DF: Indicadores e Dados Básicos; Datasus, 2012c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>>. Acesso em: 20 abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. 82 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Sistema de Informação sobre mortalidade. **Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal**. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 20 abril de 2016.

BRASIL. **Sistema de informação sobre mortalidade**. Paineis de monitoramento da mortalidade materna. Brasília, DF, dez. 2015c. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BROCKLEHURST, P. *et al.* Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **British Medical Journal (BMJ)**, London, v. 4, n. 1, p. 1-13. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CASTRO, M. R. *et al.* Gestantes que participam da Organização Não Governamental Bem Nacer: estudo descritivo. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 3, p. 851-862, 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/8854067-Castro-mr-ferreira-db-menezes-eot-et-al-artigo-de-pesquisa.html>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 14-16, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar...**: a primeira arte da vida. 2. ed. Portugal: Lusociência, 2003. 440 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei n. 7.498/1986, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 478, de 14 de abril de 2015. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. **Diário Oficial da União** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

COXON, K. Birth place decisions: information for women and partners on planning where to give birth. **King's College London**, London, 2014. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Documents/Birth_place_decision_support_Generic_2_.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DAHLBERG, U. *et al.* How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Netherlands, v. 7, p. 2-7, 2016. Disponível em: <[http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(15\)00060-9/pdf](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(15)00060-9/pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017>. Acesso em: 15 abr. 2016.

FENENGA, C. J. *et al.* Do prevailing theories sufficiently explain perceptions and health seeking behavior of Ghanaians? **International Journal for Health Planning and Management**, London, v. 29, n. 1, p. 26-42, 2014. Disponível em: <http://www.academia.edu/13478385/Do_prevaling_theories_sufficiently_explain_perceptions_and_health-seeking_behavior_of_Ghanaians>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GOMES, M. A. S. M. Compromisso com a mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 41-42, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300011>. Acesso em: 15 abr. 2016.

HELMAN, C. Patients and healers in the context of culture. **Sociology of Health and Illness**, Oxford, v. 3, n. 3, p. 346-351, 1981. Disponível em: <<http://www.ucpress.edu/book.php?isbn=9780520045118>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, 2013.

HOGA, L. A. K. Casa de Parto: simbologia e princípios assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 537-540, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a04v57n5.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, London, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of bordeland between antropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press, 1980. 427 p.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LAWS, P. J. *et al.* Characteristics and practices of birth centres in Austrália. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Austrália, v. 49, n. 3, p. 290-295. 2009. Disponível em: <http://www.academia.edu/18552218/Characteristics_and_practices_of_birth_centres_in_Australia>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. 17-32. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MELO *et al.* A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 804-808. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea10.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum Care**: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, United Kindon, 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190?unlid=933687875201628062>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. **Interface**: saúde, educação, comunicação, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100006>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Geneva, 2015. 8 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva, 2011. 91 p. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a04v12n3.htm>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PIMENTA, L. F. *et al.* The culture interfering on the wish about the type of parturition. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 987-997. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165/pdf_1346>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200012>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PIRES, D. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Mapa de vinculação das gestantes dos Centros de Saúde para as maternidades do SUS-BH**: BH pelo parto normal. 2015. Belo Horizonte. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=cartaz_mapavinculacao_gestantes.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models *versus* other models of care for childbearing women. **Database of Systematic Reviews**, London. 2016. Disponível em: <<http://www.evidentlycochrane.net/midwife-led-care/>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

SCARTON, J. *et al.* “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, p.143-151. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0143.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SILVA, F. M. B. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.5, p. 1031-1038. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n5/pt_0080-6234-reusp-47-05-1031.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SOUZA, M. H. T. *et al.* Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2.277-2.286, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702277>. Acesso em: 15 abr. 2016.

STAPLETON, S. R.; OSBORNE, C.; ILLUZZI, J. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a durable model. **Journal of Midwifery Womens Health**, United States, v. 58, n. 1, p. 3-14. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702277>. Acesso em: 15 abr. 2016.

STEEL, A. *et al.* The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: a study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Netherlands, v. 6, n. 3, p. 132-137. 2015. Disponível em: <[http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(15\)00023-3/abstract](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(15)00023-3/abstract)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

THE DOULA ORGANIZATION OF NORTH AMERICA (DONA). **Frequently asked questions about birth doulas**. United States. Disponível em: <http://www.dona.org/mothers/faqs_birth.php#1>. Acesso em: 21 abr. 2016.

UNITED NATIONS (UN). **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova York, 2000. 17 p. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

UNITED NATIONS (UN). **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995, 258 p. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

UNITED NATIONS (UN). **The millennium development goals report**. Nova York, 2015. 73 p. Disponível em: <[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2016.

UNITED NATIONS (UN). United Nations Populations Fund (UNFPA). **Relatório da Conferência internacional sobre população e desenvolvimento**. Cairo, 1994. 105 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. New York, NY: The Lancet, 2011. 15 p. (Saúde no Brasil) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

VIELLAS, E. F. *et al.* . Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016>. Acesso em: 15 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health & Research, World Health Organization. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva, 1996. 54 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

APÊNDICE A

Roteiro semiestruturado

Roteiro Semiestruturado da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA PRÓ-SAÚDE/PET SAÚDE

Roteiro de Entrevista:

Nº da entrevista: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome da mulher: _____

Idade: ____ Grau de escolaridade: _____ Situação conjugal: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Pergunta norteadora:

“ Conte-me como foi sua busca por atendimento durante o pré-natal, quando percebeu que iria ter o bebê, até sua chegada a maternidade e o nascimento do seu filho.”

ANEXO A

Parecer CEP

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das trajetórias assistenciais de gestantes de risco habitual e suas implicações na qualidade da assistência obstétrica e seu impacto no resultado materno e perinatal

Pesquisador: Tatiana Coelho Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13338713.9.0000.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 324.262

Data da Relatoria: 14/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de interesse do Hospital Sofia Feldman que se propõe a contribuir para a identificação de problemas no referenciamento de gestantes provenientes de áreas de risco, abrindo possibilidades para soluções capazes de levar a uma melhor qualificação da rede de atendimento obstétrico do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isto, serão selecionadas e avaliadas gestantes atendidas no Centro de Saúde São Tomás e que tiveram seus filhos no Hospital Sofia Feldman e outras gestantes de baixo risco que tiveram seus filhos no Hospital Sofia Feldman. Dados do pré-natal e parto serão colhidos tendo como fonte o cartão de pré-natal, o prontuário obstétrico e as respostas a um questionário estruturado. Com emprego de software de sistema de informação geográfica e do método de análise Grade of Membership (GoM), as trajetórias das mulheres na rede de atenção obstétrica serão estudadas, assim como serão almejados identificar perfis extremos e seus padrões de resultados obstétricos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é avaliar a importância de padrões de deslocamento geográfico nos serviços públicos de saúde de atenção primária, secundária e terciária de gestantes de baixo risco como fator de prognóstico para o resultado materno e perinatal.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

**HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE**



Continuação do Parecer: 324.262

Neste sentido, recomendo a aprovação do mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de Relator 11/2013 CAAE: 12638513.4.0000.5132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou em plenária realizada no dia 03 de Julho de 2013 a emenda do Projeto de Pesquisa intitulado: Análise das trajetórias assistenciais de gestantes de risco habitual e suas implicações na qualidade da assistência obstétrica e seu impacto no resultado materno e perinatal das Pesquisadoras Tatiana Coelho Lopes, Juliana Silva Barra, Kleyde Ventura de Souza, Vivian Mara Gonçalves de Azevedo, Cynthia Marcia Romano Faria Walty e Nagela Cristine e o considerou APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

Dra. Lélia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 03 de Julho de 2013.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

ANEXO B

Declaração de parceria



www.sofiafeldman.org.br 31. 3408 2200 Fax: 31. 3408 2218
 Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi
 Belo Horizonte / MG - CEP 31844-130

DECLARAÇÃO DE PARCERIA

Pelo presente Termo, a Fundação de Atenção Integral à Saúde/ Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), sediada à Rua Antônio Bandeira, 1060 Bairro Tupi, Belo Horizonte – Minas Gerais, confirma parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para o desenvolvimento de projeto de pesquisa, a ser apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, Edital 14/2013, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

O projeto intitulado “Análise dos itinerários terapêuticos de gestantes de risco habitual e suas implicações na qualidade da assistência obstétrica e seu impacto no resultado materno e perinatal” será coordenado pela Professora Juliana Barra, Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG e tem duração prevista de 24 meses, tempo pelo qual vigorará a presente parceria. O projeto tem como objetivo principal analisar a política de educação permanente em saúde, considerando sua contribuição para novos modos de pensar e fazer a gestão, atenção, formação e participação social no SUS. Na instituição parceira o coordenador local da pesquisa será Tatiana Coelho Lopes.

O objeto da parceria consiste em cooperação entre as partes, através de mútua e ampla colaboração, com vistas a promover o intercâmbio científico e potencializar a utilização dos recursos para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Com isso, são atribuições da coordenadora do projeto:

- Assegurar o cumprimento da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos;
- Solicitar autorização para a realização da pesquisa junto aos instituições selecionadas para o estudo;
- Coordenar o grupo de pesquisa por meio de reuniões para discussão teórica;
- Estabelecer plano para a coleta de dados e acompanhar sua operacionalização;
- Acompanhar o trabalho dos bolsistas envolvidos no projeto;
- Acompanhar a coleta de dados;
- Realizar e acompanhar a análise dos dados;
- Coordenar seminários para discussão preliminar dos dados;
- Elaborar relatório preliminar e final da pesquisa;
- Elaborar e acompanhar a elaboração de artigos técnico-científico para publicação;
- Encaminhar artigos para publicação;
- Gerenciar os recursos obtidos;
- Responder pelo projeto junto à Escola de Enfermagem, à UFMG, à agência de financiamento e ao Comitê de Ética.

A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Artigo 196 – Constituição Federal de 1988

