

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NAIANE RIBEIRO PRANDINI

EXPERIÊNCIAS DE PUERPÉRIO HOSPITALAR IMEDIATO NA PANDEMIA DE
COVID-19: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES

CURITIBA

2023

NAIANE RIBEIRO PRANDINI

EXPERIÊNCIAS DE PUERPÉRIO HOSPITALAR IMEDIATO NA PANDEMIA DE
COVID-19: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES

Tese apresentada como requisito à obtenção do grau de Doutora em Enfermagem submetida à Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi
Kissula Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Prata Amaro
de Sousa

CURITIBA

2023

Prandini, Naiane Ribeiro

Experiências de puerpério hospitalar imediato na pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico]: histórias contadas pelas mulheres / Naiane Ribeiro Prandini – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Coorientador: Profa. Dra. Ana Paula Prata Amaro de Sousa

1. COVID-19. 2. Mulheres. 3. Pandemias. 4. Período pós-parto. 5. SARS-CoV-2.
I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Sousa, Ana Paula Prata Amaro de.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.24144

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **NAIANE RIBEIRO PRANDINI** intitulada: **EXPERIÊNCIAS DE PUERPÉRIO HOSPITALAR IMEDIATO NA PANDEMIA DE COVID-19: HISTÓRIAS CONTADAS PELAS MULHERES**, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 22 de Agosto de 2023.

Assinatura Eletrônica

23/08/2023 15:39:32.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

23/08/2023 17:50:14.0

NATÁLIA REJANE SALIM

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS)

Assinatura Eletrônica

22/08/2023 14:04:38.0

CATIA CAMPANER FERRARI BERNARDY

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

Assinatura Eletrônica

28/08/2023 10:41:18.0

MARILENE LOEWEN WALL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/08/2023 05:59:33.0

ANA PAULA PRATA AMARO DE SOUSA

Coorientador(a) (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 308765

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 308765

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por oferecerem e proporcionarem o curso de doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos durante o doutoramento e doutoramento sanduíche (CAPES PRINT UFPR).

À secretaria do PPGENF UFPR, pelo suporte técnico oferecido com diligência e respeito.

À Professora Doutora Silvana Regina Rossi Kissula Souza, por ter aceito a orientação desta tese e participado desse processo de doutoramento.

À Professora Doutora Ana Paula Prata, pela coorientação no doutorado sanduíche em Portugal.

Grata ao Jonatas, meu esposo, por todo amor, companheirismo, fortalecimento e pitadas (grandes) de razão que me trouxe nesses anos de pesquisa e, especialmente, por respeitar e buscar comigo os meus sonhos.

Agradeço às amigas, por serem acaento, cuidado, firmeza e paz para mim. Em especial a Ana Clara A. P. Resende, Dafne D. Boni, Manuela Kaled, Victoria B. M. T. N. Ruthes, Cristiane B. Picoli, Mayara M. Abatti e a prima Vanessa Marchioro.

Às colegas do grupo de pesquisa, pelas trocas e contribuições e por terem me acolhido em minha simplicidade sobre a área de saúde da mulher.

À enfermeira Sinderlândia Domingas dos Santos, que Deus, em sonho, me mostrou que seria a pessoa que me ajudaria. E assim foi.

Às Colaboradoras desta pesquisa, por confiarem a mim sua experiência. Estive onde era meu lugar: ouvindo suas histórias. Fui profundamente tocada nas entrevistas que mudaram minha perspectiva sobre muitos aspectos.

À todas as pessoas, desde familiares, amigos, conhecidos e desconhecidos que contribuíram para o desenvolvimento da tese.

Agradeço ao meu Pai, meu Deus, minha alegria e meu sustento pela vida e por tudo que aprendi através do doutorado, especialmente pela dádiva de gerar a vida do nosso filho.

Agradeço pela vida de cada pessoa que Deus pôs nessa jornada tão profunda que foi muito além do teor acadêmico. Sinto muito. Me perdoe. Te amo. Sou grata.

“[...] E todos iam para a sua cidade natal, a fim de alistar-se. Assim, José também foi da cidade de Nazaré da Galileia para a Judeia, para Belém, cidade de Davi, porque pertencia à casa e à linhagem de Davi. Ele foi a fim de alistar-se, com Maria, que lhe estava prometida em casamento e esperava um filho.

Enquanto estavam lá, chegou o tempo de nascer o bebê, e ela deu à luz o seu primogênito. Envolveu-o em panos e o colocou numa manjedoura, porque não havia lugar para eles na hospedaria”.

Bíblia Sagrada, Evangelho de Lucas, 2:3-7.

RESUMO

A pandemia de covid-19 impôs alterações à sociedade, impactando na assistência prestada ao parto, nascimento e puerpério, refletindo na experiência das mulheres. Este estudo teve como objetivo descrever a experiência de puerpério imediato de mulheres na pandemia da covid-19 em maternidade pública de Curitiba-PR, sul do Brasil”. De abordagem qualitativa seguindo o método História Oral Temática, segundo Meihy e Holanda (2017), à luz do referencial teórico dos paradigmas de assistência ao parto e nascimento conforme Robbie Davis Floyd (2001). O estudo ocorreu em uma maternidade de ensino pública de Curitiba-Paraná. O recrutamento das participantes se deu por convite verbal individual com a coleta de dados orientada por entrevista semiestruturada audiogravada dos relatos. Cada entrevista ocorreu em sala reservada na maternidade entre os meses de outubro a dezembro de 2021 e iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Houve devolutiva do texto para conferência e autorização de cada participante. A análise das entrevistas seguiu as orientações do método que compreende as etapas de transcrição absoluta, textualização e transcrição com a elaboração da versão final dos textos, que foram lidos de forma flutuante para uma aproximação com seu conteúdo. Depois, foram lidos inúmeras vezes a fim de elencar temas convergentes entre elas. Assim, emergiram das narrativas quatro Temas Relevantes. Houve triangulação da leitura das entrevistas por duas outras pesquisadoras que corroboraram os temas. Como resultados, participaram nove mulheres no puerpério imediato, com profissões variadas e idade entre 25 e 34 anos. Os Temas Relevantes foram “Maternar num contexto de risco” que fala sobre o medo e preocupação com características próprias da pandemia, tais como a contaminação pelo vírus, vacinação e alterações nas rotinas da maternidade; “Percepções físicas e simbólicas do aleitamento materno” que inclui a experiência de aleitamento materno e o valor que as participantes atribuem à esta prática; “Conseguir: verbo transitivo direto e indireto” em que as participantes trouxeram sobre o poder de parturição e “Nuances do cuidar” que aborda mais diretamente aspectos dos modelos assistenciais tecnocrático e humanístico. Com a pesquisa considera-se que a experiência de puerpério imediato teve a pandemia como elemento causador de medo e preocupação. Evidenciou-se características do modelo assistencial tecnocrático e do humanístico com aspectos tais como a escolha informada e o acolhimento e escuta da mulher a serem fomentados na assistência obstétrica. Considera-se que a experiência de puerpério imediato está fortemente conectada a todo caminho anterior percorrido pela mulher na gestação e no parto, tendo esse ciclo um caráter imanente, experiência excelsa que propulsiona a mulher para outro momento de vida.

Palavras-chave: COVID-19; mulheres; pandemias; período pós-parto; SARS-CoV-2.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic imposed changes on society, affecting the assistance provided to labor, birth, and the postpartum period, reflecting on women's experience. This study aimed to describe the experience of the immediate postpartum period of women during the covid-19 pandemic in a public maternity hospital in Curitiba-PR, southern Brazil. Of qualitative approach follows the Thematic Oral History method, according to Meihy and Holanda (2017), in the light of the theoretical referential of the paradigms of assistance to labor and birth according to Robbie Davis-Floyd (2001). The study was conducted in a public teaching maternity hospital in Curitiba-Paraná. The recruitment of the participants took place by individual verbal invitation with data collection guided by semi-structured audio-recorded interviews of the reports. Each interview occurred in a reserved room in the maternity hospital between October and December 2021 and began after approval by the Research Ethics Committee of the institution. The text was returned to each participant for checking and authorization. The analysis of the interviews followed the guidelines of the method that comprises the steps of absolute transcription, textualization, and transcription with the elaboration of the final version of the texts, which were read in a floating manner for an approximation of their content. Then, they were read several times to list the convergent themes among them. Thus, four Relevant Themes emerged from the narratives. There was a triangulation of the reading of the interviews by two other researchers who corroborated the themes. As a result, nine women participated in the immediate puerperium, with varied professions and ages between 25 and 34 years. The Relevant Themes were "Mothering in a context of risk" which talks about the fear and concern with characteristics of the pandemic, such as contamination by the virus, vaccination, and changes in the routines of motherhood; "Physical and symbolic perceptions of breastfeeding" which includes the experience of breastfeeding and the value that the participants attribute to this practice; "To achieve: the direct and indirect transitive verb" in which the participants brought about the power of parturition and "Nuances of care" which more directly addresses aspects of the technocratic and humanistic care models. The research considered that the experience of the immediate puerperium had the pandemic as a causative element of fear and concern. Characteristics of the technocratic and humanistic models of care were evidenced, with aspects such as informed choice and welcoming and listening to the woman to be promoted in obstetric care. The experience of the immediate postpartum period is connected in a strong way to all the previous paths taken by the woman during pregnancy and childbirth, with this cycle having an immanent character. This sublime experience propels the woman to another moment of life.

Keywords: COVID-19; women; pandemics; postpartum period; SARS-CoV-2.

RESUMEN

La pandemia del covid-19 impuso cambios en la sociedad, impactando la asistencia ofrecida durante el parto, nacimiento y puerperio, reflejándose en la experiencia de las mujeres. Este estudio objetivó describir la experiencia del puerperio inmediato en mujeres durante la pandemia de covid-19 en una maternidad pública en Curitiba-PR, al sur de Brasil". Este estudio posee un enfoque cualitativo, siguiendo el método de la Historia Oral Temática, bajo preceptos de Meihy y Holanda (2017), y a la luz del marco teórico de los paradigmas de atención al parto y nacimiento según Robbie Davis-Floyd (2001). El local de investigación fue una maternidad pública de Curitiba-Paraná. Los participantes fueron reclutados por invitación verbal individual, con la recolección de datos guiada por una entrevista semiestructurada grabada en audio. Cada entrevista se llevó a cabo en una habitación privada dentro de la maternidad una vez recibida la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la institución, siendo el periodo de recolección específico entre octubre y diciembre de 2021. Una vez transcrito cada audio el texto fue devuelto para conferencia y autorización de cada participante. El análisis de las entrevistas siguió los lineamientos del método que comprende las etapas de transcripción absoluta, textualización y transcreación con la elaboración de la versión final de los textos, los cuales fueron leídos de forma fluctuante para una aproximación con su contenido. Posteriormente, fueron leídos repetidas con la finalidad de identificar los temas convergentes entre ellos. De esta manera, surgieron cuatro Temas Relevantes de las narraciones. Se realizó una triangulación de la lectura de las entrevistas por otros tres investigadores que corroboraron los temas. Como resultado participaron nueve mujeres en puerperio inmediato, con variadas profesiones y con edades entre 25 y 34 años. Los Temas Relevantes fueron "Maternidad en un contexto de riesgo", que describe el miedo y la preocupación por las características de la pandemia, como la contaminación con el virus, la vacunación y los cambios en las rutinas de la maternidad; "Percepciones físicas y simbólicas de la lactancia materna", trayendo la experiencia de amamantar y el valor que los participantes le atribuyen a esta práctica; "Conseguir: verbo transitivo directo e indirecto" en el que los participantes incidieron en el poder del parto y "Matices del cuidar" abordando de manera más directa aspectos de los modelos tecnocráticos y humanísticos del cuidado. Mediante esta investigación, se llegó a la consideración de que la experiencia del posparto inmediato tuvo a la pandemia como un elemento que generador de miedo y preocupación. Se evidenciaron características de los modelos de atención tecnocráticos y humanísticos, con aspectos como la elección informada, la acogida y la escucha activa de estas mujeres lo cual debe ser fomentado en la atención obstétrica. Se considera que la experiencia del puerperio inmediato está fuertemente ligada a todo el camino previo recorrido por la mujer durante el embarazo y el parto, teniendo este ciclo un carácter inmanente, una experiencia sublime que impulsa a la mujer a otro momento de la vida.

Palabras-Clave: COVID-19; mujeres; pandemias; periodo posparto; SARS-CoV-2.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	11
1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	ASPECTOS DO SARS-CoV-2 E DA COVID-19.....	18
3.2	AS IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NA SAÚDE DA MULHER GESTANTE E PUÉRPERA.....	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	30
4.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE ROBBIE DAVIS-FLOYD.....	30
4.2	PARADIGMAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	31
4.2.1	O modelo tecnocrático.....	32
4.2.2	O modelo humanístico.....	36
4.2.3	O modelo holístico.....	40
4.3	MODELO DE PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL.....	46
4.4	MODELO DE PARTO E NASCIMENTO EM PORTUGAL.....	56
4.4.1	Estrutura da rede de saúde.....	56
4.4.2	Breve histórico sobre a parturição.....	59
4.4.3	Assistência à saúde materna.....	65
4.4.4	Percepções sobre o modelo de assistência.....	68
5	O CAMINHO METODOLÓGICO	73
5.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	73
5.2	LOCAL DA PESQUISA.....	82
5.3	RECRUTAMENTO DAS COLABORADORAS.....	83
5.4	COLETA DE DADOS.....	85
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	87
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	89
6.1	ENTREVISTAS.....	90
7	DISCUSSÃO	115
7.1	CARACTERÍSTICAS DAS COLABORADORAS.....	115
7.2	TEMAS RELEVANTES.....	127
7.2.1	Maternar em um contexto de risco.....	128

7.2.2	Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno.....	143
7.2.3	Conseguir: verbo transitivo direto e indireto.....	151
7.2.4	Nuances do cuidar.....	157
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
	REFERÊNCIAS	179
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	199
	ANEXO A – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS	200

APRESENTAÇÃO

Das antigas ligações que possuía com a área de saúde da mulher — o período de estágio na maternidade do hospital geral que servia de campo de estudo durante a graduação, pelos idos de 2010, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na graduação em Enfermagem em 2011, o artigo final na pós-graduação de Auditoria nos Serviços de Saúde em 2014, e um mês trabalhando na maternidade daquele mesmo hospital que foi campo de estágio e também meu primeiro local de emprego como enfermeira — passou-se um tempo, até que em 2020, como pós-graduanda no doutorado acadêmico em enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, retomei o contato específico com essa área de atuação da enfermagem. Esse retorno foi gradativo, parcimonioso, desafiador por si mesmo, pois é uma área em que me são escassos os conhecimentos teóricos e mais ainda, os técnico-práticos. É desafiador, em segundo, por ter se desenvolvido em um tempo tão estranho, denso, sem perspectiva como foi aquele (que não é tão distante assim) da pandemia de COVID-19.

A pandemia impôs medo, angústia, preocupação não apenas pelo risco da própria contaminação, mas pela possibilidade de que pessoas que me são caras, familiares, amigos, colegas de pesquisa, pessoas do círculo social e mesmo aquelas de contato eventual, viessem a adoecer e falecer. O distanciamento social limitou e impediu os abraços, tão característicos de minha personalidade, tão acolhe(dores), tão ameniza(dores); impediu que houvesse a troca de experiência acadêmica diária e a conversa que acontecia na universidade, impôs limitações à pesquisa e creio que a maior delas, para mim, foi o medo, mesmo dispondo de estratégias e recursos para lidar com tudo.

Tanto tempo restrita à casa, tendo contato com poucas pessoas despertou em mim, ao sair de casa para a coleta das entrevistas, episódios de um medo espantoso, em que me faltava o ar, anuviava a vista, tremiam as pernas. Receava por mim, por meu esposo, pelas mulheres participantes da pesquisa e seus bebês. Talvez expor essa minha experiência revele um pouco do universo por trás de tudo que compreende a pesquisa, que foi feita por mim, uma mulher em constante transformação e que sustentou, conforme possível, entrevistas presenciais num tempo em que minha sombra se sentava lado a lado comigo.

Neste percurso de doutoramento senti-me frequentemente uma intrusa porque não pulsa em mim a mesma ânsia que vejo nas colegas e amigas enfermeiras obstetras. Ainda assim, debrucei-me profundamente sobre cada aspecto abordado na pesquisa, tomei contato com materiais e assuntos que nunca antes havia pensado. Como mulher sinto, interpreto, escrevo e vivo muitas coisas apresentadas nesta tese. Também por isso digo que me transformei. E essa transformação gerou a vida, pois viemos, meu esposo e eu, a conceber durante o doutoramento, no período sanduíche. O intercâmbio era o maior sonho dentro do doutorado e foi uma experiência de vida (em todas as suas dimensões e aspectos) extremamente valiosa. E esse sonho deu origem a outro ainda maior, imensurável, nosso filho, que logo, logo, nascerá.

Desejo fortemente que este estudo contribua para atuações multiprofissionais atentas aos aspectos integrais das mulheres no puerpério e que mais do que certezas — acuso dizer que aqui há poucas delas — que haja reflexões a partir daquilo que as mulheres entrevistadas trouxeram como Resultados e que foi apontado na Discussão. Acrescento que tudo que emana com esta tese está fundamentado em: que toda mulher que vive a gestação, parto e puerpério seja instruída para sua escolha e que haja respeito, acolhimento e verdadeira escuta ao desejo de cada mulher.

Por fim, intenciono que esta singela escrita encontre vocês bem.

1 INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado com a declaração da pandemia da *Corona Virus Disease*, Doença do Coronavírus em português, conhecida como covid-19, pela *World Health Organization* (WHO) (2020). Revelou-se uma pandemia duradoura que afetou toda sociedade nos aspectos da vida humana gerando interferências financeiras, sociais sem precedentes e de dimensões globais, interferindo nos sistemas de assistência à saúde como um todo (MENDES, 2020).

Para diminuir a possibilidade de contaminação nos vários ambientes foram adotadas medidas preventivas à disseminação do vírus, que ocorre principalmente pela via respiratória (WHO, 2020). Medidas como o isolamento social dos casos contaminados (WHO, 2020), distanciamento social (TO *et al.*, 2021), testagem de casos suspeitos e contactantes, estabelecimento de período de quarentena (TO *et al.*, 2021), utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais da saúde, máscaras de proteção individual para população (TO *et al.*, 2021; BRASIL, 2020b) e a higienização adequada e frequente das mãos (WHO, 2020; BRASIL, 2020b; TO *et al.*, 2021).

Tais medidas de precaução focaram especialmente nos pertencentes aos grupos de risco (WHO, 2020), do qual, no Brasil, dentre outros, fizeram parte as gestantes e mulheres em até quatorze dias após o parto (BRASIL, 2020), pois que todas as alterações ocorridas no período gestacional tornam o organismo mais propenso a infecções na gravidez (SOUZA; AMORIM, 2021).

Neste aspecto, a covid-19 apresentou a essa população em específico desfechos clínicos negativos, como maior risco de (HCINI *et al.*, 2021) complicações e necessidade de cuidados intensivos (SOUZA; AMORIM, 2021). Dos eventos relacionados ao parto, o parto prematuro e cesariana despontaram, com 33,3 e 83,3% respectivamente (MAKVANDI *et al.*, 2021). No que diz respeito ao cuidado da mulher, a pandemia piorou o acesso à assistência obstétrica de qualidade (SOUZA; AMORIM, 2021). Nesse sentido, suscitou discussões a respeito das práticas de atenção ao parto, fortemente hospitalares em alguns locais, sendo que o próprio hospital foi percebido como local de contaminação (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020). Além disso, dados de mortalidade materna intensificaram a profunda preocupação sobre a saúde de gestantes e puérperas.

Desde o início da pandemia até final de abril de 2023 foram registrados 2.057 óbitos de mulheres grávidas e no puerpério pela covid-19 no Brasil (SCARDUA *et al.*, 2022). No estado do Paraná houve 100 mulheres grávidas e 67 mulheres no puerpério até o 42º dia que foram a óbito devido à covid-19 (PARANÁ, 2023).

Adicionalmente ao expressivo número de óbitos, houve preocupações que estiveram em torno do medo de serem infectadas pelo vírus ou desenvolver a doença, não ter acompanhante, transmitir a doença para o bebê, ser separada dele e estar isolada na gestação, parto e puerpério (DAVIS-FLOYD, GUNTSCHOW, 2020; MOTRICO *et al.*, 2020). Agregadas a isto estiveram também as preocupações pela escassez de informação segura e pelas perturbações que o isolamento imporia ao período puerperal estando implicada aqui a saúde mental dessas mulheres (MOTRICO *et al.*, 2020).

O período perinatal em si representa aumentada susceptibilidade para alterações emocionais (WERNER *et al.*, 2020; SCHIAVO, 2021) o que pode estar associado aos cuidados pré-natais ineficazes (WERNER *et al.*, 2020). Na pandemia, identificou-se que as condições socioeconômicas relacionadas a residir em áreas de maior contaminação, desemprego, e elementos da própria pandemia, como distanciamento e medo da contaminação influenciaram negativamente a saúde mental de puérperas (PRANDINI *et al.*, 2022).

Ademais, o desenvolvimento da pandemia gerou, para estas mulheres, alterações significativas na situação empregatícia e financeira com redução do apoio social e diminuição do acesso a serviços relativos à amamentação, terapia e outros serviços de apoio, algumas mudanças nos planos de amamentação, no contato com o bebê e na saída para consultas evitando-as ou usando barreiras de proteção ao fazê-las (AHLERS-SCHMIDT *et al.*, 2020). As alterações nos protocolos assistenciais aumentaram a incerteza a respeito da gestação, tendo elas expressado que sentiram que as necessidades que possuíam foram reputadas como secundárias em comparação com a covid-19 (VON RIEBEN; BOYD; SHENN, 2022).

As mudanças ocorridas nos fluxos nos serviços de saúde interferiram no vínculo e na atenção profissional prestada às mulheres no puerpério e recém-nascidos (RNs) (ARNAEZ *et al.*, 2020). Mudanças que violaram direitos humanos pela adoção de rígidas instruções para isolamento e controle da infecção, nas

alterações desequilibradas que ocorreram nos serviços de saúde, suspensão de serviços de rotina essenciais e realocação profissional (PAES *et al.*, 2021).

A assistência ao ciclo gravídico-puerperal envolveu durante a pandemia considerando que certas medidas restritivas e intervenções tomadas no parto não eram necessárias, não restringiam o contágio do vírus e não possuíam embasamento em evidências científicas, desrespeitando a dignidade humana (PAES *et al.*, 2021). Na pandemia (2020), em instituições que adotavam políticas humanísticas que permitiam a presença de acompanhante e doulas na sala de parto, mantinham a prática do contato pele a pele imediato e alojamento conjunto, rapidamente foram revertidas em favorecimento do modelo médico tradicional de assistência obstétrica que afasta mães, RNs e famílias (DAVIS-FLOYD; GUNTSCHOW; SCHWARTZ, 2020); assim destacando desafios na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

A proporção tomada pela pandemia da covid-19 deflagrou desafios que envolveram — e ainda envolvem — a produção de conhecimento a respeito de muitos aspectos, posto que foi um vírus novo e não afetou somente o estado clínico das mulheres, mas se apresentou como algo ameaçador duradouro e feroz para a vida. Ainda, a vacinação para mulheres grávidas e no puerpério evoluiu gradativamente, mesmo que tenha causado controvérsias e reveses, e a patogênese vem sendo elucidada com novos sistemas sendo afetados e com variantes do vírus que mantêm alerta. Pautada na importância e necessidade de elaborar informações úteis sobre este evento epidemiológico, com vistas a registrar, na memória escrita, aspectos da experiência das mulheres no puerpério imediato para o agora e também visando momentos futuros, nas repercussões que a pandemia causou na vida e na atenção à saúde de mulheres puérperas foi que emergiu a proposta de desenvolvimento desta pesquisa, cuja questão norteadora consistiu em “Como foi a experiência das mulheres no puerpério imediato hospitalar na pandemia da covid-19?”

Ponderando o exposto até aqui, esta pesquisa se desenvolveu considerando a necessidade de elaborar conteúdo científico a respeito da experiência do puerpério — processo por si envolto em muitas e profundas particularidades — que aconteceu durante um evento pandêmico e de proporções únicas, bem como possibilitar maior visibilidade à experiência das mulheres contada por elas mesmas, que viveram esse fenômeno. Durante o tempo de pandemia, nas revisões integrativas e de escopo

feitas no grupo de pesquisa e artigos estudados na construção da tese, percebeu-se que a realização de pesquisas teve seu recorte mais delineado pela abordagem quantitativa e revisões de literatura. Nesse sentido, a abordagem qualitativa presencial proposta por esta tese veio a contribuir com a perspectiva inerente a esta abordagem e, diríamos, ainda mais profundamente, tendo em consideração que o método elencado revela a história de cada Colaboradora.

2 OBJETIVO

Descrever a experiência de puerpério imediato de mulheres na pandemia da covid-19 em uma maternidade pública de Curitiba-PR, sul do Brasil.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para a contextualização a partir da literatura, organizou-se este conteúdo sobre pandemia e puerpério em dois temas. O primeiro deles abrange as características do vírus e da doença, e o segundo versa sobre o puerpério no contexto pandêmico.

3.1 ASPECTOS DO SARS-CoV-2 E DA COVID-19

O início da pandemia deu-se com casos de pneumonia não especificada, inicialmente relacionados à contaminação no mercado de frutos do mar na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na região central da China, em dezembro de 2019, com o primeiro óbito datado de 11 de janeiro de 2020 (TO *et al.*, 2021). Posteriormente, identificou-se que os primeiros casos surgiram entre outubro e novembro de 2019 e que a transmissão do vírus acontecia via pessoa a pessoa (TO *et al.*, 2021). Ao final do mês de janeiro de 2020 o vírus havia sido detectado em outras regiões do mundo, potencializando indícios da transmissão pessoa a pessoa e através de viagens (TO *et al.*, 2021).

Identificou-se que esses casos de pneumonia tinham como agente causador um novo coronavírus (TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021) nomeado SARS-CoV-2 (HUANG *et al.*, 2020) pertencente ao gênero *Betacoronavirus*, da família viral *Coronaviridae*, subgênero *Sarbecovirus*, composto por glicoproteína S, glicoproteína de membrana viral e envelope, tendo como material genético o RNA (TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021), sendo um vírus que infecta, dentre outros, aves, mamíferos e humanos (KUMAR; SAXENA, 2021), compondo família viral com outros seis coronavírus já conhecidos (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021).

As informações a respeito da transmissão apontam que a principal via de disseminação do SARS-CoV-2 é a respiratória, seja pela transmissão direta de pessoa a pessoa ou mediada pelo contato com superfícies, objetos de compartilhamento ou alimentos contaminados com as gotículas, com maior disseminação se gotículas aerolizadas (CZERESNIA, 2020; TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021). Além desta, a via fecal-oral, a por contato com fluidos corporais, incluindo o leite materno, também foram relatadas, bem como a

transmissão vertical que, conquanto rara, foi descrita (CZERESNIA, 2020; TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021).

Foi identificado que a replicação do vírus acontece após a ligação da glicoproteína S à célula humana através do receptor de Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2) (TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021; VALE *et al.*, 2021), que está presente no coração, pulmões, rins e trato gastrointestinal de humanos (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021) permitindo que o vírus adentre a célula humana. Quando no interior da célula, o RNA (*Ribonucleic acid*) é liberado e passa a ser traduzido para duas poliproteínas que darão, numa sequência de fases, origem a novos vírions que serão liberados por exocitose (TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021; VALE *et al.*, 2021). Após liberado, o vírus ativa reações imunológicas no organismo humano que acionam mediadores inflamatórios numa cascata de reação (GUO *et al.*, 2020; VALE *et al.*, 2021) que pode estar associada à gravidade clínica dos pacientes (GUO *et al.*, 2020), uma vez que a resposta inflamatória induzida é desregulada pode gerar sintomas graves, como edema no pulmão, falta de oxigênio, insuficiência respiratória, e conduzir ao colapso de vários órgãos (VALE *et al.*, 2021).

Para constatar se a pessoa tem covid-19, como é conhecida a doença causada pelo SARS-CoV-2 devido à nomeação original de *Corona Virus Disease 2019*, em inglês, considera-se a história clínico-epidemiológica e a realização do exame físico (BRASIL, 2020b). Com a avaliação clínica pode-se estratificar, inicialmente, o grau da doença e definir a conduta terapêutica que poderá incluir a investigação laboratorial (MS, 2020b). O diagnóstico laboratorial inclui a realização de exames tais como aquele pelo método RT-PCR (Reação em Cadeia de Polimerase de Transcriptase Reversa) (BRASIL, 2020a), o principal e mais largamente utilizado e que, através de amostras coletadas na nasofaringe e/ou orofaringe por meio de *swab*, constata a presença do SARS-CoV-2 pela identificação de parcelas do RNA viral (BRASIL, 2020b). Os testes rápidos, por sua vez, são utilizados para diagnóstico na fase aguda (MS, 2020b). Outros recursos, como exames de imagiologia podem ser feitos, tais como a Tomografia Computadorizada (TC) de alta resolução (BRASIL, 2020b).

A manifestação clínica pode revelar sintomas leves, moderados ou graves, sendo que o principal sistema orgânico atingido é respiratório, contudo, pode afetar os sistemas neurológico, cardiovascular e renal (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021). Os

sintomas variam desde o aparecimento até a severidade, como supramencionado, e incluem características respiratórias mais comuns, como tosse, desconforto ou dor no tórax, dificuldade para respirar e hipóxia silenciosa; outros sintomas como disfunção orgânica e febre, sintomas musculares e ósseos como fadiga, mialgia e artralgia, alterações olfativas e gustativas e diarreia podem estar presentes no quadro clínico (TO *et al.*, 2021; KUMAR; SAXENA, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021).

O tratamento para a maioria dos casos leves dá-se com isolamento domiciliar com acompanhamento e tratamento sintomático. Para as pessoas que têm febre persistente, fadiga e dificuldade para respirar há a internação para avaliação, suporte ventilatório e anticoagulação (TO *et al.*, 2021, p. 521). Como meio de imunização tem-se a administração de vacinas, cuja campanha nacional de imunização no Brasil foi iniciada em janeiro de 2021 (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2021).

Outro aspecto relacionado à covid-19 são as variantes, mutações genéticas do vírus que impactam nos aspectos clínicos da doença (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021), elevam a transmissibilidade (TO *et al.*, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021) e possivelmente o risco de reinfeção (FIOCRUZ, 2021a). Culminando em aumento da frequência da infecção em animais e humanos (WHO, 2021) e interferindo no estabelecimento de medidas preventivas e de tratamento (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021).

Além de todos os aspectos citados, revela-se outra faceta da doença, a longa recuperação, os sintomas pós-infecção e as sequelas deixadas que variam de pessoa a pessoa. Indivíduos que tiveram a doença relatam que a “marca” ulterior estava presente em diversas regiões do corpo, como dores nas mãos e pés, dificuldade de concentração, cansaço na realização de tarefas, havendo incerteza quanto à recuperação, por vezes mínima diária, abalando a saúde física e emocional e gerando sensação de perda e preconceito (LADDS *et al.*, 2020).

Essas condições pós-covid-19 podem durar desde semanas até meses após a infecção, mesmo naqueles com apresentação leve da doença (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2021). Há casos de longa recuperação em que coexiste associação de cansaço ou fadiga, dificuldade para pensar e se concentrar que pode ser relatada como uma “névoa cerebral”, dor de cabeça, ausência da capacidade de sentir aromas e sabores, tontura ao ficar em pé,

aceleramento no coração, dor no tórax, problemas para respirar ou falta de ar, tosse, dores nas articulações ou na musculatura, depressão ou ansiedade, febre, piora de sintomas depois de praticar atividades físicas ou de atividades mentais (CDC, 2021, p. 1).

3.2 AS IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NA SAÚDE DA MULHER GESTANTE E PUÉRPERA

Creditando ao conhecimento adquirido de epidemias anteriores, como a da H1N1 (2009), pesquisadores mantiveram-se atentos em relação ao risco de mulheres grávidas contraírem a covid-19, pois poderiam estar mais vulneráveis devido às alterações que ocorrem no organismo feminino durante a gravidez (SOUZA; AMORIM, 2021). Mudanças essas que ocorrem nos sistemas cardiovascular, respiratório, imunológico e na coagulação (SOUZA; AMORIM, 2021).

Na revisão realizada por Vale et al. (2021) descreveu-se que o organismo feminino se prepara como um todo para receber o feto. No que tange à resposta do sistema imunológico ela tende a ser equilibrada de modo a proteger a mãe, mas não causar dano ao feto (VALE *et al.*, 2021). A ativação das células de defesa maternas é mediada pela existência do embrião, o que torna singular essa resposta imunológica na gravidez (VALE *et al.*, 2021). Nesse sentido, para proteger o embrião, ocorre o acúmulo de células de proteção no entorno para protegê-lo de agressores externos, como os vírus (VALE *et al.*, 2021). A progesterona, por sua vez, protege o embrião de tal forma que o sistema imunológico materno não o reconheça como algo estranho, agressivo, externo ao organismo feminino (VALE *et al.*, 2021). Mais tardiamente na gestação a placenta produz anticorpos para elevar a imunidade fetal (VALE *et al.*, 2021). Além disso, o próprio embrião possui mecanismos de defesa próprios, como a secreção de interferons e citocinas (VALE *et al.*, 2021).

As mulheres grávidas, por possuírem período pró-inflamatório no primeiro trimestre, o que beneficia que embrião e placenta implantem-se, no segundo trimestre passa por período anti-inflamatório, favorável ao crescimento do feto, e um novo período pró-inflamatório no terceiro trimestre, de modo a preparar para o parto; períodos esses que poderiam deixar o organismo suscetível à infecção mais grave pelo SARS-CoV-2. A ação hormonal (estrogênio e progesterona) sobre órgãos do

sistema cardiocirculatório e respiratório contribui para essa vulnerabilidade (VALE *et al.*, 2021). Em específico, nos órgãos do trato respiratório superior a progesterona causa intumescimento, facilita tanto a aderência quanto a eliminação do vírus, há também maior dificuldade na expansão do pulmão no processo de respiração (VALE *et al.*, 2021).

Além disso, a ECA, enzima que compõe o sistema de regulação da pressão arterial, é produzida em maior quantidade durante a gravidez, podendo aumentar o risco das gestantes à infecção pelo SARS-CoV-2 por haver mais sítios de ligação entre vírus e a célula humana (VALE *et al.*, 2021). Em vista disso, há que se destinar especial atenção a esta população (BRASIL, 2020a; PR, 2020) especialmente no último trimestre, e aquelas no puerpério até duas semanas após o parto (PR, 2020) que compõem o grupo de risco para covid-19, como já mencionado (BRASIL, 2020). Destarte, é importante conhecer a sintomatologia nessa população, cujo conteúdo está apresentando juntando a sintomatologia em mulheres gestantes e puérperas quando dessa forma foram trazidas nos textos.

Nesse sentido, sumarizou-se que em mulheres grávidas a covid-19 poderia se apresentar desde um resfriado comum até manifestação grave de insuficiência respiratória e evolução a óbito (CZERESNIA *et al.*, 2020). Das manifestações, tem-se que os sintomas mais comuns identificados nesta população foram o aumento da temperatura corporal, tosse, dificuldade para respirar, mal-estar, diarreia (CZERESNIA *et al.*, 2020) e fadiga não sendo demonstrada diferença entre os sintomas nessa clientela e na população geral (MAKVANDI *et al.*, 2021). No que diz respeito aos exames laboratoriais evidenciou-se aumento da proteína C reativa e linfopenia (MAKVANDI *et al.*, 2021).

Ainda no que se refere à sintomatologia, na América Latina, de 86 mulheres investigadas, 27 delas (32%), apresentaram sintomas entre leves, moderados e graves e 59 dessas, o que representa 68% do total, foram assintomáticas para covid-19 (SOLA *et al.*, 2020), demonstrando que a doença pode também não causar sintomas. Em uma revisão sistemática sobre o tema na população obstétrica foi de 95% a proporção de assintomáticas com 59% continuando sem sintomas durante o acompanhamento (YANES-LANE *et al.*, 2020).

A pandemia teve reflexos em outros aspectos do ciclo gravídico-puerperal. A escolha a respeito da via de parto em gestantes com covid-19 é pautada na decisão multidisciplinar considerando os fatores obstétricos (MAKVANDI *et al.*, 2021) e

decisão da mulher. A manifestação clínica grave e necessidade de cuidados, como a oferta de oxigênio, podendo ser mantida a estabilidade clínica, não deve ser um indicativo de extração prematura (HCINI *et al.*, 2021).

Em outra pesquisa, também em mulheres com a doença citada, 53 (62%) partos foram por via vaginal, enquanto em 33 (38%) houve cesariana, com 81 (94%) gestações indo a termo e 5 (6%) com menos de 37 semanas gestacionais (SOLA *et al.*, 2020). No contexto europeu 4.989 (23,7%) mulheres tiveram cesariana, 1.928 (9,2%) tiveram parto vaginal instrumental, a episiotomia (corte feito com tesoura ou bisturi para aumentar a abertura do canal vaginal e que necessita de sutura posteriormente) foi efetuada em 20,1% dos partos vaginais espontâneos e a pressão fúndica (conhecida por manobra de Kristeller, em que os profissionais de saúde empregam força sobre o abdômen da mulher) realizada em 41,2% dos partos vaginais instrumentais (LAZZERINI *et al.*, 2022).

A respeito do parto houve registros que demonstraram que em mulheres grávidas com covid-19 a taxa de cesariana foi de 83,3%, e a de parto prematuro, 33,3% (MAKVANDI *et al.*, 2021). Outro estudo mostrou que a cesárea também foi mais comum tendo como principal indicação o sofrimento fetal, embora com critérios pouco claros (CZERESNIA *et al.*, 2020).

Em se tratando dos resultados obstétricos em mulheres com covid-19, dentre outros, apontou-se que mulheres grávidas com a doença apresentavam risco maior de complicações da doença e necessidade de cuidados intensivos (SOUZA; AMORIM, 2021). No Brasil foi descrito que de 978 mulheres que testaram positivo, 21,2% foram internadas em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Mulheres grávidas eram mais propensas a terem hemorragia pós-parto e de precisarem de transfusão e internação em UTI; em mães infectadas as mortes fetais intrauterinas foram mais comuns (HCINI *et al.*, 2021).

Essas repercussões da doença no organismo materno conduzem a apresentar a mortalidade causada pela COVID-19 em mulheres grávidas e no pós-parto, que no Brasil, desde o início da pandemia, contabiliza 2.057 gestantes e puérperas mortas pela doença, tendo sido 462 em 2020, 1.518 em 2021, 75 em 2022 e 2 óbitos em 2023 até final de abril (SCARDUA *et al.*, 2022).

Durante a pandemia, o Brasil destacou-se pelo sublinhado número de óbitos maternos pela covid-19: até junho de 2020 haviam sido 124 casos, representando

uma taxa de letalidade de 12,7% sendo que o início dos sintomas foi mais frequente em mulheres no puerpério (TAKEMOTO *et al.*, 2020a).

A maior mortalidade materna no Brasil pode ter como contribuintes as questões problemáticas de longa data dos serviços de assistência obstétrica que se conformam na baixa qualidade da assistência prestada ao pré-natal, na desigualdade racial no que tange ao acesso aos serviços hospitalares, nos recursos que não são suficientes para as demandas emergenciais e de cuidados intensivos, na violência obstétrica e na própria pandemia (TAKEMOTO *et al.*, 2020a).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América, Suécia, Bélgica e França, citados na publicação de Souza e Amorim (2021), apontaram que gestantes com covid-19 apresentam risco maior de complicações da doença e necessidade de cuidados intensivos. A presença de comorbidades foi registrada sendo que nos casos de óbito a mais comum foi a doença cardiovascular e depois diabetes. Das mulheres que foram a óbito, 58,9% tiveram internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 53,2% receberam ventilação invasiva e 29,0% não receberam suporte respiratório (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Adicionalmente, o mesmo estudo demonstrou que os principais fatores de risco para óbito materno devido covid-19 foram puerpério no início da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), obesidade, diabetes e doença cardiovascular, enquanto como efeito protetor foi a etnia branca (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

A interseção de gênero, raça e classe social contribuem para ser mais denso o impacto de óbito materno em mulheres negras do que em brancas, que em estudo foi 2 vezes maior em mulheres gestantes e puérperas negras (SANTOS *et al.*, 2021). Embora a morbidade, perfil e idade tenha sido semelhante entre mulheres brancas e negras, estas foram internadas em situações clínicas piores, tiveram maior taxa de internação em UTI, ventilação mecânica e morte (SANTOS *et al.*, 2021). A mortalidade materna causa grande preocupação; para as outras consequências da Covid-19 há possibilidade de combate, exceto o óbito (SOUZA; AMORIM, 2021) que é irreversível.

Para gestantes e puérperas, além da avaliação clínica, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro fomentou a testagem pelo método de RT-qPCR daquelas que tivessem sintomas em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2021a). Para as assintomáticas, dentre outras condições, em três dias anteriores ao parto foi indicada a coleta da amostra (BRASIL, 2020a). O manejo destas mulheres

foi condicionado, no Brasil, inicialmente, à estratificação da gravidade dos casos (BRASIL, 2020b) sendo que o plano de parto, conforme a possibilidade, devia ser respeitado (BRASIL, 2020a).

O tratamento compreende terapias de suporte pensando nas alterações que fisiologicamente acontecem na gravidez, e para a introdução de agentes terapêuticos avalia-se a relação risco/benefício conforme cada mulher, ponderando o benefício potencial que se apresenta para a mulher e a segurança do feto, consultando profissionais da área (BRASIL, 2020). Ademais, considerando a presença de certos critérios, há indicação de internação em UTI (BRASIL, 2020a).

A vacinação é uma possibilidade de prevenção contra a covid-19, sendo que no Brasil, pela Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021, gestantes, puérperas e lactantes que possuam ou não alguma comorbidade, independentemente da idade dos lactentes, são incluídas como grupo prioritário no programa de imunização contra essa doença (BRASIL, 2021). Embora seja uma possibilidade, no Brasil houve reveses em relação à vacinação nessa população. Após amplas discussões de departamentos brasileiros foi expressa a recomendação da vacinação em gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Logo no início da imunização para gestantes e puérperas, foi um caso de Evento Adverso Grave (EAG) qual tenha sido a Síndrome de Trombose com Trombocitopenia (TTS) que tem provável associação causal com vacinas de vetor viral não replicante, isso depois da administração da vacina AstraZeneca/Fiocruz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Diante deste EAG, departamentos do governo federal optaram por recomendar o uso de vacinas que não contivessem vetor viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) dando seguimento à imunização.

Neste contexto pandêmico outro aspecto de concernência é a saúde mental, sendo possível que o sofrimento mental fosse elevado estando relacionado a causas como o efeito biológico do SARS-CoV-2 no sistema nervoso central (SNC) (STEARDO; STEARDO; VERKHRATSKY, 2020; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS), 2021), à perda de pessoas próximas e alterações nos rituais de despedida, ao estresse associado às medidas de contenção, aos impactos econômicos com perda ou diminuição da renda, impactos afetivos, familiares, sociais, de trabalho e no acesso a tratamentos (BVS, 2021). As medidas de distanciamento social e o impacto da pandemia por si podem repercutir a saúde mental das pessoas (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020). Os óbitos causados pela covid-19 e as influências das medidas de

distanciamento social e permanência em casa têm sido associados aos transtornos mentais (MENDES, 2020).

No que tange ao período perinatal, o qual compreende o pré-parto, parto e puerpério, há um aumento do risco de a mulher sofrer alterações emocionais (FALLON *et al.*, 2021; SCHIAVO, 2021) em 60% para sinais de estresse, 35% para ansiedade e 25% para depressão (SCHIAVO, 2021). Com a pandemia questionava-se se os impactos das medidas de precaução e os riscos clínicos afetariam o estado psicológico e a interação social dessas mulheres (FALLON *et al.*, 2021). Para Davis-Floyd, Gutschow e Schwartz (2020), as restrições da pandemia aumentam a ansiedade e o medo das gestantes, considerando as alterações nos fluxos de atendimento.

Em decorrência do distanciamento social as mulheres puérperas demonstraram ter sofrido mudanças no estado psicológico no que se refere ao aumento de sentimentos de depressão, ansiedade e ansiedade relacionada à maternidade, e menos segurança em relação à competência dos pais no cuidado ao bebê (FALLON *et al.*, 2021). Apontaram, também, alterações no ambiente social no que se refere à mudança no relacionamento com o companheiro e ao suporte social; também sentiram mudanças na satisfação em relação aos cuidados de saúde e em como se sentem em relação ao bebê (FALLON *et al.*, 2021). Devido à pandemia, presume-se que pode não ter sido possível celebrar com pessoas amigas e da família o nascimento do bebê por parte das puérperas, e que estas precisaram enfrentar o estresse, e a exaustão, sem contar com a ajuda de pessoas do seu círculo social ou de profissionais (BOEKHORST *et al.*, 2021).

Pressupõe-se que a preocupação com o risco de estar exposta ao vírus, as medidas de precaução como o distanciamento social e o isolamento, a preocupação com a situação econômica e a limitação do suporte social profissional podem piorar a sintomatologia depressiva nas mulheres no puerpério; ainda é possível que a limitação de apoio possa influenciar a cessação da amamentação, que influi no humor dessa mulher (CHRZAN-DEŹTKOŚ, WALCZAK-KOZŁOWSKA, LIPOWSKA, 2021). Compreender a influência, a relação que as fontes estressoras de eventos de saúde pública exercem em relação à saúde mental das puérperas propicia que se vislumbre quais são os desafios enfrentados por elas, bem como a possibilidade de criar programas e intervenções para sua resolução (McFARLAND *et al.*, 2021).

Assim como houve implicações da pandemia na saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, ocorreram alterações nos fluxos de atendimento à saúde, tal como a suspensão de consultas no pré-natal, que podem acentuar as dificuldades que antes já ocorriam (SOUZA; AMORIM, 2021), considerando que o acesso aos serviços especializados em atenção materno-infantil já era precário em muitos países (VALE *et al.*, 2021). Portanto, pode-se compreender que a pandemia intensificou o já desigual acesso aos serviços de saúde e cuidados obstétricos existentes, ainda mais se forem consideradas informações prévias à pandemia (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020).

Nesse sentido, no período pandêmico, identificou-se que 41,8% das participantes de um estudo tiveram dificuldades no acesso ao pré-natal (LAZZERINI *et al.*, 2022). E ainda uma outra face, voltada ao desrespeito, também foi identificada: 23,9% delas sentiram não terem sido tratadas com dignidade, 12,5% sofreram abuso e 2,4% efetuaram pagamentos informais com esses resultados tendo sido significativamente piores entre as mulheres que tiveram cesariana pré-trabalho de parto (LAZZERINI *et al.*, 2022).

As alterações ocorreram em situações diversas, sendo a presença do acompanhante uma delas. Um estudo revelou que em 95% dos casos estudados não houve presença de acompanhante durante o parto nem no puerpério (SOLA *et al.*, 2020), e em outro estudo em realidade não brasileira, 11.198 (62%) das mulheres parturientes não tiveram permissão para ter um acompanhante escolhido por elas (LAZZERINI *et al.*, 2022).

No Brasil, por meses houve recomendação da restrição da quantidade de pessoas presentes durante o parto, desde que o acompanhante não fizesse parte do grupo de risco para a Covid-19 e que estivesse sem sintomas e mantendo medidas de precaução (PARANÁ, 2020). Para as mulheres gestantes e puérperas que não apresentassem sintomas e cujo teste não fosse positivo, não foram emitidas restrições para o acompanhante (BRASIL, 2020a). Em 2020, no estado do Paraná, todas as visitas às maternidades foram suspensas e a troca de acompanhante ficou restrita (PARANÁ, 2020) tendo sido, na maternidade local da pesquisa, o acompanhante totalmente liberado em meados de outubro de 2021. No país, a presença de acompanhante é garantida na Lei Federal nº 11.108, de 2005 (BRASIL, 2005).

Em algumas instituições estadunidenses houve interferência na presença do acompanhante que, ou foram impedidos ou a parturiente necessitou escolher uma pessoa. Embora tenha sido relatado que essa medida foi tomada pensando na prevenção do contágio do acompanhante, pode ser danosa para o vínculo entre a mãe e o bebê, para o bem-estar e para a saúde mental da mulher parturiente. Em alguns locais após o parto a mulher puérpera ficava sozinha, sem até mesmo a pessoa escolhida como acompanhante; quando o bebê precisava de cuidados intensivos em UTI neonatal, a visita era proibida mesmo aos pais (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020).

Mudanças em práticas como o contato pele a pele, proximidade mulher-bebê e clampeamento do cordão umbilical também foram identificadas. Nos Estados Unidos, no caso de mulheres com covid-19, logo após o parto o bebê foi separado e não houve contato pele a pele (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020) enquanto na comunidade europeia 1.642 (9,1%) mulheres não tiveram contato pele a pele (LAZZERINI et al., 2022). No Paraná, considerando as condições clínicas tanto da mãe quanto do bebê, não houve contraindicação em relação ao contato pele a pele, ao clampeamento oportuno do cordão umbilical e ao aleitamento materno oferecido desde a primeira hora de vida (PARANÁ, 2020). Mulher e bebê deveriam ficar em alojamento conjunto e manter medidas de proteção, com manutenção de distanciamento de minimamente 1,5 metro entre ambos (PARANÁ, 2020; BRASIL, 2020a).

As práticas e condutas ficaram a critério dos protocolos criados por cada serviço em relação às recomendações sobre o clampeamento do cordão umbilical e contato pele a pele, todavia, aponta-se para os benefícios de cada prática em detrimento de rotinas que sejam restritivas e não baseadas em fortes evidências científicas. Se a parturiente e o RN estivessem em boas condições clínicas, o contato entre eles deveria acontecer o quanto antes possível (BRIGAGÃO et al., 2020).

A amamentação foi também uma das práticas que sofreu interferências. Observou-se, inicialmente e devido à escassez de informações, condutas diversas, muitas voltadas à cessação da amamentação devido ao risco de transmissão vertical da doença (BRASIL, 2020). No Brasil, para mães com suspeita ou confirmação para Covid-19 ocorreu a recomendação de ser mantido o AM com a adoção de medidas preventivas, tais como a adequada lavagem das mãos, uso de

máscara de proteção facial enquanto em contato com o RN, manter mãe e bebê separados com distância mínima de 1 metro entre o berço e o leito da mãe (BRASIL, 2020).

Sobre isso, estudo demonstrou que, de 78 mulheres com covid-19 autorizou-se a manutenção da amamentação direta utilizando medidas de proteção para 24% delas, 13% amamentaram indiretamente pela extração do leite materno, sendo o restante dos RNs alimentados com leite com fórmula. Em 76% dos casos de mães com diagnóstico de covid-19 o RN não permaneceu com a mãe, assim os bebês receberam a fórmula administrada por um profissional da saúde (SOLA *et al.*, 2020). Em instituição na Guiana Francesa foi permitido que as mães desenvolvessem o cuidado pele a pele e amamentassem já na sala de parto, considerando cuidados de prevenção como o uso de máscara facial cirúrgica e higienização das mãos antes do contato com o RN (HCINI *et al.*, 2021).

Em um amplo estudo europeu, 5.630 (31,1%) das mulheres tiveram apoio inadequado para amamentação, 2.339 (12,9%) não amamentaram na primeira hora, 3.505 (19,4%) não estiveram em alojamento conjunto contínuo e 5.673 (31,4%) não tiveram atenção de imediato quando foi preciso (LAZZERINI *et al.*, 2022). Além disso, 34,4% relataram que, em relação ao uso de EPIs, os profissionais de saúde nem sempre os usavam e 31,8% apontaram que era “insuficiente” o número de profissionais de saúde atendendo (LAZZERINI *et al.*, 2022).

Considerando o exposto até o momento, é possível compreender que o medo do contágio e do adoecimento pelo SARS-CoV-2 com todas as repercussões no organismo materno e fetal, as medidas de distanciamento social e demais alterações de fluxos adotadas em virtude da pandemia COVID-9 afeta, na maioria das vezes, de modo negativo a vida e a saúde das mulheres no puerpério. Assim, é fundamental que elas possam contar sobre o que viveram.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Entende-se o referencial teórico¹ como o alicerce que não só fundamenta o estudo, como oferece consistência a ele. A metodologia das pesquisas espelha o caminho percorrido pelas ciências sociais na área da saúde coletiva e leva consigo o estímulo institucional e da cultura científica, havendo um vasto corpo teórico que pode ser utilizado para fundamentar as pesquisas (DESLANDES; IRIART, 2012).

Para este estudo, a base teórica foi construída a partir da perspectiva dos modelos de assistência ao parto tendo como principal autora Robbie Davis-Floyd, pesquisadora com estágio pós-doutoral em antropologia e atualmente pesquisadora sênior no Departamento de Antropologia na Universidade do Texas, em Austin, EUA (DAVIS-FLOYD, 2018). Os escritos de Davis-Floyd conduziram todo processo de pesquisa, desde sua concepção até a análise dos resultados que muito foram alicerçados pelo referencial teórico.

Isto posto, na próxima subseção apresenta-se brevemente a biografia da autora referenciada extraída da aba “*Autobiografy*”, de sua página na internet. (DAVIS-FLOYD, 2018, p. 1). Na continuidade outra subseção aborda os paradigmas² de assistência ao parto trazidos por essa autora. Segue-se com o modelo de parto e nascimento no Brasil e em Portugal, como finalização.

4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE ROBBIE DAVIS-FLOYD

Conforme relatado pela própria autora, Robbie Davis-Floyd, doutora em antropologia e folclore e pesquisadora sênior na Universidade de Austin, Texas, EUA, nasceu em Casper, no estado de Wyoming, nos EUA, no ano de 1951; nasceu por “cesárea programada” após vários abortos que sua mãe, Robbie Elizabeth Peyton, teve. Cresceu vivendo com os pais, que possuíam certa extensão de terra que cultivavam. Além dos produtos que comercializava, o pai de Robbie, Walter Gray Davis, desenvolvia atividades para complementar a renda da família vendendo outros produtos em lojas na redondeza. O lema que Robbie leva para sua vida foi aprendido com seu pai e se revela na frase “Nunca deixe o sol nascer amanhã sobre

¹ PERES *et al.*, 2020. **Referenciais teóricos em pesquisa em saúde e enfermagem**. Curitiba, 2020. Informação verbal.

² No decorrer da tese a palavra “modelo” será usada como sinônimo de “paradigma” conforme Davis-Floyd (2001); da mesma forma “crença” poderá ser sinônimo de “princípio”, também segundo Davis-Floyd (2000).

o que você pode fazer hoje”. Aos 16 anos, Robbie entrou para a Universidade de Wellesley; posteriormente se mudou para a Universidade do Texas onde cursou graduação, mestrado e doutorado.

Do segundo casamento, com Robert Floyd, nasceu a filha Peyton. Dessa experiência surgiu o tema que viria a permear suas obras. A experiência de parto de Robbie não foi a de parto natural que ela esperava, pelo contrário, se revelou um parto por cesárea “altamente traumática”, em suas palavras, o que a fez pensar no porquê de o parto hospitalar ser “tão tecnológico e intervencionista”. Suas indagações a outras mulheres sobre as experiências de parto e nascimento conformou a dissertação e posteriormente, seu primeiro livro, publicado em 1992 e intitulado *Birth as an American Rite of Passage*.

A partir da publicação da dissertação e do livro, a carreira da autora teve novos atores, foi convidada para palestras, eventos, aulas, foi citada como uma base atual clássica sobre o tema e, nesse percurso, voltou o olhar para as práticas, a identidade e os pensamentos ideológicos que permeavam as parteiras originando outro livro, cujo título é *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*, publicado em 2006.

Mais adiante, instigada por uma de suas palestras a entrevistar médicos, publicou o livro chamado *From Doctor to Healer: The Transformative Journey*, que aborda os três paradigmas de saúde — tecnocrático, humanístico e holístico — e descreve o que incentiva, estimula os profissionais a essa jornada que transforma e como integrar o modelo holístico à prática tradicional.

A autora escreveu conteúdo sobre as histórias orais de profissionais da *National Aeronautics and Space Administration* (NASA), além de vários outros artigos abordando o nascimento, o corpo e sua relação com os modelos de assistência. Atualmente, Davis-Floyd é professora aposentada, atua como orientadora de estudos independentes, leciona em alguns cursos ocasionais, escreve e viaja para palestras.

4.2 PARADIGMAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Os modelos de assistência ao parto, presentes especialmente no Ocidente possuem valores direcionados intensamente para a tecnologia, para a ciência, para a obtenção do lucro e instituições patriarcais (DAVIS-FLOYD, 2000). Segundo a

autora, paradigma é um modelo, uma imagem mental que se tem sobre a realidade ou ainda sistemas de crenças e visões de mundo, de modo que o ser humano opera e vive no mundo como se essas crenças e visões fossem a realidade. No que se refere à saúde há três preponderantes e vistos em quase qualquer país, quais sejam o tecnocrático, humanístico e holístico (DAVIS-FLOYD, 2017). O tecnocrático fomenta haver separação entre a mente e o corpo compreendendo este tal qual uma máquina; o humanístico, que fomenta a conexão entre mente (essência cultural) e corpo, entendendo este como um organismo; e o holístico, que enfatiza a unidade entre corpo, mente e espírito (essência espiritual), conceituando o corpo como sendo campo de energia que interage, entra em contato e troca energia com outros campos como ele. Para a autora, os profissionais que abordarem em sua prática elementos de todos os paradigmas criariam o “sistema obstétrico mais eficaz já conhecido” (DAVIS-FLOYD, 2001, p. S5).

Para cada um dos modelos, Davis-Floyd aponta doze princípios que estão relacionados e se aplicam aos cuidados em obstetrícia atuais e futuros; cada paradigma e seus princípios estão apresentados na subseção que segue.

4.2.1 O modelo tecnocrático

Na medicina, a tecnologia é fortemente utilizada e muitos procedimentos realizados na área da obstetrícia têm frágeis (ou não têm) considerações científicas, mas continuam a ser executados pelo sentido cultural que possuem (DAVIS-FLOYD, 2000) que incrementa as crenças e preconceitos fundados pela sociedade (DAVIS-FLOYD, 2001). Mulheres mais pobres, com condições financeiras baixas têm menos possibilidades de escolhas a respeito do parto, assim, são envolvidas no modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 1987).

O princípio primordial deste paradigma é a “separação mente-corpo”, tendo como segundo princípio o “corpo como uma máquina”. Mente e corpo são considerados contextos independentes, separados entre si, assim, entende-se que as alterações, mudanças, intervenções que são feitas no organismo físico não interferem, não influenciam, não reverberam na mente (DAVIS-FLOYD, 2001, p. S6). Na tecnomedicina, o corpo é separado em partes, assim como a reprodução em todo seu processo é segregada em seus componentes e a experiência de viver o parto é dissociada do fluxo da vida (DAVIS-FLOYD, 2001).

Com a industrialização, a necessidade de produção privilegiou o trabalho masculino tendo o homem como referência de adequação, o ideal de máquina perfeita; essa ideia ecoou para o corpo feminino considerado inadequado, defeituoso, e para o nascimento, em que analogicamente se tem o hospital como sendo a fábrica, o corpo materno seria a máquina e o bebê seria o resultado, o produto de todo o processo de fabricação (DAVIS-FLOYD, 2001). Como esse processo, por ser de fonte feminina, foi considerado defeituoso, caberia à obstetrícia encontrar meios, alternativas para “polir” essa imperfeição (DAVIS-FLOYD, 2001).

O terceiro princípio é ter o “paciente como objeto”, e o quarto é a “alienação do médico em relação ao paciente” em que, ao objetificar o corpo, ao tomá-lo como objeto de tratamento médico, aliena-se a pessoa, afasta-a do profissional, que se vê isento da responsabilidade que suas intervenções, direcionadas ao corpo, reverberam na mente e no espírito da pessoa (DAVIS-FLOYD, 2001). Esse afastamento começa a ser fomentado na formação dos profissionais médicos e pode ser observado em características como não chamar a paciente pelo nome, mas pela identificação do tipo de parto e do quarto em que se encontra instalada, e nas conversas curtas, sem envolvimento de sua parte (DAVIS-FLOYD, 2001).

O princípio quinto é o “diagnóstico e tratamento de fora para dentro”. Na tecnomedicina se utilizam meios diagnósticos de alta tecnologia em todo o ciclo gravídico-puerperal. São utilizados materiais, instrumentos médicos cirúrgicos e medicamentos para indução do trabalho de parto (DAVIS-FLOYD, 2001). A infusão de medicações intravenosas, na visão da autora, cria uma relação de dependência da mulher com a instituição em que se encontra (DAVIS-FLOYD, 2001). Expressa que, da mesma forma que se punciona um acesso venoso e injetam-se elementos no organismo da mulher, assim também ocorre em nossas casas, quando a tecnologia, por algum meio, nos invade, e nos fundimos a ela originando um “ciborgue”, a fusão simbiótica do orgânico a sistemas tecnológicos (DAVIS-FLOYD, 2001, p. S7).

O sexto princípio é a “organização hierárquica”, e o sétimo, a “padronização do atendimento”, em que se utiliza a tecnocracia, que, à luz de Reynolds (1991), Davis-Floyd (2001) cita que é quando se utiliza uma ideologia pautada no desenvolvimento tecnológico como fonte, como vertedouro de poder público e que possui características não somente tecnológicas, mas também autocráticas, hierárquicas e burocráticas. Esses princípios relacionam-se à constituição de

grupos, cooperativas, conjuntos de profissionais médicos com ênfase nas especialidades e de práticas padronizadas das instituições em detrimento das necessidades particulares, das demandas individuais de cada pessoa (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nessa conjuntura, a autora descreve a padronização dos atendimentos prestados à mulher parturiente desde o momento em que chega ao hospital, é admitida e conduzida até uma sala com a mulher utilizando uma cadeira de rodas. O segundo passo é a troca de roupa, em que a mulher se despe e usa a roupa privativa do hospital, passando, depois, para o exame vaginal (DAVIS-FLOYD, 2001). Essa mulher tem sua alimentação restrita ou mesmo cessada, recebe medicação intravenosa, tem os movimentos de seu bebê acompanhados (DAVIS-FLOYD, 2001). Esses monitoramentos acontecem rotineiramente (DAVIS-FLOYD, 2001). Ao entrar na instituição a mulher é despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade e passa a ser conduzida por rotinas padronizadas (DAVIS-FLOYD, 1987).

Conforme o trabalho de parto evolui, mais avançam as ações sobre a mulher, que é levada à sala de parto onde seguem os procedimentos e ações desse ambiente, quais sejam de a deixar na posição para o parto (litotômica, ou seja, deitada de costas na cama e com as pernas afastadas e suspensas sobre perneiras), de usar lençóis estéreis, de utilizar soluções antissépticas para higienização de parte de seu corpo e a episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, região localizada entre a vagina e o ânus, ao final do parto, quando da saída da cabeça do bebê (DAVIS-FLOYD, 2001). Quando seu bebê nasce, a mulher o segura ao colo, o recebe a si por um tempo, a placenta é retirada caso não seja expulsa voluntariamente pelo organismo, há a sutura da episiotomia, a higienização da mãe e a sua transferência para outro quarto hospitalar (DAVIS-FLOYD, 2001). Ao nascer, o bebê é separado da mãe inicialmente, como dito, é um “bebê da sociedade” e não da mãe (DAVIS-FLOYD, 2001). Os monitores eletrônicos são a face que se deve olhar e afastam a face da mãe da dos profissionais cujo olhar se direciona para os parâmetros registrados nos equipamentos. Isso tudo reforça o que se espera da mãe no contexto cultural americano de validação do patriarcado, reforço da superioridade da ciência e da importância do hospital (DAVIS-FLOYD, 1987).

São apontadas algumas alterações em certos procedimentos padrão em instituições norte-americanas, tais como o abandono da depilação da área íntima da mulher e a aplicação de enema; há o abandono de certas práticas e o surgimento de outras, tais como a incorporação da presença do pai no trabalho de parto, apesar de ainda serem mantidas intervenções tecnológicas, como o crescente número de cesárea e a obrigatoriedade do monitoramento eletrônico das mulheres (DAVIS-FLOYD, 2001).

Como sétimo princípio traz-se a “autoridade e responsabilidade inerentes ao profissional, não à paciente”, em que a autoridade, a responsabilidade e a autonomia pelas decisões relativas ao parto são fortemente assumidas pelos médicos e não pela mulher (DAVIS-FLOYD, 2001). Este profissional se utiliza de elementos como a roupa (jaleco branco) e de termos técnicos, muitas vezes incompreensíveis para a mulher, que acabam imbuindo o médico de poder e suprimindo o desejo, a vontade, a opinião da mulher e soma-se à isso as crescentes questões judiciais envolvendo obstetras (DAVIS-FLOYD, 2001).

A “supervalorização da ciência e da tecnologia” é o oitavo princípio e como o termo diz, há uma valorização extrema do uso da tecnologia na assistência ao parto; tão extremamente valorizada que a qualificação do atendimento pode se dar pelo uso ou não de aparelhagem diagnóstica (DAVIS-FLOYD, 2001). É possível haver distanciamento entre o profissional e a mulher que está sendo atendida, uma vez que, ao invés de ele, o profissional, realizar o exame com o estetoscópio, como exemplifica a autora, há o encaminhamento para a realização de um exame de imagem, cabendo ao médico interpretar e avaliar o resultado sem utilizar seus sentidos, como aconteceria com o uso do estetoscópio (DAVIS-FLOYD, 2001). O valor do uso da tecnologia é mais simbólico do que, necessariamente, um valor de cura (DAVIS-FLOYD, 2000).

Como neste paradigma tem-se que a alma é uma dimensão separada do corpo, este fica como que disponível para ser investigado cientificamente e por meio da tecnologia, que é sinônimo de qualidade: quanto mais tecnologia, mais máquinas e instrumentais a instituição possuir, mais moderna e de qualidade ela é considerada (DAVIS-FLOYD, 1987). A obstetrícia moderna tem como foco a produção do bebê perfeito e quando não acontece, o defeito, a falha, é culpa do corpo da mulher (DAVIS-FLOYD, 1987). Assim, se criam ferramentas maiores e melhores a cada ano para acompanhamento do feto por meios tecnológicos; a experiência da mulher, o

tornar-se mãe, fica em segundo plano, quando não é inexistente a preocupação com ela (DAVIS-FLOYD, 1987). Neste paradigma, o processo natural do parto e nascimento é desconsiderado, desconstruído, e dá lugar à reconstrução a partir do processo mecânico; a tecnologia é usada para corrigir a máquina defeituosa (DAVIS-FLOYD, 1987).

O nono princípio é a “intervenção agressiva com ênfase em resultados a curto prazo”, e o décimo é a “morte como derrota” (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse aspecto, descreve-se que na ânsia, no objetivo de dominar aspectos da natureza que atemorizam o homem, que se tornam limites para ele, o ser humano usa a tecnologia para transpô-los, superá-los; quando os problemas gerados pelo uso da tecnologia aparecem, utiliza-se mais tecnologia para resolvê-los (DAVIS-FLOYD, 2001). Assim também se observa na atenção ao parto e nascimento (DAVIS-FLOYD, 2001). Em vista disso, quanto mais se quer controlar a natureza, nisso incluído o corpo, mais há de se temer aquilo que não se pode controlar, e assim o óbito é tido como derrota, como manifestação de fracasso (DAVIS-FLOYD, 2001). As rotinas e procedimentos obstétricos sistematizados buscam estabelecer uma visão ilusória de segurança plena, contudo, o cerne das intervenções que buscam certificar a segurança seria, em última análise, o medo da morte (DAVIS-FLOYD, 2001).

Na hegemonia tecno-médica — entendendo hegemonia como a adoção de uma ideologia por certo grupo dominante de dada sociedade, nesse caso, a do grupo médico — o que não for hegemônico torna-se algo que pode, ou não, ser adotado, torna-se uma alternativa. Com isso, tem-se o décimo primeiro princípio, que é o “sistema guiado pelo lucro”, e o décimo segundo e último princípio do modelo tecnocrata, a “intolerância para com outras modalidades” (DAVIS-FLOYD, 2001). O sistema hegemônico, qualquer que seja ele, tem como consequência a ótica de que as modalidades outras, as alternativas, representam um aviso de perigo de perda do poder e da colocação econômica que o lugar de destaque da hegemonia lhe dá (DAVIS-FLOYD, 2000). Essa percepção limita que novos elementos, informações, evidências controversas possam surgir (DAVIS-FLOYD, 2001).

4.2.2 O modelo humanístico

O modelo humanístico de medicina é oriundo de inquietações e movimento interno do modelo tecnocrata, de profissionais enfermeiros e médicos que buscavam uma reforma de modo a humanizar a tecnomedicina excessivamente voltada a si mesma; o desejo é tornar a tecnomedicina mais relacional, compassiva (DAVIS-FLOYD, 2001), parceira, recíproca, individualizada (DAVIS-FLOYD, 2000). Este é um modelo, algo como meio termo, entreposto entre tecnocracia e holismo (mais amoroso que aquele e menos radical que este) (DAVIS-FLOYD, 2001). Este modelo compreende doze princípios, que estão a seguir.

O primeiro princípio intitula-se a “conexão corpo-mente” que, como o próprio enunciado mostra, compreende uma interconexão, uma inter-relação entre corpo e mente respeitando-os como dimensões distintas, individuais, mas que estão correlacionadas (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Nessa percepção, as demandas físicas não seriam resolvidas sem considerar os aspectos psicológicos (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Assim, quando na possibilidade de os aspectos emocionais da mulher gestante influenciarem o trabalho de parto, a atenção a esses aspectos seria melhor oferecida considerando o suporte emocional ao invés de intervenções de ordem tecnológica (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O “corpo como um organismo”, o segundo princípio, considera como organismo biológico que é, e não como uma máquina, ele será tratado relevando suas características de corpo, com seus aspectos e poderes naturais, próprios do organismo (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Assim, o organismo que é dotado da capacidade de perceber a dor, de interagir e responder emocionalmente a essa interação, seja com pessoas ou com o ambiente, vai reagir ao toque, ao cuidado, à gentileza que são singulares para a mãe e o bebê ao nascer e na proximidade de ambos no puerpério (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Um termo análogo a “humanismo” seria “biopsicossocial” por envolver aspectos biológicos, psicológicos e sociais (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

Como terceiro princípio tem-se “paciente como sujeito relacional”. A maior parte dos profissionais humanistas não sentem medo de criar e firmar relação humana verdadeira, real, com cada paciente, e conhecer cada um deles como a pessoa que é (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Nesse aspecto, desde 1970, nos Estados Unidos da América (EUA) e outros países, e ao longo do tempo, vêm-se reivindicando a presença do acompanhante no momento de trabalho de parto e a permanência conjunta e próxima de mãe e bebê no puerpério, pensando na

contribuição essencial e proveitosa que a presença de uma pessoa representa na experiência de parto para a mulher (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O quarto princípio, a “conexão e cuidado entre o médico e a paciente”, sendo a conexão o princípio subjacente do modelo humanístico (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Esta quarta crença considera a conexão entre a paciente, em todos os seus aspectos de vida, com o profissional, de modo que este, ao estabelecer a conexão, ofereça acompanhamento de forma relacional e também conectada, estabelecendo uma relação médico-paciente fortemente realçada pela humanidade e pela interação das partes; essa interação seria a base da terapêutica (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). As evidências mais robustas a respeito da potência do “cuidado centrado no relacionamento” vêm das pesquisas com doulas, profissionais que acompanham o parto e dão suporte à mulher (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O quinto princípio, o “diagnóstico e cura de dentro para fora e de fora para dentro”, em que a comunicação entre profissional e paciente teria importante aporte na escuta por parte do profissional, centrando a entrevista na mulher para além da verbalização de sua queixa específica (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). É possível, ao dar amplo espaço de fala para a paciente, que ela traga ou que mesmo subentendem-se questões subjacentes à queixa inicial descortinando-se o cenário de fundo do que pode ser a causa dos problemas mais evidentes (DAVIS-FLOYD, 2001); muitos dos sintomas que a mulher manifesta são apresentações de problemas disfarçados (DAVIS-FLOYD, 2000). Nesse princípio, a ênfase seria na expressão de si por parte da mulher e no atendimento atencioso e competente pelo profissional (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

Como sexto princípio tem-se o “equilíbrio entre as necessidades da instituição e individuais” e aborda que as ações dos profissionais humanistas buscam harmonizar os ambientes, que são muito voltados à tecnocracia com regulamentações e sistematizações (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Essas ações são desde as mais superficiais, como a decoração de uma sala, até propiciar instalação física que permita maior mobilidade das mulheres parturientes (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O sétimo princípio do modelo humanístico traz “informações, tomada de decisão e responsabilidade compartilhada entre o paciente e o médico” em que a conversa e a troca de informações entre profissional e paciente têm importante potencial, principalmente porque o profissional humanista ouve e apura informações

de modo atento e empático e isso abre campo para maiores possibilidades de condutas e intervenções, considerando a discussão aberta entre ambos que valoriza saberes e valores de cada um (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

A “ciência e tecnologia contrabalançadas com humanismo”, o oitavo princípio postula que profissionais humanistas utilizam a tecnologia, contudo, o foco de seu trabalho é o cuidado e o relacionamento que estabelecem com a paciente (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Existem novos materiais considerados humanísticos, mas que são usados a pedido da mulher e conforme as evidências científicas disponíveis sobre eles, há um equilíbrio entre esses dois aspectos (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Os profissionais humanísticos estão abertos a esperar e consideram a conexão mente-corpo (DAVIS-FLOYD, 2000).

Como nono princípio descreve-se “foco na prevenção de doenças”, em que se busca agir na prevenção de doenças e eventos de saúde e proteção de populações que ficam à margem da sociedade, vulnerabilizadas (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). No modelo humanístico, a compaixão abre espaço para a prevenção e está inter-relacionada com os paradigmas de saúde pública que buscam prevenir, promover e educar (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Assim, a prevenção de agravos na mulher ou na família considerando seus aspectos biopsicossociais teria reverberação no parto, visto que com a prevenção se poderia abordar a gênese de questões que poderiam causar a mortalidade materna e fetal (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

A “morte como um resultado aceitável”, o décimo princípio, considera livre e individual a escolha sobre a maneira de morrer (DAVIS-FLOYD, 2001). A morte transcende o espaço, a dimensão física de corpo, se revelando como uma possibilidade de cura, de perdão entre familiares, comunidade e com Deus. Diferentemente do que ocorre no modelo tecnocrático em que o processo de morrer foi institucionalizado no hospital, distante da família (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001), no modelo humanístico o processo se daria em presença da família, dos pais, de modo a não elevar a dor da separação súbita (DAVIS-FLOYD, 2001).

O “cuidado motivado pela compaixão”, décimo primeiro princípio discorre que na medicina ocidental contemporânea há um dualismo contraditório entre “competência” e “cuidado”; enquanto aquela está relacionada às ciências naturais, tendo como preocupação as ciências humanas, relacionada a conhecimento, às habilidades (DAVIS-FLOYD, 2001), o cuidado se relaciona a uma qualidade pessoal

(DAVIS-FLOYD, 2000), refletindo um contraponto entre ciência e cultura, tecnologia e humanismo (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse princípio, os sentimentos, as emoções são constituintes da resposta de cura, impulsionada pela compaixão — o “*ethos*” do profissional humanista —, compreendida como a capacidade de sentir e sentir as necessidades do outro ainda que ela possa estar fora de domínio, necessidade e experiência individual (DAVIS-FLOYD, 2001). Os profissionais humanistas criam um ambiente em que se prezem os valores humanos, a compaixão e o cuidado (DAVIS-FLOYD, 2001), permitindo a si serem humanos, sentirem os próprios sentimentos, mas trabalhando os sentimentos das pacientes quando sobrecarregadas (DAVIS-FLOYD, 2000).

O décimo segundo e último princípio do modelo humanístico, “mente aberta para outras modalidades” tem-se que os profissionais humanistas não intencionam aprender novas técnicas, todavia estão disponíveis para outras opções que as pacientes desejem, contanto que envolvam ações convencionais (DAVIS-FLOYD, 2001). Aqueles profissionais que estejam no processo de transição para o modelo humanista não carecem de uma revolução no que acreditam que gere ou sane as doenças; se o profissional for mais simpático e dispuser de mais atenção, e estiver aberto e disposto a tocar e comunicar, isso o faz caminhar em direção ao modelo humanista (DAVIS-FLOYD, 2001).

4. 2.3 O modelo holístico

Dos três modelos de assistência ao parto o holístico é o mais amplo, permitindo diferentes abordagens que influenciem diretamente a energia da pessoa (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse modelo pode haver exigência de ser mais ativo, com alterações no estilo de vida de cada profissional, como também de ser mais passivo, como no caso de receber uma oração, por exemplo (DAVIS-FLOYD, 2001). O conceito de holismo indica que no processo de recuperação, de cura da pessoa, há a influência dos aspectos corporais, da mente, dos aspectos emocionais, espirituais, e também do contexto ambiental (DAVIS-FLOYD, 2001). É prevalente a conexão e a integração desses aspectos, que são o alicerce do paradigma holístico e provêm do pensamento multimodal do hemisfério cerebral direito, atuando na percepção do todo da pessoa, que é além da soma de suas partes, mas cuja observação das partes conflui para a compreensão do todo (DAVIS-FLOYD, 2001).

Assim, os profissionais usam estratégias multimodais de percepção para que possam abarcar o todo de cada indivíduo e suas inter-relações que se modificam, o que faz um contraponto com a abordagem unimodal que classifica os sistemas de pensamento como lineares, retilíneos, que estão associados ao hemisfério cerebral esquerdo (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse sentido, pensa-se holística e fluidamente, com e através do corpo e do espírito, ultrapassando a lógica linear e rígida de pensamento favorecendo a conexão com a energia, de onde se originam todas as coisas e que muitas vezes é essencial na cura holística (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001), e de cuja integração advém a “relação imprevisível, a conexão inesperada, a intuição reveladora” (DAVIS-FLOYD, 2001, S16, tradução nossa).

À mesma maneira dos dois modelos anteriores, este também possui doze princípios. O primeiro, “unidade de corpo-mente-espírito”, compreendendo que o sistema nervoso central não é composto apenas pelo cérebro, mas que se estende para todo o corpo através de suas ramificações e que o estímulo, intervenções ou quaisquer ações exercidas no corpo-mente se refletirão em manifestações no corpo-mente. Assim, é essencial que na abordagem a mulheres gestantes e parturientes haja cuidado voltado aos aspectos psicológicos e às emoções dessas mulheres; muito desse cuidado será ofertado e alcançado pelo envolvimento entre profissional e paciente, permitindo acolher, observar, apreender nuances do comportamento da mulher que indiquem algum movimento dos aspectos da mente que não podem ser alcançados (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nesse princípio insiste-se no envolvimento do espírito no todo humano, resgatando o universo espiritual e metafísico na prática da medicina; a espiritualidade daqueles que a autora chama de “curadores holísticos” é fluida, não estando necessariamente ligada a uma doutrina religiosa, como judaísmo, cristianismo ou islamismo. As teorias que embasam o paradigma holístico são a teoria do caos e a sistêmica (DAVIS-FLOYD, 2001).

O segundo princípio considera “o corpo como um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia”; com isso abre-se campo e espaço para outras formas de medicina e de tratamento que envolvam energia, como o Reiki e a homeopatia, dentre outros. Neste princípio considera-se que as nuances de vibração que advêm da hostilidade ou de campos magnéticos, de uma dimensão não-física, podem interferir na saúde da pessoa (DAVIS-FLOYD, 2001). Na assistência à mulher parturiente é possível utilizar-se de intervenções energéticas que

redirecionam a energia para efeitos benéficos durante o trabalho de parto, de modo a que intervenções invasivas não sejam utilizadas (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O terceiro princípio, “curar a pessoa inteira em seu inteiro contexto de vida” e implica que uma visão única sobre causa e tratamento de uma pessoa dificilmente será resolutive ao pensarmos que o tratamento deve considerar a pessoa na sua totalidade, em seu contexto amplo de vida, pois a doença, o sintoma, seria uma representação da desarmonia entre corpo-mente-espírito, que seria afetado pela depressão, toxinas presentes na atmosfera, perda de uma pessoa querida (DAVIS-FLOYD, 2001). Ponderando isto é que a pergunta norteadora mais comum dos profissionais holísticos é “O que está acontecendo em sua vida?” (DAVIS-FLOYD, 2001, S17). Posto isso, as formas de fortalecer o sistema imunológico e/ou a parturição podem envolver meios diversos, desde o diálogo até a dança, por exemplo (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

Em “unidade essencial do profissional e do cliente”, o quarto princípio, substitui-se o termo paciente, geralmente, pelo termo cliente, pressupondo a criação e estabelecimento de uma relação de mútua cooperação e troca. Neste paradigma e neste princípio não haveria a separação nem somente a proximidade entre profissional e cliente, mas sim, uma unificação, uma fusão entre ambos, uma consubstanciação da energia dos envolvidos (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O quinto princípio, “diagnóstico e cura de dentro para fora”, tem a intuição como fonte de conhecimento significativo, associado a meios externos como livros e máquinas, mas inicialmente as informações surgem no interior intuitivo do profissional e/ou cliente (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Os profissionais holísticos, especialmente as parteiras, compreendem o corpo como energia, assim, a intuição é o nascedouro de conhecimento essencial dessas profissionais (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

A “Individualização de cuidados”, o sexto princípio, considera que cada pessoa é uma, assim, cada mulher parturiente é uma, que vive o trabalho de parto e tudo que ele envolve de uma maneira única, singular, exclusiva, não cabendo, dessa maneira, em uma rotina sistematizada, padronizada; por isso a individualização de cuidados (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). O profissional holístico age ponderando essa individualidade cujos cuidados são muito influenciados pela intuição, sendo ditados pela parturiente e é ela o foco, o cerne que ordena o fluxo de condução de todo o processo (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). O profissional reconhece na mulher o

detalhe, a chama da percepção e a ajuda a crescer e se propagar para levar à cura (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O sétimo princípio, tido como básico no paradigma holístico, é “autoridade e responsabilidade inerente ao indivíduo”. Aqui se entende que cada pessoa é responsável por sua vida, por sua saúde, pelo seu bem-estar, e igualmente responsável por, numa situação necessária, reconhecer e querer ser curado, recuperar sua saúde, e mover-se em direção a esse desejo (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Os profissionais holísticos são coadjuvantes no processo de tratamento, de cura, mas a pessoa/cliente é o principal, por isso, inclusive, pode haver clientes que não desejem ser responsáveis pelo seu tratamento, podendo gerar frustração nos profissionais holísticos (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

Como oitavo princípio “ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo”; não se refuta, rejeita ou despreza a tecnologia, mas sim, ela é usada a serviço da cliente, em conformidade com a fisiologia, baseada em evidências e consoante com a demanda de cada pessoa, de modo que não seja invasiva nem tóxica para a cliente. No modelo holístico pode-se dizer que há baixa tecnologia e alto toque, diferentemente do modelo humanístico em que são equivalentes alta tecnologia e alto toque e do modelo tecnocrático em que existe alta tecnologia e baixo toque (DAVIS-FLOYD, 2001).

O nono princípio, “um foco de longo prazo na criação e manutenção da saúde e bem-estar” coloca que para os profissionais holísticos há satisfação quando o cliente deseja mudar e busca essa mudança duradoura, não apenas momentânea, uma vez que quando as ações são pontuais, o cliente tende a retornar aos hábitos anteriores assim que melhora (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). As ações desenvolvidas a longo prazo vão além da prevenção propiciando boa saúde; para tal, são exemplificadas algumas medidas como a meditação para questões de estresse e a ingestão de vegetais orgânicos abundantes em nutrientes (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Na obstetrícia, o enfoque no longo prazo traz benefícios à saúde da mulher e também do bebê. Dessa forma, os profissionais holísticos precisam de paciência e empenho para medidas educativas com a clientela e para que as ações sejam estabelecidas e mantidas (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

Como décimo princípio tem-se “a morte como uma etapa de um processo” que entende, à linha do próprio enunciado, que a morte é um estágio fundamental do processo de viver (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Por compreender que o corpo-

mente-espírito é um campo de energia, os holistas concebem a ideia da transmutação; com a morte, o corpo se deteriora, mas a energia do espírito ou da consciência individual se mantém (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Para alguns holistas, conforme as crenças que têm, a morte é uma possibilidade para o crescimento num novo espírito e depois, na carne mais uma vez (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Esse entendimento confere aos holistas confiança e segurança no universo e em seu caminho (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O décimo primeiro princípio, “cura como o foco”, entende que a cura advém do processo gradativo e de ritmo próprio estabelecido pelo apoio e estímulo à força vital proporcionada pela troca de energia na parceria entre profissional e cliente. Com isso, compreende-se que muitas vezes a cura do profissional está intrinsecamente ligada à cura do cliente e que o profissional também vive essa filosofia que destina aos clientes. Descreve-se que o dinheiro tem sua importância, é participante da troca, mas não é o guia, não é o que direciona, norteia e estimula os profissionais holísticos, o valor maior não é monetário, mas a experiência e a relação que se cria (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001).

O décimo segundo e último princípio do modelo holístico “abraço de múltiplas modalidades de cura”, pois, como este paradigma considera o corpo-mente-espírito como campo de energia, admite outras alternativas e modalidades de abordagem (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). Com o avanço do modelo holístico, seriam possíveis aos clientes o conhecimento e a ênfase no autocuidado, em estilo de vida mais saudável e na adoção de outras estratégias terapêuticas, não somente as convencionais (DAVIS-FLOYD, 2000, 2001). A cura holística ainda se limita à população com maior poder aquisitivo e está quase indisponível para as pessoas pobres, que não têm cobertura de planos de saúde, ou cujos planos não abrangem várias abordagens holísticas (DAVIS-FLOYD, 2001).

O Quadro 1, em seguida, apresenta a relação de cada modelo com os respectivos princípios.

QUADRO 1 – MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E SEUS PRINCÍPIOS

Princípio	Modelo tecnocrático	Modelo humanístico (biopsicossocial)	Modelo holístico
1	Separação mente/corpo	Conexão mente-corpo	Unidade corpo-mente-espírito
2	O corpo como máquina	O corpo como um organismo	O corpo como sistema de energia interligado com outro

			sistema de energia
3	O paciente como objeto	O paciente como sujeito relacional	Curando a pessoa inteira no inteiro contexto de vida
4	Alienação do praticante (profissional) e paciente	Conexão e cuidado entre praticante e paciente	Unidade essencial do praticante e cliente
5	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (cura de doenças, reparação de disfunções)	Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora	Diagnóstico e cura de dentro para fora
6	Organização hierárquica e padronização do atendimento	Equilíbrio entre as necessidades da instituição e individuais	<i>Networking</i> organizacional, estrutura que facilita individualização de cuidados
7	Autoridade e responsabilidade inerentes ao praticante, não do paciente	Informações, tomada de decisão e responsabilidade compartilhadas entre paciente e praticante	Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo
8	Supervalorização da ciência e tecnologia	Ciência e tecnologia contrabalançadas com humanismo	Ciência e tecnologia colocadas a serviço do individual
9	Intervenção agressiva com ênfase em resultados de curto prazo	Foco na prevenção de doenças	Foco de longo prazo na criação e manutenção da saúde e bem-estar
10	Morte como derrota	Morte como um resultado aceitável	Morte como uma etapa de um processo
11	Um sistema orientado para o lucro	Cuidado motivado pela compaixão	A cura como o foco
12	Intolerância a outras modalidades	Mente aberta para com outras modalidades	Abraço a múltiplas modalidades de cura
Princípio básico subjacente			
	Separação	Equilíbrio e conexão	Conexão e integração
Tipo de pensamento			
	Unimodal, cérebro esquerdo, linear	Bimodal	Fluido, multimodal, cérebro direito

FONTE: Adaptado de Davis-Floyd (2001, S21).

A pandemia da covid-19 pode ter influenciado as práticas obstétricas. Ao abordar a prática obstétrica nos EUA durante a atual pandemia, os profissionais de obstetrícia revelaram que houve redução de recursos humanos, de profissionais de saúde obstétrica havendo rearranjo em alguns estados norte-americanos para a inclusão/aceitação de parteiras profissionais para compor os quadros profissionais (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020). Somados a essa diminuição, há o risco de contaminação e disseminação da doença inclusive pela transmissão assintomática, a escassez de EPIs e de testes para triagem pré-parto, bem como envolve os limites e entraves entre o parto domiciliar e o hospitalar. Nesse sentido, se aponta para a possibilidade da negação do parto fora do ambiente hospitalar e um reforço do modelo de assistência tecnocrático, fomentado pela vigilância estrita e intervenção tecnológica potencializadas por essas questões trazidas pela pandemia (DAVIS-FLOYD; GUTSCHOW; SCHWARTZ, 2020).

4.3 MODELO DE PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Abordando brevemente o histórico da assistência obstétrica no Brasil, tem-se que no século XIX era tradicional o processo de parto ser acompanhado e realizado por “aparadeiras”, “parteiras leigas” ou “comadres”, geralmente mulheres mulatas ou brancas de origem portuguesa (BRENES, 1991, p. 135). Até o final do referido século, a maior parte dos partos acontecia em ambiente domiciliar, com o auxílio das parteiras, sendo a assistência médica prestada diante de alguma intercorrência; a cesárea acontecia somente em mulheres que tivessem ido a óbito (MOTT, 2002) para retirada do feto (MAIA, 2010); os partos que ocorriam em ambiente externo ao domiciliar eram considerados fora do normal (MOTT, 2002). No período colonial havia algumas considerações relativas à assistência como o baixo o número de médicos, elevado número de epidemias e pestes e pouca, e em precárias condições, a quantidade de hospitais (MAIA, 2010).

A partir de 1808, com a vinda da família real ao Brasil trazendo uma Junta Médica e com a criação das escolas de medicina no país começa a ser introduzida a figura do médico-parteiro, que traz um enfoque à característica biológica do parto, com a consideração às características sociais da parturiente sendo inseridas na abordagem médica a partir de metade do século XIX (BRENES, 1991; MAIA, 2010).

Pelos idos de 1820 as parteiras continuavam atendendo e não só atendiam nas casas das parturientes, mas também em sua própria casa, que passaram a ser chamadas de “casas de maternidade”, onde eram atendidas as mulheres que não podiam realizar o parto em seu domicílio, tais como as viúvas, as mães solteiras e mulheres que vinham do interior (MOTT, 2002, p. 199).

Em meados do século XIX os médicos abriram também casas de atendimento, chamadas de “casas de saúde”, que possuíam alas particulares e enfermarias comuns, cada qual com características específicas, conforme a condição aquisitiva da mulher (MOTT, 2002). O intuito com o atendimento hospitalar era de se gerarem filhos vivos e saudáveis que comporiam a mão de obra necessária ao atendimento das necessidades da indústria (MOTT, 2002).

Ações foram realizadas para que as mulheres gestantes fossem às clínicas hospitalares para a assistência médica obstétrica e como não vertessem resultados, os profissionais médicos recorreram a ações governamentais para internação, controle e cadastramento das mulheres, obrigando-as a levarem os bebês para

atendimento após o parto de modo a registrá-los, buscando, segundo consta em Brenes (1991), diminuir o número de abortos e registro de natalidade. A questão da redução da mortalidade infantil para Martins (2005, p. 652) foi o caminho adotado pelos médicos para adentrar o círculo familiar até então restrito aos membros e acessado por figuras externas como as/os religiosas/os, vencendo a “autoridade paterna” e “saberes e práticas femininas”, valorizando a mulher como mãe, o médico teve acesso a questões femininas para além das relacionadas aos filhos, alcançando a gestação, parturição, puerpério e aspectos ginecológicos.

A formação acadêmica obstétrica da época trazia em seu discurso observações que lhe asseguravam o rigor científico e a propriedade da verdade, determinando os tipos de doenças, suas características e a conduta adequada, colocando o corpo feminino “sempre sob sua tutela” ou requerendo que os profissionais participassem de decisões voltadas ao controle populacional (BRENES, 1991, p. 145). A transformação do *status* médico perpassou pela reforma do ensino da medicina e pela reorganização do conhecimento científico no período (MARTINS, 2005). Essa reestruturação epistemológica da medicina definiu o corpo como objeto de seu domínio e constituiu a especialidade de “ciência dos partos” com vocabulário específico e acesso a espaços hospitalares de atendimento (MARTINS, 2005, p. 655).

Por volta de 1923 os centros de saúde prestavam atendimentos de enfermeiras, atendimentos domiciliares, orientação às gestantes e às parteiras leigas e conferiam autorização para que as parteiras pudessem realizar os partos domiciliares que estivessem de acordo com o resultado da avaliação prestada nesses centros (MOTT, 2002). Nos anos 1930 a 1940 aumentou o número de hospitais, de casas de saúde e maternidades no país e a partir de 1930 com o hospital sendo gradualmente instituído como o ambiente mais seguro e com a assistência prestada especialmente pelos médicos obstetras, que desqualificavam a atuação das casas de maternidade; estas foram fechadas por lei (MOTT, 2002).

Com o evoluir do tempo e o investimento na figura do médico obstetra e do ambiente hospitalar, no início do século XX as maternidades hospitalares com assistência médica obstétrica eram consideradas como o local protegido para a parturição, e buscava reduzir o sofrimento e aumentar as chances de sobrevivência de mãe e filho (MOTT, 2002). Era mais seguro, segundo o levantamento feito por Mott (2002), pois era um ambiente que dispunha de técnicas, de possibilidades de

intervenção, de aparelhagem diagnóstica, de técnica de cesárea mais aprimorada, disponibilidade de medicamentos e salas de operação com insumos e atuação da enfermagem, com condições urbanas como a eletricidade e água tratada.

A partir da década de 1930 ambientes como maternidades, hospitais e clínicas médicas eram considerados os mais seguros para o parto, contudo, foi necessária argumentação para que as mulheres frequentassem e aderissem aos atendimentos nesses locais (SILVA *et al.*, 2019). A aceitação dos exames obstétricos pelas mulheres, através do convencimento, possibilitou ao profissional médico impor, paulatinamente, sua autoridade sob o processo a partir da associação com a ideia de prevenir complicações e promover segurança para a mulher e filho/a (MARTINS, 2005).

O gradativo avanço do conhecimento na área da medicina obstétrica esteve focado em acessar e revelar o corpo feminino que, considerando as oposições da época, levou longo tempo até ser desvelado e quando o foi, através do exame físico, foi visto de uma perspectiva clínica analítica onde o foco era o útero, os órgãos e o desenvolvimento físico e biológico tanto da mulher, quanto do feto, objetificando e reduzindo o corpo feminino ao útero, no que a autora chama de “nova e universal medida da feminilidade” (MARTINS, 2005, p. 659).

Os ambientes hospitalares de assistência obstétrica buscavam meios que facilitassem o parto, que o tornassem mais rápido e mais suave, com menos incômodo (SILVA *et al.*, 2019). Havia o entendimento de que, dadas as características inerentes ao parto, este teria em si mesmo a possibilidade de complicação, se tornando um risco (SILVA *et al.*, 2019). Como se compreendia que o corpo da mulher moderna fora alterado, passara por transformações que, segundo o que se entendia, o tornaram frágil, o parto não seria absolutamente normal, não era mais simples. Assim, havia a necessidade de assistência profissional científica, pois que as parteiras desempenhavam sua prática pautadas, segundo os obstetras da época, em conhecimento empírico (SILVA *et al.*, 2019).

As parteiras foram sendo afastadas do cenário de parto por suspeitas a respeito do trabalho que desempenhavam e de modo a evitar o infanticídio, assim a figura do médico foi sendo implantada na cena do parto (FEDERICI, 2004). Não só um novo profissional como também uma política reprodutiva de fiscalização da sexualidade, da reprodução e da vida na família foi desenvolvida (FEDERICI, 2004). Foi emitida lei pró matrimônio fomentando a família como cerne para que a

propriedade fosse transmitida e para que a força de trabalho fosse reproduzida (FEDERICI, 2004). Houve monitoramento para que as mulheres solteiras que tivessem filhos não recebessem apoio, para que não houvesse hospedagem nem amizade para a grávida que fosse solteira (FEDERICI, 2004).

Ficando as parteiras à parte, as mulheres foram perdendo o controle sobre a procriação, passando a uma função apassivada no parto em que, então, a figura do médico gerava a vida (FEDERICI, 2004). Operava uma nova prática da medicina que diante de uma situação emergencial no parto priorizava a vida do bebê (FEDERICI, 2004). Para tal, a comunidade de mulheres que rodeava o ambiente foi expulsa, os médicos passaram a vigiar as parteiras ou estas eram chamadas a fim de monitorar as mulheres (FEDERICI, 2004). O corpo da mulher foi convertido em uma máquina de procriação cujo ritmo estava excluído do controle feminino (FEDERICI, 2004).

Tendo sido afastadas as parteiras e a rede de mulheres, permaneceram somente a mulher e o médico (MARTINS, 2005). Este, na avaliação, considerava a sua análise clínica, e as informações trazidas pela mulher sob o processo que ela vivenciava na gestação e parto eram tidas como relativas, de tal forma que os instrumentais de avaliação tinham grande importância, pois forneciam mensurações objetivas sobre o corpo feminino (MARTINS, 2005). Desta forma um fenômeno patológico era passível de ser analisado pelos instrumentos de medida e de observação dos corpos; esses instrumentais aperfeiçoaram a análise e tornaram-na uma representação matemática da normalidade (MARTINS, 2005). O parto passou de ser visto como algo inesperado, desconhecido, misterioso para um fenômeno singular, fragmentado em unidades de tempo e subordinado à análise, mensuração e intervenção; à quantificação (MARTINS, 2005).

Nos anos 1940 houve intenso enfoque ao atendimento do processo de parto no ambiente hospitalar, em que, considerando as facilidades da época no que se refere a meios diagnósticos e terapêuticos, foi possível uma redução nos índices de mortalidade materna e neonatal (RATTNER, 2009). Com o foco hospitalar ascendeu a característica técnica envolvida no parto em relação ao componente de cuidado, a racionalidade mecânica industrial em função da produtividade (RATTNER, 2009). Essa centralidade na instituição hospitalar relacionou-se intimamente com o uso de instrumentais ou aparatos tecnológicos, dando à assistência prestada ao nascimento um padrão industrial (RATTNER, 2009). Nesse sentido, Rattner (2009) exemplifica

que a cesárea como procedimento é tida como um bem de consumo. Nessa perspectiva, houve o que a autora chama de despersonalização, um tipo de violência agravada por procedimentos de rotina desde que a mulher chega ao hospital (RATTNER, 2009).

Essa assistência médica especializada e centrada no hospital atuaria com recursos de modo a identificar anormalidades e a corrigir as complicações e defeitos do parto (SILVA *et al.*, 2019). As próprias intervenções usadas para reparar as complicações poderiam gerar outros problemas (distocias) que necessitariam de outras intervenções para correção (SILVA *et al.*, 2019). Essa ideia de que o parto teria risco e o profissional médico precisava interferir era desenvolvida sistematicamente, não era uma conduta alterada, mesmo que o parto o exigisse, gerando o que as autoras trazem como “sistematização ou roteirização do processo de parturição” (SILVA *et al.*, 2019, p. 178).

É possível compreender, baseado em Maia (2010), que a assistência ao parto no Brasil desenvolveu-se ao longo do desenrolar da assistência à saúde em geral, que também enfoca as atividades médico-hospitalares individuais oferecidas por serviços públicos e privados, conformando, assim, o modelo hospitalocêntrico, cujo enfoque de destinação de recursos são atividades e ações de cunho curativo ofertadas nos hospitais. Nesse quadro, o parto e nascimento passaram de um acontecimento de cunho fisiológico, familiar e social para um ato médico, em que a determinação é de que o parto tem risco de doenças e complicações, no que se denomina modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2010).

Na concepção central desse modelo, em que o corpo feminino é compreendido como uma máquina, o objeto de atenção que o obstetra tem não é mais a mulher em si, mas passa a ser o útero e o produto dele (MAIA, 2010). Essa percepção torna como sujeito do parto não mais a mulher, mas o médico, que é quem conduz o parto, e ainda cerceia a visão dos médicos de reconhecerem que há situações externas e características emocionais que agem como facilitadoras ou dificultadoras do trabalho de parto e do parto, ignorando o estado emocional da mulher e tomando o trabalho de parto como um evento tão somente fisiológico, segundo Martin (2006 *citado por* Maia, 2010). Estabelece-se que o médico precisa intervir quando julgar que o útero está com alguma dificuldade de resposta adequada ao desenvolvimento normal do trabalho de parto (MAIA, 2010). Na tecnocracia as possibilidades para a mulher em relação às vias de parto são o parto

vaginal traumático, devido ao uso demasiado de intervenções não necessárias, ou o parto pela cesárea (MAIA, 2010).

Esse modelo é praticado em países ocidentais, principalmente nas Américas, e tem como características a institucionalização do parto, a utilização acrítica de tecnologias novas, o número elevado de intervenções que em muitas vezes não tem necessidade de serem tomadas, e atende, preferencialmente, às demandas de conveniência dos profissionais de saúde (RATTNER, 2009).

Levando em consideração as críticas a esse modelo de assistência ao parto, focado sobremaneira em procedimentos e medicalização desconsiderando as evidências científicas, teve origem o movimento em busca da “humanização” do parto (MAIA, 2010). Nessa abordagem, prima-se pelo bem estar da mulher e do bebê e com intervenções quanto menos invasivas for possível; é um modelo que não despreza o uso da tecnologia, mas o faz de modo adequado a cada caso sendo que o parto não fica restrito ao ambiente hospitalar, podendo ocorrer em casas de parto ou ambulatorios, ficando o hospital reservado para situações em que se prognosticam complicações (RATTNER, 2009). Há a presença do acompanhante em todo processo de parto e a mulher pode escolher a posição mais confortável para parir e durante todo trabalho de parto e detecção precoce de complicações é a parteira (*midwife, sage-femme, hebamme*) a responsável pelo acompanhamento (RATTNER, 2009, p. 600).

O modelo humanizado propôs que se resgatasse o parto como um processo fisiológico e afetivo, possibilitando que a mulher parturiente tenha companhia de familiar durante o trabalho de parto e o parto, que tenha autonomia na sua movimentação e escolha da posição para o parto, que possa dispor de meios além dos farmacológicos para manejo da dor, que sua apreensão e o medo da dor sejam considerados e que seja ela, a mulher, a primeira a tocar e segurar seu filho (MAIA, 2010).

A nível do campo à saúde entende-se que a humanização se relaciona a uma aposta ético-estético-política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). É ética porque implica a atitude de usuários do sistema de saúde, gestores e trabalhadores de saúde que estejam comprometidos e tenham responsabilização; estética porque envolve processo criativo e sensível na produção da saúde e de subjetividades que sejam autônomas e protagonistas; e política devido à organização social e

institucional das práticas desenvolvidas a nível da atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Nessa perspectiva, buscando a consolidação desse modelo baseado na humanização (MAIA, 2010), em 2000 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetivava ações voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e dos RNs, de modo a que se promovesse uma maior assistência à saúde dessa população, com organização e regulação pelo SUS (MS, 2000).

O PHPN estabeleceu princípios e diretrizes que envolviam os direitos ao acesso à assistência digna e de qualidade durante todo o ciclo gravídico-puerperal, ao acompanhamento pré-natal conforme normativas da portaria, ao conhecimento e garantia do acesso à maternidade onde será o parto, à assistência humanizada e segura ao parto e pós-parto e ao neonato, sendo de atribuição das autoridades sanitárias municipais, estaduais e federais assegurar essas disposições (MS, 2000). Para que se estabelecessem práticas humanizadas e seguras seria necessário organizar a estrutura física, as rotinas e procedimentos das unidades de saúde e adotar condutas acolhedoras não intervencionistas no Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2000).

No modelo de humanização do parto e nascimento³, que tem no Brasil o PHPN como ferramenta gestora propulsora da ideia, deve existir o respeito ao parto no tempo que este levar para acontecer, ao espaço que ofereça autonomia, segurança e conforto para a parturiente, em oferecer assistência especializada e específica que disponha de condutas e intervenções quando necessárias e que favoreçam o processo de parto fisiológico e não com uso indiscriminado de tecnologias, em não haver a indicação de rotina de cesariana, ressalvadas as condições em que seja realmente precisa (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). E ainda, segundo o entendimento daquilo que nos trazem os escritos de Robbie Davis-Floyd, ser humanizado, na assistência ao parto, é mesmo um paradigma, um modelo através do qual se vê o mundo e se atua na prática profissional, não estando restrito à práticas/intervenções, mas na forma como se age e interpretam as coisas, algo como uma forma de ser no mundo.

³ Termo usado por Bourguignon e Grisotti (2020) e que adotamos para nos referirmos a este modelo de assistência obstétrica no contexto brasileiro.

Neste modelo, deve-se permitir e incentivar que a parturiente esteja acompanhada com pessoa de sua escolha, estimular o contato da mãe com o bebê ao nascer (contato pele a pele), estimular o clampeamento oportuno do cordão umbilical, a não realização de exames que não são necessários ao RN, incentivar e apoiar a puérpera para e no aleitamento materno, respeitar a privacidade e intimidade da parturiente e familiares, praticar o alojamento conjunto e encaminhar o bebê para acompanhamento pediátrico (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

Em países cujo modelo de atenção ao parto valorizou a assistência prestada por enfermeiras-parteiras observou-se que os indicadores de morbimortalidade materna e fetal/neonatal e o índice de intervenções, tais como cesáreas, episiotomias etc. foram baixos; nesses locais, busca majoritariamente respeitar a fisiologia da mulher e família (RATTNER, 2009). Onde há a inserção de enfermeiras obstetras e obstetizas na assistência à mulher a mortalidade materna fica entre 2% a 5% ao ano; 83% dos óbitos maternos e fetais poderiam ser evitados com o cuidado prestado pelas enfermeiras obstetras (FIOCRUZ, 2020). Os resultados da atuação dessas profissionais são registrados por estudos e descritos como eficientes na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, da mortalidade fetal e prematuridade; além disso, essas profissionais fazem uso mais eficiente dos recursos disponíveis, reduzem a realização de intervenções desnecessárias, com aumento da satisfação das mulheres em relação ao parto e sensação de maior controle sobre sua experiência de parto (FIOCRUZ, 2020).

Nesse contexto, percebe-se o movimento pela superação do modelo tecnocrático e a intersecção do modelo humanístico trazido por Davis-Floyd (2001) com o modelo de humanização do parto e nascimento que se busca no Brasil, modelo este que segundo Bourguignon e Grisotti (2020) torna sinérgicos o sentido ritualístico do parto e do nascimento e a característica científica da medicina baseada em evidências com a perspectiva de direitos reprodutivos, reformatando o ambiente do parto, reposicionando os personagens (sujeitos) envolvidos nessa cena, readequando incumbências e responsabilidades e propondo nova noção sobre gestação, parto e nascimento.

Seguindo a lógica deste modelo, contendo como um dos objetivos o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco”, em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha, entendida como uma rede que articula cuidados de modo a garantir o direito ao planejamento

reprodutivo e atenção humanizada em todo o ciclo gravídico puerperal para a mulher, e assegurar o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis para a criança (MS, 2011, p. 2). Para Leal *et al.* (2019), a Rede Cegonha foi instituída para enfrentar a mortalidade materna, a violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal e a reduzida qualidade da atenção prestada ao parto no âmbito público de assistência à saúde.

Em 2022 a Rede Cegonha foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) que, dentre as mudanças constantes, busca assegurar para a mulher o direito ao planejamento familiar, acolhimento, acesso a cuidado seguro, de qualidade e humanizado, seja na gestação, na realização do pré-natal, diante da perda gestacional, no momento do parto e no puerpério; para o RN e criança visa assegurar o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis bem como assegurar que profissionais de saúde como médicos obstetras e enfermeiras obstétricas tenham recursos adequados para sua assistência e incentiva novos recursos para fortalecer as equipes multiprofissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Foi realizado ampla pesquisa sobre o parto e o nascimento no Brasil chamada “Nascer no Brasil”, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, que acompanhou 23.894 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde de caráter público conveniados ao SUS e em alguns privados, cuja realização de partos anuais superava os 500 casos, tendo sido coletados dados de 266 hospitais em 191 municípios e entrevistadas 90 puérperas em cada hospital (LEAL *et al.*, 2014).

Os resultados da pesquisa apontaram que, em âmbito privado, 88% dos nascimentos ocorriam por cesarianas, enquanto 46% foi o percentual total de partos via cesariana (recomendação da OMS é não acima que 15% do total de partos) (LEAL *et al.*, 2014). Nas parturientes cujo parto foi vaginal a pesquisa destacou o ocorrido em um modelo medicalizado, que ignora a subjetividade e particularidade de cada mulher, e aspectos não recomendados pela OMS e que causam dor e sofrimento desnecessários, tais como intervenções desnecessárias, com pouca possibilidade de mobilização e alimentação, com uso de medicamentos indutores do parto, submetidas à episiotomia, tendo o parto feito em decúbito dorsal e com aplicação da manobra de Kristeller (emprego de força sobre o abdômen da mulher pelos profissionais de saúde) (LEAL *et al.*, 2014). Em relação à presença do acompanhante, 75% das mulheres tiveram acompanhante em algum momento do

parto, e 20%, acompanhante contínuo e durante toda a internação (LEAL *et al.*, 2014).

Ao contrastarem os resultados do inquérito com outro estudo realizado em 2017 avaliando a Rede Cegonha e o projeto Nascer Saudável (integrante da iniciativa Parto Adequado lançada pela rede suplementar de assistência à saúde), Leal e colaboradores (2019) apontaram redução da taxa de cesariana anteparto com consequente aumento da taxa de cesariana intraparto (50%) em âmbito público, e em 136% no âmbito privado de assistência à saúde, que registrou aumento de 85% na taxa de parto vaginal.

Nesse mesmo estudo de 2019, a presença do acompanhante, uso do partograma, de meios não farmacológicos para redução da dor e a autonomia para a mulher movimentar-se e alimentar-se foram maiores no estudo de 2017 (LEAL *et al.*, 2019). No setor público a presença do acompanhante foi mais acentuada do que no privado; em contrapartida, os demais quesitos tiveram aumento mais evidente no setor privado (LEAL *et al.*, 2019). Tanto no setor público quanto no privado, as intervenções não recomendadas no decorrer do parto vaginal (posição litotômica, episiotomia, manobra de Kristeller) foram entre 20% e 50% menores nos estudos de 2017 (LEAL *et al.*, 2019). O acompanhamento do trabalho de parto por enfermeiras aumentou 30% no âmbito privado e 65% no público, a presença da enfermagem obstétrica no parto vaginal no setor privado foi de 1,8% em 2017 (LEAL *et al.*, 2019).

Harmoniza-se com o descrito por Leal *et al.* (2019) que o processo de transformação na atenção ao parto e nascimento no Brasil está em progresso e que políticas públicas quando bem dirigidas têm potencial para alterar o panorama de atenção ao parto e nascimento, possibilitando que se reduzam os índices de cesariana desnecessárias, bem como os desfechos maternos e neonatais negativos, e se favoreça a satisfação das parturientes com a assistência que recebem.

Dado o exposto até aqui, a aproximação que fazemos entre a pesquisa e o referencial teórico é a de que os modelos de assistência do parto e nascimento — à luz do descrito por Davis-Floyd (2001) e do que se tem de assistência obstétrica no contexto brasileiro — é a espiral que conectou, orientou, articulou e tornou sinérgico o desenvolvimento da pesquisa. Compreende-se que a experiência das mulheres durante a pandemia também se relaciona com o modelo de assistência ao parto que se tem no país. Há um misto de modelos de atenção ao parto e, em maior proporção o modelo que se apresenta é sustentado pelo viés biologicista em detrimento do

modelo humanizado que se propõe como possível e adequado à assistência ao parto no Brasil.

4.4 MODELO DE PARTO E NASCIMENTO EM PORTUGAL

Devido à realização do período de doutorado sanduíche da pesquisadora, o qual teve duração de seis meses em Portugal, são descritos aspectos da rede de atenção à saúde materna no país com delineamento para a cidade do Porto e regiões próximas, onde se situa a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), instituição que recebeu a doutoranda no intercâmbio. Neste conteúdo foram utilizadas referências clássicas por serem relativas à história.

4.4.1 Estrutura da rede de saúde

A República Portuguesa, nome oficial de Portugal, ocupa 92.212km² de área total e além da região continental composta por 18 distritos, possui duas regiões autónomas os arquipélagos da Madeira e dos Açores, ambos situados no Oceano Atlântico. A população do país compreende 10.343.066 milhões de habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2021) com maior concentração à faixa litorânea (PORTAL DO GOVERNO, 2022) e um saldo de 41.274 migrações (INE, 2021). O português e mirandês são as línguas oficiais e a moeda oficial é o euro (PORTAL DO GOVERNO, 2022).

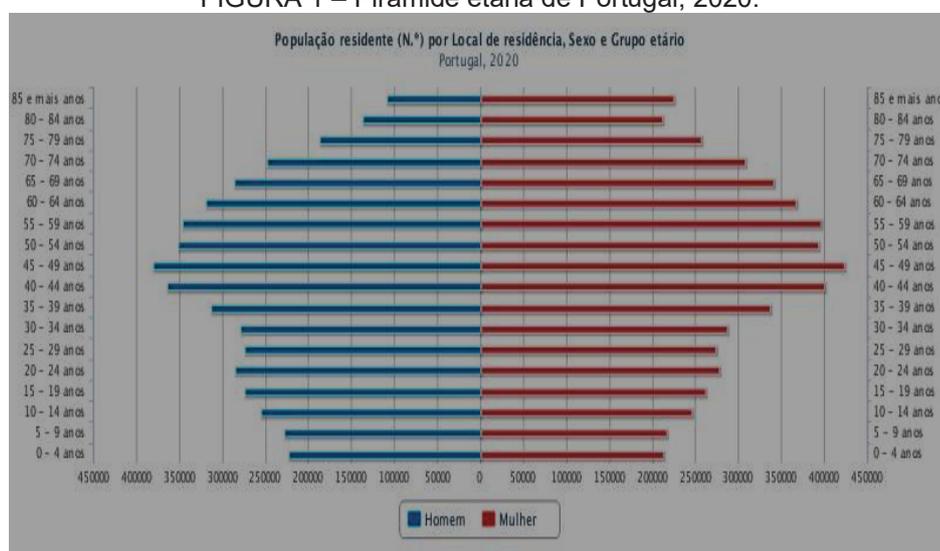
A respeito da pirâmide etária (Figura 1) tanto homens quanto mulheres possuem faixa etária predominante entre 45 a 49 anos (INE, 2021d). Na Figura 2 vemos o número de nascidos vivos com a faixa etária dos pais predominantemente entre 30 a 34 anos, seguida de 35 a 39 anos (INE, 2021a). Dados de 2021 mostram que nasceram no país 79.795 bebês, dos quais 40.861 homens e 38.934 mulheres (INE, 2021a).

A cidade do Porto, por sua vez, localizada ao norte do país, possui população de 231.800 habitantes, destes 14.497 são estrangeiros (INE, 2021c). É nesta cidade que se localiza a ESEP, onde foi executada a maior parte das atividades do intercâmbio.

Sobre a organização do sistema saúde tem-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2023b), um aglomerado de instituições e serviços ligadas e dependentes do

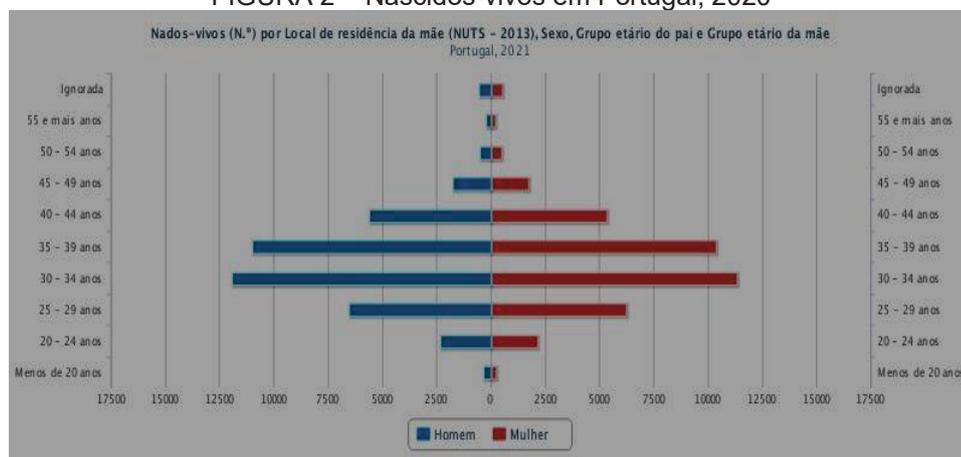
Ministério da Saúde que buscam garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços no que se refere aos recursos humanos, técnicos e financeiros. O Ministério da Saúde é um departamento do governo que visa definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo que os recursos sejam usados sustentavelmente, bem como avaliar seus resultados. Possui, dentre outras funções, regulamentar, planejar, financiar, orientar, acompanhar, avaliar, auditar, e inspecionar o SNS (SNS, 2023a). Já a Direção Geral de Saúde (DGS), autoridade central do Ministério da Saúde, integrada na administração direta do Estado e dotada de autonomia administrativa, é a referência para a área da saúde (SNS, 2023).

FIGURA 1 – Pirâmide etária de Portugal, 2020.



Fonte: INE (2021d)

FIGURA 2 – Nascidos-vivos em Portugal, 2020



Fonte: INE (2021a)

No que concerne a assistência à saúde, é ofertada em parte pública, sendo os serviços tendencialmente gratuitos, estando alguns outros sujeitos à cobrança de uma taxa moderadora, paga pelo utente (utente é o usuário, neste caso, do serviço de saúde). Em maio de 2022, um Decreto-Lei alterou o regime de cobrança das taxas moderadoras, mantendo-se apenas essa cobrança nos serviços de urgência hospitalar que não resultem em internamento. Utentes sem capacidade de pagar, crianças, grávidas, doentes com doenças crônicas, quando há referência prévia pelo SNS ou admissão para internação através do serviço de urgência não são sujeitos ao pagamento de taxa moderadora (PRESIDÊNCIA DOS CONSELHOS DOS MINISTROS, 2022).

Administrativamente há cinco regiões de saúde, cada uma com Agrupamentos dos Centros de Saúde que prestam cuidados primários a nível local. A fim de conhecer a rede de assistência, no intercâmbio efetuado na região Norte, no Porto, realizaram-se visitas observacionais em pontos de atendimento à saúde materna.

Cada agrupamento é composto por unidades funcionais e atende a uma zona do país (região/concelhos/localidades) havendo vários desses agrupamentos dispostos no território. Os Centros de Saúde (CS) são unidades básicas do Serviço Nacional De Saúde (SNS), com o objetivo de prestar cuidados de saúde a nível da atenção primária, em situações não urgentes. Nos edifícios onde se desenrola a atividade dos centros de saúde, podem encontrar-se sediadas a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e por vezes a Unidade de Saúde Pública (USP). Geralmente, cada centro de saúde abrange uma freguesia⁴.

As USF, unidades funcionais com médicos e enfermeiros de família, prestam cuidados de saúde voltados à família nos âmbitos de vigilância da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde; são estes profissionais que majoritariamente realizam consultas de planeamento familiar e de acompanhamento da gestação e puerpério; conforme a abrangência da região pode haver mais de uma unidade dessas por concelho.

As chamadas Unidades de Saúde Pública monitorizam os dados e os cuidados e são responsáveis pelo gerenciamento das necessidades dos cuidados,

⁴ Freguesia é a reunião de vários concelhos – equivalente a bairros

acompanham as necessidades de educação em saúde e de intervenção em contexto público, realizando certas intervenções coletivas ou individuais; algumas das atividades envolvem consultas do viajante, imunização, gestão de epidemias, juntas médicas (para os atestados prolongados) entre outros. As UCCs, responsáveis por desenvolverem projetos de saúde grupais para a comunidade, envolvem intervenções a grupos vulneráveis ao risco na comunidade e a continuidade de cuidados, desenvolvida através da assistência individual no domicílio aos utentes com necessidades; ofertam atividades grupais tais como o grupo de Preparação para o parto, Preparação para a Parentalidade, Apoio na Amamentação, etc.

Os Hospitais integram o SNS a nível de atenção secundária. É no hospital que são realizadas as consultas por especialidade, conforme a necessidade clínica de cada utente (usuário do SNS) que é encaminhado do CS, dos atendimentos de urgência de caráter geral, pediátrico ou obstétrico. As unidades/instituições que desempenham atenção terciária também integram o SNS.

O Sistema de Saúde Português, integra para além do SNS, todos os serviços de saúde privados, tais como consultórios/clínicas médicas, hospitais, que funcionam no mesmo formato e que são pagos na totalidade pelo cliente, através de pagamentos diretos, subsistemas de saúde ou seguros voluntários.

4.4.2 Breve histórico sobre a parturição

Até a década de 40 do século XX o parto acontecia em casa, assistido por parteiras, curiosas e mulheres mais experientes sem formação e muitas vezes em precárias condições sanitárias e de higiene (BAPTISTA, 2016; CUNHA *et al.*, 2016). Nessas cenas havia outros personagens como a presença de avós, irmãs mais velhas e pessoas conhecidas que cuidavam da mulher, do RN e do lar após o parto, assim como as parteiras, que permaneciam na casa até a queda do coto umbilical (CUNHA *et al.*, 2016). O parto em casa era defendido pelos profissionais médicos, havia visitadoras domiciliárias que prestavam aconselhamento durante a gestação (BAPTISTA, 2016). Essa defesa em prol do parto domiciliar ocorria por questões morais, voltadas à prevenção do desvio dos maridos e evitar o abandono dos filhos já nascidos (BAPTISTA, 2016).

O trabalho das parteiras era preferido por seu conhecimento dos aspectos femininos, de gravidez e parturição (CUNHA *et al.*, 2016). Essa atuação de parteiras iniciou-se como um trabalho de solidariedade entre mulheres, vindo a se revelar numa atuação com habilidades e funções assistencial (assistência direta), jurídico-legal (declarações sobre parto e morte materna ou do bebê), docente (pelo ensino a outras parteiras) e religiosa (batizavam aqueles em perigo de morte) (CARNEIRO, 1998).

A formação de parteiras é de longa existência, com primeiro registro datado de 1780, as quais foram aprimorando-se nos estudos e formação de modo a que abandonaram ou alteraram certas práticas não fundamentadas no conhecimento científico (CUNHA *et al.*, 2016). As parteiras, desde o século XVIII, prestavam exame para poderem atuar e eram pagas pelas famílias; as curiosas, por sua vez, aprendiam conforme a necessidade de partos emergenciais (CARNEIRO, 1998).

Contudo, por volta dos anos 70 e 80 do século XX, a imagem das parteiras começou a sofrer desqualificação e questionamento por parte dos médicos e cirurgiões-parteiros (BARRETO, 2007). Estes julgavam as parteiras como sujas, supersticiosas, com pouco ou nenhum saber e que, desta forma, colocavam a vida da mulher e do bebê em risco (BARRETO, 2007). Médicos e cirurgiões afirmavam sua prática e retórica no conhecimento científico dos manuais de anatomia e fisiologia humana, enquanto parteiras aprendiam com outras parteiras e com sua experiência própria adquirida com a prática (BARRETO, 2007), com a sabedoria popular intergeracional, que muitas vezes não era suficiente e propiciava altas taxas de mortalidade materna e perinatal (CUNHA *et al.*, 2016).

A publicação dos manuais de obstetrícia culpabilizava as parteiras, que passaram a serem ensinadas nos conteúdos que os médicos e cirurgiões julgavam pertinentes (BARRETO, 2007). Todavia, este ensinamento era parcial e diferenciado (BARRETO, 2007), omitindo certas informações dos manuscritos (CARNEIRO, 1998) de modo que a parteira ficasse subjugada, subordinada ao saber médico (BARRETO, 2007). Havia a alegação de que às mulheres não eram atribuídos certos tipos de cognição, limitando-as ao entendimento de certos conteúdos, e tendo que aprender aspectos fisiológicos voltados ao útero, fecundação, placenta, dentre outros, (BARRETO, 2007). Para sua formação havia aspectos morais (BARRETO, 2007; CARNEIRO, 1998) religiosos, e tempo de experiência prévia a serem observados (CARNEIRO, 1998).

Os cursos que as parteiras deviam frequentar e os exames a serem prestados eram organizados pelos médicos cirurgiões, o que, considerando os requisitos, alterou algumas características como a idade das parteiras, que passaram a ser mais jovens, o estado civil, com boa parte solteiras, sem grande conteúdo experiencial do saber-fazer e passivas à posição do médico-cirurgião (CARNEIRO, 1998).

Essas obrigatoriedades aumentaram a intervenção médica na cena do parto, diminuindo o leque de funções das parteiras (CARNEIRO, 1998) que passaram a acompanhar o parto de um modo mais passivo, com poucas possibilidades de intervenção, por exemplo sem administrar medicamentos e sem acompanhar partos difíceis, e com cuidados após o parto mais voltados a cuidados de vida, como alimentação, vestimenta, banho da mulher e bebê, que eram ações condizentes ao cuidado natural das mulheres; havendo complicações, o “parto contra a natureza”, os médicos com seus aparatos entravam em cena (BARRETO, 2007, p. 226).

Dessa forma, a parteira passou a ser vista como uma pessoa que não conhecia os mecanismos complexos de desenvolvimento do trabalho de parto (CARNEIRO, 1998) e que não podia intervir diante de situações de perigo tendo que, nestes casos, como dito, chamar o cirurgião, havendo uma divisão do trabalho (BARRETO, 2007; CARNEIRO, 1998) e de gênero (CARNEIRO, 1998).

Em Portugal o conhecimento médico sobre o corpo feminino, construído a partir das últimas décadas dos anos setecentos e início dos oitocentos, tinha abordagem mais voltada à fisiopatologia, afastando-se de concepções mágico-fantásticas (BARRETO, 2007). A tradicional e longa atuação das parteiras foi sendo rompida com a entrada dos cirurgiões e dos médicos (BARRETO, 2007; CARNEIRO, 1998) que alegavam terem preparo no uso de técnicas e tecnologias não conhecidas e aprendidas pelas comadres (BARRETO, 2007).

Entretanto, por tempos, continuou sendo a parteira a primeira profissional presente na cena do parto, para depois, adentrar o cirurgião (CARNEIRO, 1998). Como os médicos-cirurgiões eram afastados, não tinham contato com o contexto feminino nem com o corpo da mulher, estudando em corpos não vivos, é como se, então, a possibilidade de expansão de sua superioridade se desse através dos instrumentos de intervenção usados nos poucos partos “contra natura” (CARNEIRO, 1998, p. 36). É possível pensar que o médico-cirurgião desqualificou, depreciou e afastou as parteiras porque ele próprio não era próximo, não conhecia, não era

aceito no meio feminino como as parteiras o eram, então, menosprezavam aquelas que detinham mais poder legítimo e aceitação que eles. Neste aspecto, Carneiro (1998) pontua que a presença do homem na cena do parto pode ser positiva, quando há partilha, ou negativa, quando se relaciona à dominação (CARNEIRO, 1998).

Assim, com campanha contra as parteiras (CARNEIRO, 1998), sua atuação foi sendo minorizada pela atuação dos médicos, substituindo o paradigma não intervencionista envolto no trabalho das parteiras (CUNHA *et al.*, 2016). A partir do século XX o parto foi transformado pela medicina de um evento fisiológico para “hospitalar, medicalizado e intervencionado” (CUNHA *et al.*, 2016, p. 57). As parteiras foram afastadas como se representassem a face do obscurantismo diante da era das luzes e como a maioria dos escritos dos tempos passados é de autoria masculina, limita-se os relatos à percepção masculina da realidade (CARNEIRO, 1998).

As mulheres estiveram na ótica do poder político, médico e associativo visto que, especialmente pelos anos de 1890-1940, elas representavam boa parcela da população ativa no mercado de trabalho com idade entre 20 e 40 anos, o que gerava apreensão daqueles por quem eram visadas, isso devido às questões problemáticas para a demografia que essa inserção laboral feminina poderia gerar, tais como a queda nos índices de natalidade e o aumento da mortalidade infantil (BAPTISTA, 2016).

Médicos e higienistas debatiam a proteção da gestante pobre e a elevada mortalidade infantil, apontando a necessidade de que houvesse organizações que prestassem assistência às mulheres grávidas e infantes através de instituições, a exemplo das maternidades (BAPTISTA, 2016; CUNHA *et al.*, 2016).

Nessa trajetória, pelo século XIX, as maternidades não eram bem vistas, pois eram locais com alto índice de mortalidade materna, devido às infecções puerperais, contudo, no final do mesmo século, com os avanços, emergia a obstetrícia e a valorização da maternidade (BAPTISTA, 2016). No início do século XX esses locais de assistência eram destinados ao atendimento das mulheres que não tinham casa, que eram abandonadas e para aquelas com partos com complicações (BAPTISTA, 2016).

Assim como havia opiniões favoráveis ao parto domiciliar havia críticas voltadas às condições das casas para parto; havendo, por isso, nascimentos tanto

em casa quanto em hospitais, maternidades (BAPTISTA, 2016) e como escreve Carneiro (1998, p. 45) “já se nascia antes de aparecerem os diplomados (parteiras e médicas) e assim continuou a ser quase até aos nossos dias”. Para aquela época criticava-se a falta de cuidado das mães para com os filhos numa perspectiva moral, embora não se levasse em consideração nos escritos a carga excessiva de trabalho das mulheres e o tamanho das famílias (BAPTISTA, 2016); colocava-se o sexo feminino como inferior ao masculino (BARRETO, 2007).

Dadas essas preocupações, discutia-se e elaborava-se legislação voltada ao descanso das gestantes, pensando no desenvolvimento do bebê e nascimento saudável, ao recebimento de recursos financeiros para aquelas que nas quatro últimas semanas gestacionais não trabalhassem e para as possibilidades de amamentação enquanto trabalhavam (BAPTISTA, 2016). Em 1890 foi promulgada lei, proposta pela médica feminista Adelaide Cabete, estabelecendo o descanso de trinta dias anterior ao parto e subsidiado para as mulheres que trabalhassem em fábricas, para o Estado ou locais particulares; que fossem criadas as maternidades na capital; implementadas as mutualidades maternas, que eram associações de base comunitária privada sem fins lucrativos, edificadas à base da solidariedade entre pessoas de uma região e que contribuíam com valor regular, para apoio a mulheres pobres durante a gravidez e para cuidados domiciliares (BAPTISTA, 2016).

Em 1911, após a proclamação da República, com o aumento da mortalidade infantil (de 173,1% no país em 1920), médicos, pessoas integrantes das associações mutualistas e trabalhadores com profissões similares continuaram tratando, em assembleias mutualistas, e profissionais, em artigos, palestras e outros, sobre a criação de instituições, tais como maternidades e mutualidades maternas, que oferecessem proteção para as mulheres grávidas, principalmente para as que trabalhavam nas fábricas, que tinham necessidades econômicas, para mulheres e RN abandonados e para aquelas mulheres que não tivessem condições de serem tratadas em seus domicílios, além da remuneração para o mês final da gravidez (BAPTISTA, 2016).

Em 1927, entremeio à ditadura militar, foram criadas as maternidades fabris, que, além da assistência à saúde da mulher diretamente, desenvolvia função social como a busca pela melhoria das condições de trabalho, tratamentos para sífilis, vacinação, distribuição de alimentos, enxovais para o RN, conteúdos informativos

sobre a gravidez, amamentação, ofereciam aporte financeiro para a parturição e puerpério até 40 dias após o parto para as mulheres em situações de miséria extrema (BAPTISTA, 2016). Recortando para a cidade de Porto, a maternidade, criada em 1920, foi oriunda de uma associação de beneficência; prestava consultas a mulheres grávidas, atendimento ao parto e puerpério, atendimento infantil, ofereciam locais de descanso para aquelas nos últimos meses de gestação (BAPTISTA, 2016). Atendia as mulheres grávidas com problemas, tais como anemia, eclâmpsia, tuberculose, sífilis e para aquelas que nos 4 ou 5 meses iniciais do ano procuravam a maternidade para saber de seu estado de saúde e retornavam ao final da gestação (BAPTISTA, 2016).

Ao longo do século XX o parto tornou-se foco da atenção médica e do Estado, que aumentou os cuidados em relação à questão (CARNEIRO, 1998). Conforme o avanço do tempo e das novas descobertas de aparatos e técnicas (fórceps, cesariana, anestesia, antissepsia, etc.) pelos cirurgiões, avançava o recrutamento do parto para dentro do hospital, na maternidade (CARNEIRO, 1998). Esta atendia às demandas sociais do parto e transportava o parto de casa para o hospital onde havia atendimento gratuito com o médico, que passou a prestar assistência antes, durante e após o nascer (CARNEIRO, 1998).

Com essas modificações, aumentou a busca por parteiras para as maternidades, segundo a demanda do Estado, que era quem ministrava os cursos de enfermagem e parteira (CARNEIRO, 1998). Consequentemente foi necessário rever o modelo de ensino formativo e o perfil profissional (CARNEIRO, 1998). Neste contexto, para se tornar parteira era preciso antes fazer o curso de enfermagem profissional oferecido pelos hospitais civis (CARNEIRO, 1998).

No percurso, criaram-se as profissões de enfermeira e auxiliar de enfermagem — posteriormente alterados para somente enfermeira — em cursos ministrados e organizados por enfermeiras, e não mais pelo Estado (CARNEIRO, 1998). Os cursos e locais de ensino vieram a se conformar nas correntes Escolas Superiores de Enfermagem e as enfermeiras-parteiras nas atuais Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) (CARNEIRO, 1998).

Este cenário apresentou o gradual desenvolvimento do modelo biomédico (CARNEIRO, 1998), que perpassou pela desqualificação e diminuição da imagem e abrangência de atuação da parteira na cena do parto, não excluindo-a, mas

subalternizando-a, pela transposição do parto de casa para o hospital, pelo uso de aparatos e intervenções médicas, pelo sobrepujamento moral e de gênero sob as parteiras colocando-as como inábeis e omitindo das mesmas conteúdo para sua formação — detida sob seu domínio — (CARNEIRO, 1998) e apropriação do que se refere ao feminino.

Para o final da década de 1980 o nascimento havia sido majoritariamente transferido para o ambiente hospitalar (em 2010 e 2011 99% dos partos ocorreram no hospital), revolucionando o tradicional modelo de assistência ao parto (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Para isso contribuíram ainda a criação de novos serviços especializados, a diminuição das diferenças regionais e articulação entre os níveis de atenção à saúde (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Essas mudanças propiciaram a chance de novos controles de risco para diferentes acontecimentos relacionados ao parto, com os avanços nos procedimentos diminuindo a mortalidade materna.

Ainda com evolução na prática assistencial continua a haver desafios relacionados à qualidade do cuidado prestado, com novas proposições de assistência ao parto, focadas na mulher, suas particularidades e menos intervencionistas (CUNHA *et al.*, 2016). Atualmente o parto ocorre, na maioria, no ambiente hospitalar, na maternidade, com apoio especializado, com a mulher distante de seus familiares e conhecidos, num local público, expondo seu corpo a vários profissionais, em favor de seu filho (CUNHA *et al.*, 2016).

4.4.3 Assistência à saúde materna

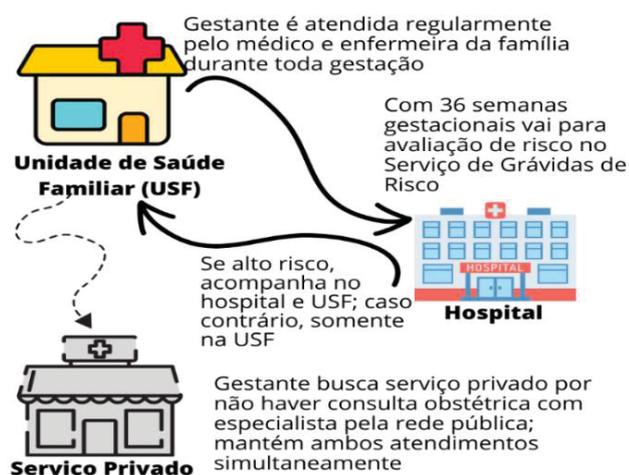
No mapeamento realizado nas visitas durante o doutorado “sanduíche”, compreendeu-se que a vigilância gestacional é prestada pelo médico de família e enfermeira de família na USF, equipe que elabora e executa o programa de cuidado, para mulheres gestantes de baixo risco. Aquelas classificadas pelo médico como de alto risco são acompanhadas no hospital (Figura 3) e na USF.

Relativo ao atendimento à gestante, é necessário que esta esteja cadastrada com número de NIF (Número de Inscrição Fiscal, algo equivalente ao CPF brasileiro e que para ser requisitado é necessário representante fiscal cidadão português), para ser designada uma equipe de saúde familiar que lhe prestará assistência. Para as gestantes imigrantes brasileiras há um acordo com o governo brasileiro que,

através do documento PB4 emitido gratuitamente pelo governo federal do Brasil, garante o direito à assistência à saúde pública nos moldes vigentes em Portugal, sendo que será atribuída à imigrante uma equipe de saúde familiar se houver vaga na USF, do contrário segue em acompanhamento, mas sem equipe de referência.

Em Portugal, a mulher escolhe o hospital onde parir. Embora haja um hospital de referência não é obrigatório que o parto aconteça neste local, podendo ocorrer em maternidade de preferência da utente. É no hospital que as mulheres grávidas, independente do risco gestacional, recebem assistência ao trabalho de parto e parto; não há casas de parto e/ou outras unidades que promovam abordagem ao parto para as mulheres de baixo risco, sendo o hospital a única opção como local para parturição.

FIGURA 3 - Fluxo de atendimento gestacional em Portugal, 2023.



FONTE: As autoras (2023)

No período puerperal, após a alta hospitalar, a utente notifica a USF, que realiza, então, a primeira visita puerperal no domicílio, entre o 1º e o 6º dias após o parto. Nesta consulta realiza-se o teste de Guthrie (teste do pezinho), a avaliação da mulher e do bebê, cuidados voltados à amamentação, coto umbilical e todas as nuances envolvidas no puerpério, suas dúvidas, etc., e agenda-se a segunda consulta, de retorno na USF, que deve ocorrer nos primeiros 15 dias após o parto, onde atendimento de equipe faz avaliação e esclarecimento de dúvidas.

A partir dessa avaliação, estando bom o quadro de saúde de ambos, mulher e bebê, mantém-se as consultas de equipe a cada 15 dias no 1º mês, semanal no 2º mês e sempre que houver necessidade, mensal ao 4º, 6º, 9º e 12º mês sendo que

nesses três últimos meses há vacinação também. O RN sai da maternidade já tendo sido vacinado contra hepatite B; para a BCG (contra a Tuberculose (TB)) é aplicado um questionário de avaliação de risco (que compreende, dentre outros, dados se os pais tem TB, se vivem em áreas de risco) para então aceder à vacinação. Todas as vacinas são realizadas na Unidade de Saúde Pública, que é central abrange várias USF e além da vacinação direciona normativas de cuidado em saúde, à exemplo as relativas à covid-19.

Nas atividades realizadas no intercâmbio pôde-se identificar que o cuidado longitudinal ao período gravídico-puerperal é realizado pela equipe da USF, sendo a maternidade um período momentâneo. Observa-se investimento em literacia em saúde e segurança da gestação, tais como a oferta de cursos de preparação para o parto, preparação para a parentalidade, amamentação; a avaliação de risco e a cardiocografia; do parto com a assistência por profissionais capacitados e a atuação das EESMO; e após o parto com normas voltadas à segurança do paciente como somente movimentar o RN dentro do berço com rodinhas e não no colo, e as consultas puerperais na USF, em que é possível esclarecer dúvidas e anseios da puérpera e auxiliá-la nas dificuldades pós parto. Há uma busca pelo desenvolvimento de práticas baseadas em evidência. No contexto de assistência pública, na maternidade há à disposição da mulher terapias não farmacológicas de alívio da dor e relaxamento tais como música, cadeira de massagem, luzes, bola suíça de pilates, rebozo, tapete proprioceptivo.

Durante a pandemia de covid-19 houve alterações no que concerne à assistência à saúde materna, tanto em serviço privado quanto público. As normativas nacionais eram emitidas DGS e cada instituição ajustava para sua realidade. Na maternidade, houve restrição de acompanhante sendo permitido apenas uma pessoa, que não tivesse sintomas de covid-19 nem contato com pessoas com a doença, evitasse contato com outras pessoas na maternidade, usasse máscara de proteção facial e nas cesarianas sob anestesia geral não era permitido acompanhante (DGS, 2021).

Outras recomendações na maternidade envolviam a não permissão de: visita, uso de piscina com água para alívio da dor, e circulação fora do quarto, os atendimentos à mulher puérpera e RN eram prestados dentro do quarto, fazia-se necessário uso de máscara de proteção facial e houve alterações nas ofertas de grupos de preparação ao parto. As gestantes com covid eram isoladas e em alguns

casos transferidas para outra maternidade que recebia especialmente gestantes e puérperas com a doença, necessitando de uma ambulância para a mulher e outra para o RN. Ainda relacionado às permissões, a via de parto era decidida por critérios obstétricos quando a situação clínica da mulher era favorável. Aquelas que escolhessem o alojamento conjunto, recomendava-se contato pele-a-pele imediato após parto, depois de averiguar as medidas de desinfecção e uso correto da máscara cirúrgica.

Devido, principalmente, à restrição do acompanhante, gestantes buscaram o serviço privado, que permitia o acompanhamento. No contexto de puerpério na USF evitava-se os atendimentos presenciais, então, eram feitos por telefone ou online, tendo sido mantida a vacinação. Aponta-se aqui que a presença do acompanhante é assegurada pela Lei n.º 15/2014 que garante o direito do acompanhante, escolhido pela mulher, em todas as fases do trabalho de parto, para a mulher grávida que esteja internada (DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÔNICO, 2014). Em uma pesquisa que coletou informações com mulheres que tiveram parto em Portugal entre anos de 2015 a 2019 houve registro de que, dos 7.555 partos, em 5.923 (78,40%) o acompanhante esteve em todo trabalho de parto, seguido de presente apenas no início do parto 1.100 (14,56%) (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO (APDMGP), 2019).

4.4.4 Percepções sobre o modelo de assistência

Em relação ao modelo de assistência ao parto, no que foi possível apreender, há preocupação, discussão e uma luta profundas e frequentes sobre a segurança ao parto e a redução do índice de mortalidade materna e relativa ao bebê antes e após o nascimento. Foca-se intensamente na atuação e competência da EESMO, na independência e benefícios apontados por pesquisas científicas que esta profissional, na vigilância da gravidez, no parto, nascimento e puerpério, traz. Complementarmente, há dificuldade considerável em produções científicas de artigos recentes que versem sobre a experiência da mulher e que concederem importante aporte complementar e contextual à compreensão destes cenários. Há relatos sobre partos com restrição de movimentação da mulher, impossibilidade de escolha sobre características desse evento, intervenções desnecessárias e danosas

para a mulher, o que interfere na sua visão sobre o cuidado oferecido e em decisões para novas gestações.

Apesar da baixa taxa de mortalidade materna, em 2020 de 10,1 por 100.000 nascidos vivos (INE, 2021f) existe uma preocupação crescente pois os valores dos últimos anos regrediram para os valores verificados na década de 80. A respeito da taxa de mortalidade neonatal, em 2021 foi de 1,7% e de mortalidade infantil 2,4% (INE, 2021e).

As diretrizes da WHO e a prática baseada em evidências (PBE) são recomendações que, no que se observou no discurso, buscam ser seguidas e são constante pauta de discussão, especialmente no que se refere à atuação da EESMO. Busca-se valorização e cada vez mais a inserção desta profissional no acompanhamento à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente, mas também, em outros aspectos do desenvolvimento.

Discute-se e realizam-se pesquisas sobre a implementação de novas estratégias de cuidado, recomendadas pela WHO, que envolvem, por exemplo, a criação de unidade gerida unicamente por ESSMO, a *midwifery-led unit*, que podem tanto ser parte integrante de unidade de maternidade hospitalar quanto em unidade autônoma, separada do hospital. E também os *Midwife-led continuity-of-care models*, nos quais a ESSMO ou um grupo pequeno dessas profissionais conhecidas concede apoio contínuo à mulher grávida na vigilância gestacional, intraparto e puerpério contínuo, que é um modelo recomendado a mulheres grávidas para ambientes em que haja funcionamento adequado dos programas voltados à obstetrícia.

Outro objeto de discussão é a realização e utilização do plano de parto, em que se debate sua tímida utilização no contexto português. Essa discussão encontra ponto de apoio quando se demonstra em pesquisa que 68% das mulheres não o fizeram, 18% fizeram e 14% não tiveram seu plano de parto respeitado na maternidade (APDMGP, 2019).

Enquanto mulher grávida imigrante, foi possível experienciar, durante o doutorado sanduíche, o atendimento na rede portuguesa. Foram prestados atendimentos na Unidade de Saúde Familiar, Pronto Socorro, percebendo, assim, as nuances administrativas e informacionais, de modo que não foi possível acompanhamento longitudinal mantendo atendimentos pontuais. De todo modo, não houve ausência de atendimento e todos foram gratuitos. No atendimento no pronto

socorro foi percebido interesse dos profissionais, desde a recepção, em acolher a angústia e preocupação. Com o fornecimento de informações e avaliação profissional, desde a triagem, a preocupação já havia se extinguido. Como profissional com experiência prévia na saúde mental, esta é uma ação percebida como valiosa e extremamente necessária, e é um diferencial para todas as mulheres, mas especialmente para a mulher grávida e parturiente imigrante, que muitas vezes não conhece o idioma, imigra ilegalmente e pode encontrar diferenças e dificuldades na assistência.

Sobre isso, pesquisa apontou que para outras imigrantes brasileiras em Portugal a possibilidade de escolherem sobre questões relacionadas ao parto, a acolhida, escuta qualificada e respeito por parte da equipe tornaram a experiência de parturição tranquila ou com menos trauma, com satisfação e gratidão; mesmo quem esteve em situação irregular no país teve assistência gratuita (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Aspectos voltados à assistência profissional, tais como a empatia, competência e a experiência foram encorajadores, acolhe(dores), auxilia(dores) e de vital importância no parto e puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Por outro lado, embora em minoria, houve experiências em que a mulher não pôde ter acompanhante, ou de quem não tenha ficado satisfeita com a assistência recebida (OLIVEIRA *et al.*, 2017). A mulher parturiente está afastada de seus familiares, pode sentir-se insegura, não se sentir acolhida, estando sujeita à normativas impostas por pessoas e em um ambiente que ela desconhece, reforçando o sentimento de intrusão revelado nas falas (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Adicionalmente às observações das visitas e percepções oriundas de outros tantos sítios durante o intercâmbio e, embora em pequena escala, a seguir constam alguns dados sobre questões de saúde materna e infantil a fim de apresentar brevemente algo do contexto português que possa auxiliar a vislumbrar aspectos do modelo de assistência obstétrica.

Uma ampla pesquisa europeia envolvendo Portugal demonstrou que no país, em 2019, houve 87.319 nascimentos com 54,2% das mulheres com idade entre 25 a 34 anos, 25,4% idade entre 35 a 39 anos, 10,3% de 20 a 24 anos, 7,7% acima de 40 anos e 2,4% menores ou igual a 20 anos de idade, havendo aumento da porcentagem de mulheres com mais de 35 anos em relação a 2015 (EUROPERISTAT, 2019). A porcentagem de mulheres parindo pela primeira vez foi de 52,3% e com um ou mais partos 47,7% (EUROPERISTAT, 2019).

No mesmo estudo a média do índice de cesariana na Europa foi de 26,0% e de parto vaginal instrumental de 6,1% (EUROPERISTAT, 2019). Nos registros de 2015, Portugal constava com 32,9% de cesariana, não havendo registro de partos vaginais instrumentalizados, correspondente aquele em que utilizam os dispositivos fórceps ou ventosa (EUROPERISTAT, 2018). A OMS aponta que as taxas de cesárea acima de 10% não têm associação com a diminuição da mortalidade materna e neonatal, sendo que o foco deve ser direcionado em garantir a ocorrência de cesáreas se dê em situações necessárias, ao invés de se buscar taxa específica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2015).

Em 2013 dados oriundos de hospitais oficiais e privados de Portugal registraram que houve 81.559 partos, dos quais 38.470 eutócicos e 43.089 distócicos (INE, 2021b). Em outro inquérito realizado no país, os partos eutócicos também estão em menor número: dos 7.555 partos, 3.470 foram eutócicos, 1.446 parto com ventosa, 1.394 cesariana intraparto, 865 cesarianas programadas, e 380 partos com uso de fórceps (APDMGP, 2019).

No mesmo inquérito da APDMG (2019), dos 7.555 partos, 6.143 (81,31%) deles ocorreram em hospitais públicos, seguindo dos privados 1.262 (16,70%) e parto domiciliar planejado 86 (1,14%), seguido de outros.

Inquerindo sobre situações de abuso, desrespeito e/ou discriminação, evidenciou-se que cuidados ou intervenções não consentidas pela mulher foi a mais apontada, especialmente para mulheres que tiveram parto vaginal (APDMGP, 2019). A mesma associação descreve que a instrumentalização se torna necessária em casos, contudo, quando aplicada de modo a tornar mais rápido o parto, seja por interesse dos profissionais ou para diminuir o sofrimento da mulher e bebê, quando são intervenções não consentidas, não informadas ou desconhecidas pela mulher pode ser prática abusiva (APDMGP, 2019). A prática de intervenções não consentidas afetou direta e negativamente a experiência de parto (APDMGP, 2019).

Outras características sobre as cenas de parto foram observadas. Observou-se que aumentou a presença do médico no parto e diminuiu a presença de enfermeiras obstetras, com aumento da prevalência de partos instrumentais (fórceps e ventosa) e cesárea (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Também se verificou que a duração da gestação está compreendida entre 37 a 41 semanas gestacionais e que o agendamento dos partos ocorre em maior número nos dias do meio da semana (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017).

Num aspecto social, apontou-se que os novos pais são bem qualificados, empregados e com boa posição profissional (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Adicionalmente descreveram que às mulheres com maior recurso social elevado esteve associada à assistência de gestação e parto medicalizada e institucionalizada (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Por outro lado, mulheres com menor recurso social, idade nos extremos da idade fértil e coabitação (relação estável) tiveram associação a um equilíbrio entre a assistência prestada por médicos e enfermeiras obstétricas (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017).

Desta forma, as autoras sugerem que o parto em Portugal ocorre nos moldes no modelo tecnocrático: institucionalizado, gestação com duração padrão, atuação de médicos no parto, aumento do número de partos em certos dias da semana, aumento de partos em ambiente hospitalar privado e do número de cesáreas (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Sublinham que, no país, a estratificação como gravidez de alto risco considera critérios sociais e demográficos e não médicos, que o poder médico é prevalente sobre outros profissionais, instituições e Estado (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017). Sinalizam questionamentos sobre que qualidade do preenchimento da causa do óbito materno, na declaração, ser feita por profissionais médicos (os mesmos que assistem ao parto) e sobre a morbilidade materna, um indicador mais difícil de ser realizado, contudo, pertinente, dado o número de cesarianas (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017).

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa busca responder às questões particulares e concentra seu trabalho na realidade que não pode ser quantificável, com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” que dizem respeito ao mais profundo das relações, dos processos e fenômenos os quais não podem ser circunscritos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1993, p. 22). A pesquisa qualitativa mergulha nas percepções, leituras do universo de significados que rodeia as pessoas, suas ações e relações, aspectos que não são notórios e possíveis de serem mensurados em equações matemáticas; apesar disso, Minayo (1993) pontua que dados qualitativos e quantitativos não são opostos, mas complementares.

Propomo-nos a descrever a experiência das mulheres sobre seu puerpério imediato, pensando, à luz de Minayo (2012, p. 622), que a experiência está relacionada ao que cada pessoa apreende no seu lugar no mundo e nas ações que faz, e tem como sentido a compreensão de si mesmo e do seu significado no mundo. A experiência é constitutiva da existência do homem, nutre a reflexão e é expressa através da linguagem, embora esta não traga a experiência pura, pois carrega consigo a organização feita pela reflexão e interpretação, onde aquilo que é contado e o que foi vivido estão emaranhados na e pela cultura (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa integra um projeto maior intitulado “Redes, Protocolos e Processos para o Cuidado à Mulher no Processo de Parto e Nascimento”, sob condução da Professora Doutora Enfermeira Silvana Regina Rossi Kissula Souza.

5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico adotado nesta pesquisa é a História Oral, que se conforma como um recurso atual propenso a compreender o comportamento e a sensibilidade das pessoas e a influir no comportamento da cultura, na maneira como se enxerga o mundo e o papel das pessoas nessa forma de ver o que lhes rodeia (MEIHY; HOLANDA, 2017). A partir das narrativas audiogravadas, o que cada narrador percebe sobre a vida social é registrado e constitui fonte oral. Com a história oral se criam registros concernentes à experiência social das pessoas, dos grupos, sendo uma história do tempo presente, reconhecida como “história viva” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 17). Pode ser entendida como sendo um conjunto

articulado de procedimentos cujo passo inicial e essencial é a confecção do projeto que delinea quem, como e o porquê dessa operação, e segue com o elenco do grupo a ser entrevistado. É importante detalhar cada etapa, pois a história oral é prática complexa em que cada passo interfere no outro (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Existem três gêneros em história oral, quais sejam: a História Oral de Vida, a História Oral Temática e a Tradição Oral, sendo que para esta pesquisa o gênero elencado foi História Oral Temática. A história oral de vida traz na narrativa a versão que cada narrador confere aos fatos vividos dependentes da memória, com suas imprecisões, irrealidades, supressões e contradições naturais (MEIHY; HOLANDA, 2017). As entrevistas geralmente são livres permitindo ao narrador a liberdade na escolha da ordem, do assunto, das lembranças, do conteúdo a ser contado; combina a experiência do entrevistado com sua interpretação e exposição subjetiva sobre essa experiência. Aqui, se valoriza a subjetividade de detalhes e não obrigatoriamente a ordem cronológica, temporal dos fatos vividos (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Na história oral temática, gênero escolhido para esta pesquisa, há um foco central justificador da entrevista no todo do projeto; esse gênero recorta e conduz a possíveis maiores subjetividades; as perguntas e respostas integrantes do questionário são parte do processo e buscam elucidar questões conflitantes, divergentes sobre uma temática central (MEIHY; HOLANDA, 2017). Este gênero apresenta e discute os resultados colhidos apenas nas narrativas (MEIHY; HOLANDA, 2017). Há, então, um assunto central, trabalha-se com a interpretação que a rede de colaboradores dá a esse assunto e confronta pontos de vista sobre um mesmo assunto, buscando iluminar a temática escolhida (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

A tradição oral é embasada na observação que dirige as entrevistas, trabalha com elementos da memória coletiva (MEIHY; HOLANDA, 2017), com a transcendência do tempo, para além do espaço físico, tem necessidade de entendimento sobre valores não racionais (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020), aspectos de ordem mítica, virtual e vida material dos grupos, com descrição detalhada do cotidiano do grupo estudado (MEIHY; HOLANDA, 2017). Na observação engloba calendários, crenças, festividades, cerimônias desse grupo (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020), tendo a tradição comunitária o valor maior nesse gênero (MEIHY; HOLANDA, 2017). Desenvolve-se mais lentamente, necessita imersão profunda sobre a

comunidade pesquisada (MEIHY; HOLANDA, 2017) e tem a possibilidade de desvelar noções a respeito do tempo passado e presente próprios dessa comunidade (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Nas pesquisas em história oral o projeto é o instrumento que norteia o pesquisador, é o âmago, o que dá sentido aos trabalhos feitos com este método, pois liga a intenção, a motivação de realizar a pesquisa ao delineamento dos procedimentos para execução dela, sendo essa associação o que caracteriza e diferencia a história oral de outras propostas de pesquisa com fontes orais (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Ao desenvolver o projeto, planeja-se o tema, a justificção, a problemática que se tem, quem será o entrevistador, quem será o entrevistado, determina-se o local da coleta da entrevista, o tempo de duração, as condições do ambiente no que se refere à privacidade e gravação (MEIHY; HOLANDA, 2017). Descreve-se como serão o processo de transcrição do gravado para o escrito, procedimento complexo e que se estende por mais tempo; o cuidado ético com a conferência do texto pelo entrevistado que deverá autorizar seu uso por uma carta de cessão; o arquivamento das gravações; e a devolutiva dos resultados ao grupo/comunidade (MEIHY; HOLANDA, 2017). Os pontos abordados no projeto se harmonizam e se comunicam entre si, podendo ser ajustados (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A fim de operacionalizar, facilitar e dar consistência aos trabalhos no método, é preciso explicitar três conceitos que se hierarquizam de modo combinado e a partir dos quais se forma a condução das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2017). São eles “comunidade de destino”, “colônia” e “redes”, partindo do mais amplo para o mais específico em fases que dialogam entre si e organizam o trabalho em história oral por entrevistas individuais que, no entanto, como entrevistas tem sua filiação na coletividade (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

A “comunidade de destino” é elemento referencial inicial devido à dimensão da sociedade, e sua definição parte da memória coletiva (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Caracteriza-se por envolver um grupo de pessoas que possuem um vínculo subjetivo ou físico em comum; esse grupo vivenciou, de alguma forma, uma experiência marcante que representou influência em sua trajetória (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

É caracterizar esse forte fenômeno que foi vivido e registrar a repercussão disso na vida desse conjunto que interessa à história oral da comunidade (MEIHY;

SEAWRIGHT, 2020). As ocorrências em nível social são buscadas por serem marcantes no âmbito coletivo e se revelam em elementos centrais em torno dos quais as pessoas se reúnem, tendo a memória como fio condutor da atenção e de características identitárias dessa comunidade (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Para Meihy e Holanda (2017) a memória coletiva se evidencia quando há repetição e tomada de consciência sobre drama comum, o que é reiterado por Meihy e Seawright (2020, p. 97) quando descrevem que a “lembrança comungada com outra em gestos ‘recordatórios’, e a repetição verbalizada em falas somadas, sustenta as fundações comunitárias que transitam entre a identidade, a dessemelhança ou a diferença”.

A dimensão sempre sensível que possui a narrativa é demonstrada nos estudos em história oral em que a emoção acolhe a expressão articulada entre a memória e a fala envolvidas na memória coletiva (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). A ressonância dos fatos vividos na vida comunitária é a característica que distingue o laço de afinidade entre pessoas que passaram por dada situação e passam a ter um destino comum, como as que passaram por prisões, terremotos, epidemias, que em história oral são identificados como sendo portadores de uma “comunidade de destino” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 52). Em face disto, neste estudo, a “comunidade de destino” as mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia da covid-19 no Brasil.

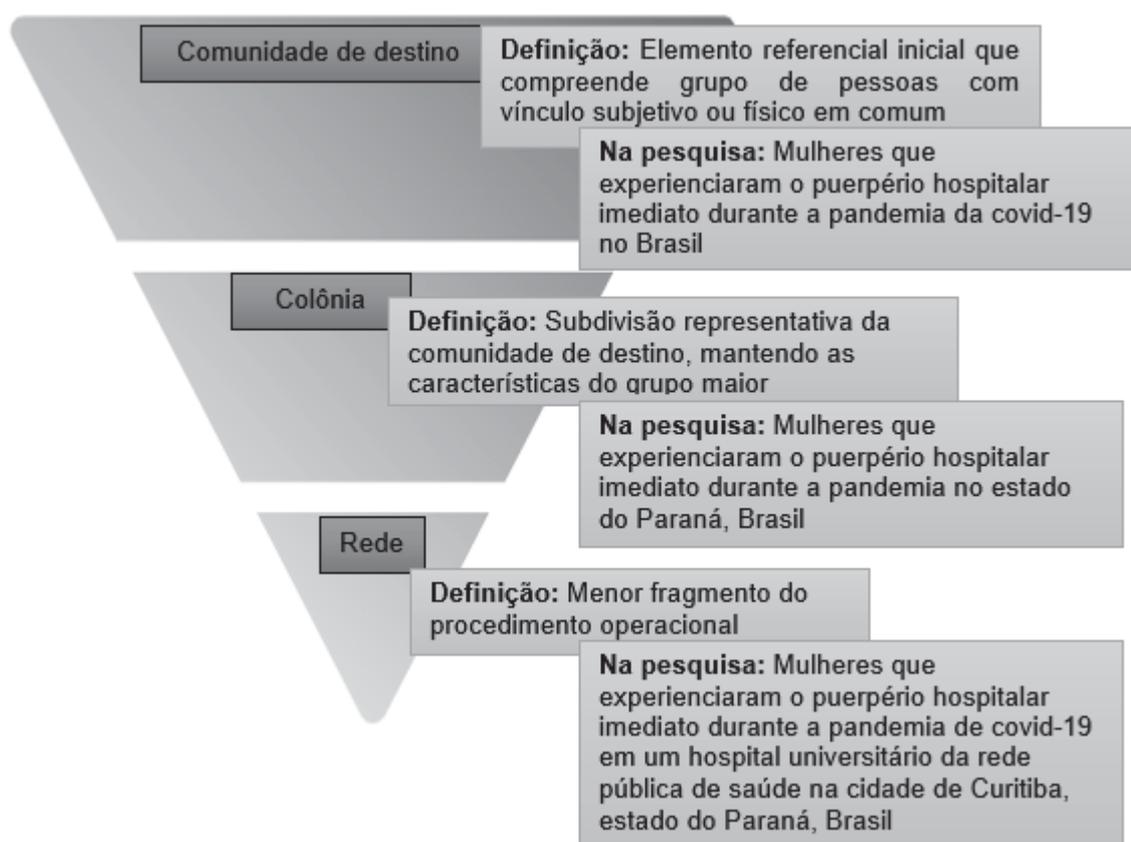
Devido à possibilidade de inviabilização do estudo, de ouvir o grande grupo que constitui a “comunidade de destino”, se tem o estreitamento desse quantitativo numérico, de modo criterioso e cuidadoso, na parcela chamada de “colônia” a fim de garantir que a memória coletiva expressa na narrativa esteja ligada à comunidade de destino na convergência das recordações (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Por “colônia” entende-se uma parcela representativa, a primeira divisão da “comunidade de destino” (MEIHY; HOLANDA, 2017). Sendo representativa, então, a “colônia” mantém as características singulares do grupo maior, mas, por ser uma fração, torna exequível o estudo e viabiliza o entendimento do coletivo (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Com isso em mente, neste estudo a “colônia” corresponde às mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia no estado do Paraná, Brasil.

Como último conceito, tem-se a menor parcela da “comunidade de destino”, uma subdivisão da “colônia” chamada de “rede” (MEIHY; HOLANDA, 2017), o

fragmento menor de todo o procedimento operacional (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Na “rede” importam os argumentos dados que justificam o fenômeno vivido. Preferencialmente a primeira entrevista deve orientar a formação das redes seguintes e que sejam redes plurais para que se revelem os diferentes olhares e interpretações. Assim sendo, o estudo teve como “rede” as mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia de covid-19 em um hospital universitário da rede pública de saúde na cidade de Curitiba, estado do Paraná, Brasil. Os conceitos hierarquizados são verificados na Figura 4.

FIGURA 4 - CONCEITOS HIERARQUIZADOS EM HISTÓRIA ORAL E SEU DELINEAMENTO NA PESQUISA



FONTE: A autora baseada em Meihy e Holanda (2017)

Com o delineamento dos conceitos acima, tem-se as entrevistas coletadas com a rede. As entrevistas são o ponto central da pesquisa, feitas no tempo atual, com personagens vivos, com contato direto e deliberado entre entrevistador e entrevistado que estabelecem uma relação de colaboração justificada pelo projeto (o que justifica a adoção do termo colaborador/a para referir-se à pessoa entrevistada) e envolve a palavra dita e gravada, o registro das características do entorno,

expressões faciais e corporais, dos silêncios, do tempo de pausa na fala, dando dimensão física àquilo que foi falado (MEIHY; HOLANDA, 2017).

No momento das entrevistas pode haver estímulos para a fala e utilizam-se aparelhos eletrônicos que registram a narrativa possibilitando a transcrição fiel e o arquivamento e preservação do conteúdo (MEIHY; HOLANDA, 2017). Ressalta-se que são mediadores que não substituem (nada substitui) a percepção que o entrevistador possui (MEIHY; HOLANDA, 2017). Para a gravação são necessários cuidados, tais como a testagem prévia dos aparelhos, presença de outras pessoas, dentre outros (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A discussão com outras fontes documentais gira em torno das entrevistas e a partir dos temas oriundos delas; mais do que cada entrevista, de modo individual, o diálogo com o coletivo e com a proposta de pesquisa é essencial (MEIHY; HOLANDA, 2017). Ao contar e verter para o escrito cada história, esta se mantém atual, viva e presente (MEIHY; HOLANDA, 2017). Cada experiência é verdadeira e tem relação com as outras experiências através da elaboração de uma identidade comum, a repetição de dados aspectos torna-se memória coletiva (MEIHY; HOLANDA, 2017). A história oral é, então, sempre social porque um se explica no todo, uma pessoa se explica na vida comunitária (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Depois de coletadas as entrevistas narradas, ocorre o tratamento das entrevistas, processo que ocorre em três fases, a saber: a transcrição absoluta, a textualização e a transcrição (MEIHY; HOLANDA, 2017). Na transcrição absoluta a narrativa do colaborador é passada para a escrita, num texto equivalente, imitativo, detalhe por detalhe, na mesma ordem, fielmente, daquilo que foi dito; a transcrição concretiza a forma oralizada da palavra. Nessa primeira fase, o texto é redigido tal qual foi a narrativa registrada na gravação, mantendo-se perguntas, respostas, ruídos, acontecimentos, pausas, repetições, palavras sem peso semântico (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Para esta etapa foi utilizado o *voicemeeter* (VB-AUDIO SOFTWARE, 2020), ferramenta que unifica as fontes de áudio do computador permitindo gerenciar o som de maneira mais fácil juntamente com um documento *word* do *Microsoft Office 365* (MICROSOFT, 2022) que faz o reconhecimento do som e transcreve para texto automaticamente com precisão e em tempo real. Ambas ferramentas estavam disponíveis gratuitamente sendo esse auxílio pensado devido a celeridade e maior facilidade com que se pode executar essa etapa, sem prejuízo de contato, conexão

e presença da pesquisadora, que conduziu todo esse processo tendo conferido os textos transcritos com o áudio algumas vezes.

Depois, se passa à textualização, momento em que o texto é lido e relido, as perguntas e os erros gramaticais são retirados, as palavras que não possuem peso semântico são reparadas, sons e ruídos alheios ao colaborador podem ser retirados de modo a manter o texto mais claro (MEIHY; HOLANDA, 2017). Na textualização, com ética e rigor, ocorrem adaptações entre o que foi dito e transcrito de modo a buscar-se a clareza, a boa recepção e comunicação daquilo que está escrito, em que a ideia tem maior significância do que a transposição perfeita das palavras, ressaltando a mensagem que o colaborador pretendeu (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Na textualização o que se busca é oferecer ao leitor um entendimento adequado do texto e da mensagem do colaborador; ela reordena as ideias expressas, sem depender da ordem em que elas foram ditas; as frases podem sofrer alterações na sua exposição buscando uma lógica de apresentação e compreensão; para isso lança-se mão de ferramentas ortográficas, como reticências, pontos de exclamação e interrogação, para buscar a autenticidade de sentido da palavra dita (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Usa-se o termo “empatia textual” (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 135) para se referir ao exercício de se colocar no lugar de colaborador do leitor para proceder à reordenação textual.

Nessa fase elenca-se o “tom vital”, frase que guia toda narrativa do colaborador, que confere sentido principal, o âmago, o cerne de sua narração e a partir dessa frase-guia se estabelece a reordenação do texto (MEIHY; HOLANDA, 2017). Encontrado na leitura e releitura do texto, por quantas vezes seja preciso, o “tom vital” é elaborado em uma frase concisa, que é explicativa, forte, capaz de conferir o sentido da narrativa de cada colaborador (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). É recomendado que não se perca a singularidade da memória que foi expressa na fala, que tem enunciação livre (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Na pesquisa, nesta fase os textos já transcritos literalmente foram lidos, as perguntas excluídas, a pontuação ajustada, os esclarecimentos entre colchetes [] feitos, os tons vitais elencados.

Após a textualização, tem-se a transcrição, com a versão final do texto elaborada e que, depois de devidamente autorizada pelo colaborador com a leitura e assinatura na carta de cessão de direitos, que é um documento inerente às

pesquisas em história oral, é analisada e compõe o projeto. Na transcrição se recria, com qualidade textual e, não desfigurando as características impressas pelo narrador, aquilo que foi narrado (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). A transcrição nos torna mais próximos da real intenção e sentido que o colaborador quis comunicar, de modo que entendamos a mensagem tanto oralmente quanto na forma grafada (MEIHY; HOLANDA, 2017); mais que traduzir, busca-se a elaboração de uma síntese do sentido que foi percebido por quem pesquisou, além da narrativa e performance da colaboradora.

A transcrição, quando aplicada ao estudo de um grupo, como as mulheres que passaram pelo puerpério imediato em tempos de pandemia da COVID-19, proposto por este estudo, possibilita, além da racionalidade, o contato com as dimensões subjetivas; ela recria, de modo a melhor comunicar, a intenção do que foi contado (MEIHY; HOLANDA, 2017). A tradição da mutação do oral para o escrito compreende o bom entendimento daquilo que foi narrado e a manutenção do referencial guardado na construção das frases e no uso do vocabulário (MEIHY; HOLANDA, 2017). É o resultado da transcrição que o colaborador vai autorizar (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020), como foi feito nessa pesquisa.

O projeto de pesquisa em história oral temática prevê que os relatos coletados sejam analisados, cruzados com conteúdo, o que permite captar singularidades de cada narrativa, sustentá-las e dimensioná-las da experiência individual para o âmbito social (MEIHY; HOLANDA, 2017). Essa análise ocorre depois da constituição dos dados das entrevistas e o texto é lido e relido exaustivamente para elencar os temas emergentes e os pontos convergentes entre as narrativas, que serão discutidos com outros achados concernentes da literatura (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A análise das narrativas em história oral possibilita que sejam constatadas singularidades sustentando-as e dimensionando as experiências para o âmbito social; isso é possibilitado a partir da intercessão de pontos das entrevistas, até considerando que sozinhas as entrevistas não falam por si e não têm sustentação enquanto história oral (MEIHY; HOLANDA, 2017). A análise é capaz de constatar e diversificar as lógicas internas de cada ponto convergente (MEIHY; HOLANDA, 2017), permite entrelaçar, entrecruzar as lembranças como se as sensibilidades da memória, que é expressão de humanidade, fossem passíveis de serem retratadas

de modo que dimensionem o caráter subjetivo dessa expressão (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Nesse aspecto, a análise foi realizada durante o tratamento de dados, e sobre as entrevistas na sua versão final foram realizadas leituras iniciais para aproximação maior com cada uma delas; após, houve imersão da pesquisadora na leitura em profundidade as narrativas por múltiplas vezes, minuciosamente de modo a que, nessa análise textual livre fossem elencados os assuntos presentes (subtemas) bem como os pensamentos e reações iniciais da pesquisadora de modo a capturar aspectos essenciais da narrativa. Assim, com o agrupamento dos subtemas devido sua persistência de presença nas narrativas, emergiram os Temas Relevantes. Cada Tema Relevante e seus subtemas foram sinalizados em colorimetria específica, de modo a destacar visualmente o conteúdo e assim, auxiliar no agrupamento. Desta forma, emergiram das narrativas e foram elencados quatro Temas Relevantes. A fim de exemplificar temos que o Tema Relevante “Maternar num contexto de risco” foi composto pelos subtemas “medo da contaminação e medo da morte do bebê”, “preocupação com a vacina”, dentre outros. Isto foi feito em todas as entrevistas de modo a elencar, na convergência dos subtemas, os Temas Relevantes convergentes.

Na sequência as entrevistas na versão final sem o tom vital, passaram pela triangulação de pesquisadoras na análise de dados. A triangulação é realizada de maneira a minimizar vieses que sejam oriundos de uma visão única de análise com o propósito de validar o processo investigativo, tornar mais rica e complementar o conhecimento bem como superar os potenciais epistemológicos limitados que há no método individual (SANTOS et al., 2020). Assim, as narrativas foram lidas por duas pesquisadoras qualificadas que não haviam tido contato prévio com o material coletado das entrevistas, de modo a que lessem o conteúdo e demonstrassem temas abrangentes, aspectos, que perceberam na sua apreciação. Esses temas observados na triangulação foram confrontados entre si e, diante da convergência dos mesmos, se chegou aos Temas Relevantes.

Em história oral, tem-se o uso do caderno de campo para o registro de todo o processo de pesquisa, dos detalhes, das dificuldades e potencialidades, expectativas, entraves, divergências, reflexões, características concernentes às colaboradoras, às entrevistas, ao local da coleta da narrativa, a fim de registrar a evolução do estudo, sendo de uso da pesquisadora (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Esse relato torna-se a memória do projeto, registrando como o entrevistador foi tocado, sensibilizado durante todo o percurso da pesquisa (MEIHY; HOLANDA, 2017; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em um alojamento conjunto de uma maternidade pública da cidade de Curitiba, estado do Paraná, região sul do Brasil. Essa maternidade faz parte de um hospital-escola que atende demandas de alta complexidade em consultas especializadas, exames diagnósticos avançados e procedimentos cirúrgicos para pacientes do SUS. Habitualmente, a referida maternidade atendia gestantes de alto risco, contudo, diante da pandemia, houve reorganização dos atendimentos e o local passou a prestar atendimento para gestantes de todos os estratos de risco gestacional. Portanto, por essas razões este foi o local escolhido.

No âmbito do estado do Paraná a estratificação de risco está inserida na Linha de Cuidado Materno Infantil e é uma estratégia usada para avaliar previamente durante a gestação os fatores de risco que podem ser potencialmente perigosos para mulher e bebê; essa estratégia determina em que local será efetuado o pré-natal, nascimento, tratamento clínico e/ou de situações emergenciais. A classificação compreende o risco habitual, intermediário e alto risco sendo que o atendimento para as mulheres grávidas de risco habitual será na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) ou compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para aquelas risco intermediário e alto risco (PARANÁ, 2022).

Este alojamento conjunto atendeu uma média mensal de 203 pacientes em 2021. Segundo nota do caderno de campo, o local atende, além da mulher e bebê pós-nascimento, mulheres em tratamento clínico na gestação ou puerpério, tratamento clínico, bebês para ganho de peso, casos de óbito fetal e/ou neonatal, dentre outros. Na maternidade, a média mensal de parto normal para 2021 foi de 179 (n=2.146) e de cesariana 120 (n=1.443).

A maternidade que compõe a estrutura física do local de coleta de dados compreende seis andares, com disposição em unidades de atendimento. Alojados no térreo estão os prontos atendimentos de ginecologia e obstetrícia, os ambulatorios de ginecologia, de pré-natal e de reprodução humana, o serviço de

ecografia e o serviço social. No primeiro andar tem-se o centro cirúrgico e obstétrico. No segundo andar a medicina fetal e o alojamento conjunto que possui 28 leitos em 07 quartos, sendo neste andar onde foram coletadas as entrevistas. O terceiro andar compreende a UTI neonatal e neonatologia. No quarto andar estão dispostos o banco de leite humano, ambulatório Infecções Sexualmente Transmissíveis, salas de aula e anfiteatro. Estabelecidas no quarto andar estão a unidade de ginecologia e obstetrícia e de reprodução humana e uma sala de aula. E no quinto e último andar estão as unidades gerenciais, quais sejam o departamento de tocoginecologia, unidade da mulher e do RN e o setor de confecção de roupa hospitalar.

À época da coleta de dados, segundo caderno de campo, a equipe era composta por enfermeiras obstétricas e generalistas na sua maioria, técnicas e auxiliares de enfermagem, assistente social, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, pediatra, obstetra, psicóloga, agente administrativo, de higienização, copa e cozinha. Havia a presença frequente de residentes (enfermagem, pediatria, dentre outros). Uma profissional do cartório está presente na maternidade diariamente para efetuar a o registro de nascimento. No mesmo período, havia obras de construção do centro de parto normal. O maior quantitativo de atividades e cuidados rotineiros e movimentação de pessoal no setor era pela manhã. No que se refere à presença de acompanhante no alojamento conjunto a permanência foi liberada em outubro de 2021 estando suspensas as visitas.

5.3 RECRUTAMENTO DAS COLABORADORAS

Para o recrutamento, foi realizado convite pessoalmente para participação; neste fez-se a explanação do objetivo da pesquisa, aspectos éticos e metodológicos. Na concordância em participar da pesquisa logo após o convite, a entrevista aconteceu naquele momento. A coleta, bem como desde concepção a análise metodológica, foi realizada pela doutoranda que é bolsista e pesquisadora principal e possuía experiência prévia no método.

Os critérios de inclusão foram mulheres que tivessem realizado o parto na referida maternidade durante a pandemia da COVID-19 e que estivesse nas 24 horas de puerpério imediato. O conceito de puerpério imediato seguiu o proposto por Montenegro e Rezende Filho (2018, p. 257) que descreve ser o puerpério o período que compreende os processos involutivos e de retomada do organismo feminino

depois da gestação e, apesar de sua delimitação não ser precisa o puerpério imediato pode ser definido como o período entre o primeiro ao décimo dia após o parto.

O puerpério hospitalar imediato foi pensado por serem os primeiros momentos após o parto que majoritariamente ocorrem no hospital com todas as nuances desse contexto, com a premissa de que em todos ambientes de assistência, precisa ser observado pelos profissionais de saúde não apenas no sentido de instrumentalização da mulher, mas de acolhimento de suas demandas, considerações, alegrias, preocupações e todas as tonalidades nesse intenso processo de parir.

Adicionalmente, buscamos majoritariamente usar o termo puerpério no decorrer da tese de modo a valorizar este período evitando associá-lo sempre ao parto, embora muitas vezes isso não seja possível e esteja descrito como “pós-parto”, o que não prejudica o entendimento. Também consideraremos como parto vaginal o equivalente à parto normal, por entender ser esta a via fisiológica do corpo feminino para o parto. Outrossim, diante da banca de qualificação repensou-se o uso do termo “puérpera” e entendendo-o como um estado em que a mulher se encontra, não representando a mulher por si, podendo revelar, inclusive, uma representação biomédica, optou-se por escrever “mulher no puerpério” ou semelhantes. Da mesma forma evitou-se utilizar unicamente gestante, escrevendo “mulher que está grávida” ou semelhantes, isto oriundo também da respeitosa escrita da tese da Professora Marinha Carneiro, a qual foi usada para construção da subseção Breve Histórico da Parturição, em Portugal.

Como critérios de exclusão mulheres no puerpério imediato menores de 18 anos, as que tivessem bebê natimorto e/ou bebê que necessitou de cuidados intensivos, mulher com limitação cognitiva/auditiva.

Um estudo qualitativo procura descobrir o significado e desvelar realidades múltiplas, não buscando que sejam generalizados para a população (POLIT; BECK, 2019). Neste contexto, a amostra foi elencada conforme o objetivo do estudo e o tipo de amostragem foi por conveniência, que busca encontrar pessoas com diversas experiências sobre um dado evento, e não necessariamente tem interesse em montar uma amostra representativa de pessoas com essas experiências (POLIT; BECK, 2019). A amostragem por conveniência é eficiente e tem como objetivo extrair a maior quantidade possível de informações de um número pequeno de

pessoas, e embora não seja a mais escolhida, pode ser maneira econômica para se começar o processo de amostragem (POLIT; BECK, 2019).

5.4 COLETA DE DADOS

O método proposto possibilita que a coleta de dados utilize a entrevista semidirigida, como trazem Meihy e Holanda (2017) acessado no Apêndice A e cujo modelo compreendeu pontos de caracterização das mulheres (idade, profissão, religião, idade gestacional no momento do parto, mês do parto, tipo de parto, número de gestações anteriores, presença do acompanhante, alojamento conjunto, estratificação de risco). Teve como pergunta norteadora “Conte-me como foi sua experiência de pós-parto/puerpério durante a pandemia COVID-19” e questões adicionais voltadas à temática.

O período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2021, tempo em que havia retomado o acompanhante na maternidade, em que era realizado exame de testagem para COVID-19 na admissão, necessário uso de máscara de proteção facial e quando havia sido liberada vacinação contra a doença para mulheres grávidas. No contexto geral havia sido flexibilizada a reabertura de serviços não essenciais, algumas aulas presenciais, em alguns locais a retomada do trabalho presencial. A coleta foi iniciada após uma visita de reconhecimento do setor com contato prévio com enfermeira do setor e coordenação geral. Realizou-se teste piloto, havendo apenas reajuste de termos e o piloto incluso na amostra. Não houve repetição de entrevistas, ou seja, cada uma foi realizada apenas uma vez, tendo sido incluídas nove participantes.

Após o convite e aceite, a coleta das entrevistas deu-se numa sala reservada na maternidade. Inicialmente eram apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que era lido pelas mulheres e na concordância, assinado por elas. Posteriormente, tendo como guia o referido instrumento, procedeu-se à coleta das entrevistas, que envolveu a audiogravação, em dois aparelhos eletrônicos ligados ao mesmo tempo. Cada entrevista foi individual e presencial, tendo sido realizadas no período vespertino visto ser o mais ameno em atividades e rotinas hospitalares e assim, mais livre para as mulheres participarem. Diante das demandas maternas, respeitou-se o tempo de amamentação do bebê, de sono, repouso, higiene, alimentação da mulher, dentre

outras. Para cada entrevista foram tomados os cuidados inerentes às pesquisas em História Oral descritos anteriormente e buscando criar um ambiente acolhedor, reservado com a menor interferência de barulho e interrupções. Os momentos que antecederam e os posteriores à gravação das entrevistas foram de muita riqueza e sensibilidade pela interação com as mulheres.

Após a elaboração da versão final, o texto correspondente retornou a cada participante para sua leitura e, na concordância, assinatura da Carta de Cessão de Direitos. Para essa devolutiva foi agendado novo encontro, individual, no período matutino na maioria dos casos, durante a internação. Todas as participantes concordaram com o texto. A duração total das entrevistas foi de 104 minutos, com média de 12 minutos cada uma. (MEIHY; HOLANDA, 2017). Esse momento foi também muito importante, uma vez que as mulheres liam seus relatos com calma, mostravam o bebê e comentavam sobre ele.

Em pesquisa qualitativa, geralmente, o tamanho da amostra é pautado na necessidade de informação (POLIT; BECK, 2018). O princípio da saturação de dados envolve coletar amostras até o momento em que não sejam geradas novas informações e se alcance a redundância; assim, para se alcançar a saturação, a quantidade necessária de participantes vai depender de alguns fatores, por exemplo, a questão de pesquisa, as características das pessoas entrevistadas (POLIT; BECK, 2018).

Desta feita, foi utilizado o princípio da saturação, onde as respostas das participantes do estudo a respeito de suas experiências tornaram-se recorrentes trazendo elementos semelhantes aos que já haviam sido ditos, não gerando elementos novos (POLIT; BECK, 2018) de modo a contribuir substancialmente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica. A avaliação da saturação teórica da amostra foi um processo contínuo, iniciado desde a primeira entrevista realizada. As fases da análise de dados no método possibilitam, diante do contato íntimo e recorrente com as narrativas, que se percebam algumas características presentes e auxiliem no processo. Por exemplo, no Tema Relevante “Maternar num contexto de risco” as Colaboradoras narraram o medo da contaminação e da morte do bebê ou da vacina em praticamente todas as narrativas, não revelando outros aspectos sobre a covid-19, contudo, o que elas trouxeram sobre o medo foi significativo e substancial para a pesquisa.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital local da pesquisa sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 40146820.7.0000.0096 e Parecer de número 4.630.566, tendo obtido aprovação em 2021. Em seu desenvolvimento, este estudo respeitou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que descreve orientações que deverão ser seguidas em pesquisas que envolvem seres humanos e que busca assegurar direitos e deveres relativos aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Para participar da pesquisa, a cada participante foram expostos os objetivos da pesquisa, a condução das entrevistas, a transcrição do texto e a divulgação dos resultados; foram explicitadas a gratuidade na participação, os riscos mínimos a que poderiam estar expostas, o sigilo e anonimato de sua identificação, seu direito de desistir da pesquisa se assim quisesse, sem ônus.

O TCLE foi lido e assinado por todas as participantes em duas vias, da mesma forma todas autorizaram o uso da versão final do texto assinando a Carta de Cessão dos Direitos (Anexo A), documento essencial às pesquisas em história oral por garantir a legalidade relativa à coleta dos dados audiogravados e ao texto transcrito ao final da pesquisa (MEIHY; HOLANDA, 2017). Quando na versão final do texto, cada entrevista foi identificada pela palavra Colaboradora seguida de numeral correspondente à ordem crescente em que foi realizada a entrevista (Exemplo: Colaboradora 1, Colaboradora 2, etc.).

Como as Colaboradoras não desejaram escolher pseudônimo em substituição a seu original e tratamos de, mesmo assim, substituí-lo por outro, foram escolhidos nomes de escritoras brasileiras, naturalizadas ou nascidas no país, cujos textos incluíssem poemas, poesias ou contos. Esta escolha fundamenta-se no intuito de homenagear a feminilidade e as raízes brasileiras da pesquisa, participantes e pesquisadora; acredita-se na delicadeza e força da poesia, que foi um dos cuidados que auxiliou a pesquisadora na recuperação da dislexia causada após contrair covid-19, em 2022. Quando as palavras não apareciam, depois, quando elas fugiam e quando finalmente voltaram a se apresentar coerentemente, esteve presente a leitura diária de poesia, em voz alta, em qualquer lugar. Desta feita, na tese a

nomeação das participantes leva o termo Colaboradora, respeitando as considerações da História Oral, e o nome da escritora homenageada.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir descreve-se a caracterização das Colaboradoras no geral, depois individualmente e acompanhadas dos tons vitais e das narrativas em si, e por fim os Temas Relevantes oriundos da análise das narrativas.

Participaram da pesquisa nove mulheres no pós-parto imediato que foram a Colaboradora Lygia (1), Colaboradora Carolina Maria (2), Colaboradora Conceição (3), Colaboradora Hilda (4), Colaboradora Thays (5), Colaboradora Clarice (6), Colaboradora Adélia (7), Colaboradora Cora (8), Colaboradora Aline (9) cuja caracterização com maiores detalhes constam no Quadro 2.

Como um todo, em relação à idade esta esteve entre 25 a 34 anos. Sobre a profissão três eram “do lar”, as demais eram contadora, agricultora, auxiliar de farmácia, bartender, funcionária pública e autônoma. A respeito da religião, a mais citada foi evangélica, seguida da católica.

No que se refere a características obstétricas, a idade gestacional no momento do parto ficou entre 37 e 41 semanas. Relacionado ao histórico obstétrico houve quem não possuía gestação anterior (Colaboradoras Thays e Cora), contudo a maioria delas (Colaboradoras Lygia, Clarice, Adélia e Aline) possuía histórico de uma gestação anterior e as demais tiveram mais de uma gestação anterior (Colaboradoras Carolina Maria, Conceição e Hilda). Ademais, houve dois casos de abortamento prévio (Colaboradoras Hilda e Clarice).

Em se tratando do parto, seis Colaboradoras tiveram partos normais (PN) e três tiveram cesariana. Dessas últimas, duas tentaram a indução, entretanto evoluíram para cesariana sob a justificativa de “estar com o rostinho virado” (Colaboradora Hilda), por “falha na indução” (Colaboradora Aline) e devido à “pré-eclâmpsia e descolamento da placenta” (Colaboradora Conceição).

Por fim, em relação à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério as Colaboradoras Conceição, Cora não tiveram presença de acompanhante em nenhum momento; de Conceição o companheiro teve de cuidar das filhas em casa. Com a Colaboradora Adélia não houve tempo de seu esposo chegar para acompanhar o parto em si, contudo, apesar disso manteve acompanhamento posterior. As demais, tiveram presença de acompanhante e nesse aspecto a pessoa a acompanhar foram familiares, na sua maioria o esposo/companheiro com alternância entre quem acompanhava.

Nenhuma das participantes teve covid-19 durante a gestação e/ou parto atual. Todas mantiveram alojamento conjunto. Houve uma gestação de alto risco, vivenciada pela Colaboradora Cora.

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DAS COLABORADORAS

Colaboradora	Idade	Profissão	Religião	Risco Gestacional	IG no parto	Gestação prévia	Parto	Acompanhante	COVID na gestação
Lygia 1	28	Do lar	E	B	37s*	01	N	Esposo/mãe	N
Carolina 2	33	Do lar	C	B	40s	05	N	Esposo	N
Conceição 3	33	Autônoma	C	B	38s e meia	02	C	Não	N
Hilda 4	30	Funcionária pública	C	B	39s+5d	3 e 01 aborto	C	Esposo	N
Thays 5	25	Do lar	E	B	39s+1d	0	N	Esposo/mãe/sogra	N
Clarice 6	29	Bartender	S	B	40s	01 aborto	N	Irmã/namorado	N
Adélia 7	32	Auxiliar de farmácia	E	B	40s+1d	01	N	Depois do parto, esposo	N
Cora 8	34	Agricultora	El	A	37s+6d	0	N	Prima	N
Aline 9	28	Contadora	E s	B	41s	01	C	Esposo	N

FONTE: As autoras (2023).

Legenda: Religião: C: católica; E: evangélica; S: sem religião, crê em Deus; El: evangélica luterana; Es: espírita.

Risco Gestacional: B: baixo; A: alto.

Parto: N: norma C: cesárea.

Covid na gestação: N: não.

6.1 ENTREVISTAS

As transcrições das entrevistas são apresentadas integralmente na sequência, cada qual com seu tom vital e envolvendo as características das colaboradoras.

Colaboradora Lygia: 28 anos, hoje do lar, é evangélica; a idade gestacional no momento do parto foi de 37 semanas, com parto normal em outubro de 2021, tem uma gestação anterior, teve esposo e/ou mãe como acompanhantes no processo de pré-parto, parto e puerpério, está em alojamento conjunto, gestação de risco habitual

identifica-se como mulher; teve diagnóstico positivo para covid-19 antes da gestação, em outubro de 2020.

Tom vital: *O desafio trazido pelo desconhecido da pandemia.*

Narrativa: *[sobre a experiência de parto, nascimento e puerpério atual] Foi bem desafiador assim, em relação às consultas e até mesmo apreensiva com o parto em si, por não saber como seria. Até teve amigas minhas que tiveram bebê um pouquinho antes de mim, então era mais restrito. Agora já está um pouquinho mais liberado. Então para mim foi bem desafiador, de apreensão mesmo, de saber como seria e saber como reagir nesse momento de pandemia, porque, querendo ou não, a gente fica com medo por eles [se referindo aos bebês] serem totalmente indefesos. Mas acredito que por estarmos já há quase dois anos na pandemia, acaba se adaptando, aprende; aprende a lidar com as situações, aprende até mesmo a se proteger e proteger eles [se referindo aos bebês], a não ir para qualquer lugar com eles pequenininhos e nem a gente, pelo risco na gestação. Apesar de ter pego antes [se refere ao diagnóstico prévio de covid-19, antes da gestação] não deixei de ter o risco de pegar novamente. Mas é desafiador, nunca tinha passado por uma pandemia nessa situação e acredito que nem tão forte como foi, tão demorada, porque as outras [se refere à eventos de saúde anteriores] foi falado bastante, mas não era tão restrito como foi essa, persistente, e as regras que foram impostas, do uso da máscara. Tanto que para minha filha hoje [se refere à filha mais velha] é comum ver as pessoas de máscara. Ela não consegue saber como era antes e para nós já é diferente. Estava falando ontem com uma mãe, falei assim: “- Vai fazer dois que estamos na pandemia e parece que às vezes a gente ainda esquece da máscara porque não faz parte da nossa vida”.*

[sobre a vivência no hospital] Foi super bom, foi surpreendente na verdade. Como eu falei, eu já esperava assim: “Meu Deus, não vai poder fazer nada, não vai poder ninguém ficar comigo”. E agora, como está um pouquinho mais liberado, foi bem boa a experiência. Eu não conhecia, nunca tinha nem entrado aqui no hospital e eu gostei bastante, foi muito bom.

[sobre questões emocionais no pré-parto, parto na pandemia] Não tive [influências]. Acho que até o momento da gestação a gente vem se preparando para isso. O que eu fiquei mais apreensiva realmente foi no pós-parto como seria. Até eu liguei aqui no hospital para me informar como seria e parece que mudaram as regras há uma ou duas semanas [relativas ao acompanhante]. Porque me falaram assim: “-Ah não

vai poder ficar ninguém com você”. Eu falei: “- Meu Deus, e agora? Como é que eu vou no banheiro? Vou deixar minha bebê sozinha? Vou tomar banho e vou deixar ela sozinha?”, mas, no fim, acabou mudando e deu tudo certo, então fiquei mais tranquila; acredito que se de repente eu tivesse que ficar sozinha com ela talvez mexeria no emocional

[sobre a paramentação durante o parto] Na verdade elas tiraram uma máscara na hora do parto, porque eu cheguei com nove já de dilatação. Eu vim à noite, durante a madrugada, estava com três [se refere aos centímetros de dilatação uterina] e me mandaram para casa. Eu retornei, então, às 11 [horas] da manhã. Quando retornei, já estava com 9 [centímetros] de dilatação. É mais dificultoso porque exige fazer força e tudo mais e a máscara acaba sufocando, então elas tiraram para poder me ajudar. Estávamos somente nós na sala. Foi normal para mim a princípio, mas o processo de trabalho de parto com máscara é mais dificultoso. Tive que ficar de máscara, e quando eu cheguei aqui para ganhar novamente [se refere ao parto], foi que elas tiraram, mas o processo de ter vindo na madrugada, eu tive que ficar de máscara e é bem mais cansativo, porque conforme vem as contrações, falta ar para nós, sufoca. Tanto que algumas vezes lá embaixo [se refere ao setor no andar inferior onde ocorreu o parto] enquanto eu andava nos corredores para tentar dilatar um pouquinho mais, eu tirava [a máscara], quando vinha contração mesmo eu tirava máscara para poder retomar o ar e continuar.

[sobre a amamentação] É mais questão de sensibilidade que a gente tem, mas está sendo tranquilo para mim, estou lidando bem com ela, mais é a sensibilidade no seio mesmo, mas está bem tranquilo, ela mama super bem, não há o que reclamar.

[sobre o acompanhante] Sim, eu acho importante. Eu estava meio desesperada já, de ter que ficar sozinha porque eu acho importante o apoio deles. Até mesmo para poder ir no banheiro tranquila e apoio emocional também. Porque nem sempre a gente sai [se refere ao parto e pós-parto] tão bem assim. Eu falo que puerpério é só quem passa mesmo para saber, porque a gente acha: “-Ah não é nada”, mas nosso emocional mexe muito. Então acho bem importante, sim, a presença deles como apoio. A mãe também nasce. Tem muitas mães que nascem ali, por ser primeiro [filho].

[sobre cuidado voltado às puérperas em pandemias futuras] Todo cuidado, porque a gente sabe que é uma coisa grave. Quantas, quantas famílias se perderam por perder pessoas, então a gente sabe da gravidade disso. Eu acho que todo cuidado é

pouco e se houvesse uma nova pandemia eu falaria que os cuidados adotados nessa, por mais que pensem assim: “-Ah, a máscara não adianta” ou “-É demais isso”, eu acho que todo cuidado é pouco. E mesmo tendo todos os cuidados, o tanto de vidas que acabaram indo então, eu, eu apoiaria novamente, não sei qual seria o tipo de pandemia que poderia estourar. Eu acho que a gente seguiu certinho o protocolo, os recursos que se tem; eu acho que nada é tão...[pensa no termo a ser usado] que as pessoas falam “-Ai não precisa de máscara, ai não precisa”...como que fala... me fugiu a palavra...isso nada pode ser descartado. Eu acho que tudo é válido.

É mais isso. Eu passei mais em casa, que eu não estava trabalhando, passei mais em casa com a outra filha e durante a gravidez. Com a outra filha [a mais velha] tinha toda uma programação de quando ela nascesse e fizesse quatro mesinhos eu voltaria a trabalhar e a deixaria na escolinha. No fim, veio a pandemia, a empresa que eu trabalhava acabou dispensando os funcionários, eu fiquei em casa. Eles dispensaram os funcionários e também não tinha escola para pôr a minha outra bebê. Foi um momento difícil, é uma adaptação de uma vida que você vivia e que não tinha nada a ver com que você passou a viver. Agora ela tem 2 anos. Ela nasceu tinha já alguns casos [de covid-19], mas fora do Brasil, foi em março que fechou para nós aqui, ela tinha 3 meses, então foi bem naquela transição que eu ia voltar [a trabalhar] para colocar ela na escolinha e fechou tudo. Não é fácil.

Colaboradora Carolina Maria: 33 anos, do lar, de religião católica. A idade gestacional ao momento do parto foi de 40 semanas sendo o parto normal ocorrido em novembro de 2021; possui cinco gravidezes anteriores, manteve acompanhamento do esposo no processo de pré-parto, parto e puerpério, estava em alojamento conjunto, gravidez risco habitual, não teve covid-19.

Tom vital: *A tranquilidade da gravidez, parto e puerpério.*

Narrativa: *“Eu fiquei em casa durante a minha gravidez inteira, meu marido saía para trabalhar, eu só fazia acompanhamento presencial no posto de saúde mesmo e ficava em casa e com a família. Foi tudo tranquilo no meu ponto de vista. [sobre o momento do parto] Eu acho que foi bem tranquilo. A gente tem medo no começo, não sabe como que vai ser o parto normal, mas é só na hora mesmo [para saber], então para mim foi tranquilo, foi tudo normal. Eu não senti muita diferença porque eu fiquei em casa. Nas outras gravidezes eu trabalhava, e nessa não, essa eu fiquei os*

nove meses em casa, então passou rapidão, não tem muito assim o que contar. [em relação ao período após o parto e amamentação] Está tranquilo. A diferença agora é que a gente não está recebendo visita, é só o acompanhante. A única coisa diferente assim. E as máscaras, né? Que não pode tirar do rosto. A amamentação está tranquila, dessa vez está tendo bastante leite, na outra vez eu não tive muito leite, o nenê está mamando bem no peito. Me mantenho tranquila, bem confortável.”

Colaboradora Conceição: 33 anos, trabalha como autônoma, é católica; idade gestacional no momento do parto de 38 semanas e meia, parto cesáreo ocorrido em novembro 2021 devido situação clínica da participante, tem duas gestações anteriores, gestação de risco habitual, mantendo alojamento conjunto, não manteve acompanhante, não teve diagnóstico de covid-19 durante gestação, e/ou parto e/ou puerpério.

Tom vital: *O que tinha para chorar eu chorei ontem, hoje eu não choro mais, hoje eu não quero chorar. Hoje eu agradeço.*

Narrativa: *Então até então eu não sabia que estava mais essa variante, agora estou mais preocupada do que eu já estava com o covid. Até em si por ele [se referindo ao filho recém-nascido] ser pequenininho, não tem imunidade, não tem nada ainda, então agora eu fiquei mais preocupada em si do que com o ocorrido [se referindo ao parto]. Porque em si—tomamos a vacina, então, entre aspas “a gente está imunizado”. Agora com essa outra aí estou meia ressabiada [se referindo à variante Ômicron]. [sobre o que a preocupa] Ai é perder meu filho, é o que eu penso, perder ele e mais duas [filhas] que eu tenho em casa, pelo que a doença faz, no estrago que ela pode causar. Perder eles, porque eles são os mais frágeis. [sobre os cuidados devido à pandemia]. Eu não saía de casa; eu só saía de casa para ir no médico e ir trabalhar, só. [sobre a vacina] Eu recebi uma acho que, ai menina, estava de cinco meses e outra no finalzinho agora, estava com 37 semanas, as duas doses, fechou [o esquema vacinal] pelo menos uma parte. Agora estou rezando para vir para as outras, as pequenas [se referindo às filhas]. O medo é da contaminação. Agora elas voltaram ir para escola. Tudo agora se agrava um pouco mais. Esse é o medo.*

[sobre a amamentação] Aqui está sendo maravilhoso porque tem as meninas que acompanham a gente, então está tudo ótimo, o bichinho mama que...aí oh, até desfalece. Então para mim está sendo bom, eu quero ver a hora que eu chegar em

casa, é só eu, ele e mais duas [filhas], meu marido trabalha o dia inteiro. Em casa quero ver o bicho pegar. Porque aqui a gente não faz nada. A gente é cuidada. E tem auxílio, agora em casa é diferente, em casa é a gente pela gente.

Não, não tenho nada de dificuldade, de nenhum deles [se referindo às filhas anteriores e atual] eu tive dificuldade para dar de mamar, graças a Deus. E o pós-operatório também não tenho que reclamar, tanto de um quanto de outro, não tenho. Fiz 2 cesáreas é um parto normal, então, não tenho do que reclamar. Nenhum parto é bom, mas não tenho do que reclamar.

[sobre o aspecto emocional] Ah sabe, o que tinha para chorar eu chorei ontem, hoje eu não choro mais, hoje eu não quero chorar. Hoje eu agradeço. Ele nasceu ontem. O que eu senti foi medo de perder ele. É que eu tive pré-eclâmpsia, deu descolamento de placenta, então fiquei com medo de perder ele. E quando eu voltei da anestesia eu não vi ele, então para mim foi bem assustador. Eu achei tinha perdido ele e eles não tinham me contado nada. O medo já estava na cabeça já, de ter perdido ele, então chorei tudo o que eu tinha para chorar ontem. A hora que eu vi ele, tudo se acalmou. Na hora que eu vi que eu acordei fui para sala era onze horas, hora que eu acordei já era três e quinze [da tarde]. Não lembro de nada, de nada.

[sobre essa experiência de parto] Uma nova mulher, em cada gestação foi uma nova P. que nasceu, isso baseado na vida, na vida que a gente traz ao mundo, que depende só da gente, não depende de mais ninguém. Somos só eu e ele, a criança, e mais ninguém. Só depende da gente. E é isso.

Colaboradora Hilda: 30 anos, trabalha como funcionária pública, de religião católica; idade gestacional no momento do parto foi de 39 semanas e 05 dias, parto ocorrido em novembro de 2021, tentou parto normal e finalizou com parto cesáreo, tem 03 gestações anteriores e 01 aborto, estava em alojamento conjunto, teve acompanhante (esposo) no pré-parto, parto e puerpério, gestação de risco habitual, não teve covid-19 na gestação, nem no parto nem no puerpério.

Tom vital: *Depois do parto cesáreo inesperado, a recuperação e o agradecimento.*

Narrativa: *Então, o que eu posso dizer, ainda mais que esse, como eu falei, que tipo de parto foi? Foram os dois, foi natural e foi cesárea. Eu comecei ter dor. Eu já tenho mais dois filhos, os dois foram partos naturais, só foram induzidos, então acabou que eu não conhecia esse início espontâneo do parto normal e no caso desse meu neném [se referindo ao filho recém-nascido] foi um início espontâneo, começou às*

dez [horas] da noite uma dorzinha, uma vontade de fazer xixi, a coisa foi evoluindo para as contrações, eu demorei um pouco para vir para a maternidade porque a gente sabe daquele período de dilatação. Quando eu vim era duas horas da manhã e eu não imaginava que já estava com 6 [centímetros] de dilatação. Fiquei feliz, falei “Opa, metade do caminho já foi”, é mais da metade dilatado. Passou-se mais umas, mais de cinco horas e não evoluía. Estouraram minha bolsa, evoluiu para 10 [centímetros] só que não ia. Tinha força, tinha dilatação. Até insisti para as meninas da enfermagem da equipe do hospital que me atenderam para elas chamarem um médico, para ver anestesia, só que teve mudança de lua, estava bem cheio [a maternidade] tinha várias cesáreas, vários [partos] normais e ela falou que “o médico não pode vir aqui”. Até o momento que ela viu que o batimento cardíaco dele [do feto] estava alterado e aí que teve que chamar e verificou que ele estava com o rostinho virado, estava em posição cefálica, mas com rosto virado, aí que não sairia mesmo. Eles me levaram tomar anestesia para tentar virar [o rostinho] com o fórceps, mas não adiantou. Deu outra anestesia para evoluir para cesárea. Daí deu certo, mesmo na cesárea deu trabalho porque ele já estava encaixado. E aí, doze, quatorze horas [de trabalho de parto]. Ele nasceu ontem, meio dia e quarenta e sete. Eu comecei ter dor às dez horas e pouco [da noite] em casa, vim para cá onze e cinquenta da manhã então foi um bom tempo, foi uma luta, mas ele veio de cesárea. Graças a Deus agora está tudo bem, perfeito, não tem nada, está tudo certo. Estamos com outro desafio que é a amamentação. Eu tenho um dos seios que é bico invertido, então já fez fissura, está machucando, mas faz parte do processo, dá tudo certo. E também para mim é novo a situação da cesárea que eu fiz. Quando ganhei os outros filhos foi parto natural então não tinha ponto [cirúrgico, sutura], você levanta, sobe da cama e está tudo certo. Agora tenho dificuldade, com bastante dor na barriga, dor nos pontos, então está sendo mais difícil para mim. É uma experiência bem nova, é bem nova. Eu nunca tinha passado por isso, fiz cesárea e nesse caso [atual parto] como eu brinquei, é os 2 [tipos de parto]. Eu cheguei a ficar em trabalho de parto, ter contração, cheguei a 10 [centímetros] de dilatação, ele chegou, desceu para sair, mas não ia sair mesmo [sobre a posição do feto], não teria como não ir para cesárea. Então foi tudo bem novo. Graças a Deus passou, deu certo, agora é nossa fase de recuperação. Eu já tive 2 partos normais então conheço um pouco do meu corpo, eu sei que dilata rápido, eu sei quando que quando o corpo pede para fazer força você vai fazer a força, o corpo manda, e ali eu

já tinha visto que não estava evoluindo, eu já tinha falado para as meninas [profissionais da equipe] elas também, é claro, leram muitas situações, nem sempre imaginam que o que você está falando é o indicado para você, porque nem todo mundo se conhece, sabe se é um medo da dor, então elas estão preparadas para isso. Eu insisti muito até que fosse atendida pelo médico para que tivesse anestesia [para conduzir a possibilidade do parto normal]. Então eu fiquei ali umas quatro horas só nesse período fazendo força, já tendo dilatação, já tentando e não ia. Eles só foram realmente me escutar quando mudou o batimento dele [do feto]. Não culpo eles, a equipe era muito boa, me apoiava me ajudava, mas estava muito cheio no dia, foi mudança de lua, então teve muito movimento. A equipe foi muito boa, mas eu senti que eu sofri nisso, que eu tive que insistir muito para poder evoluir ali e descobrir realmente que estava com o rostinho virado e daí não conseguiu virar; eles tentaram virar, tem umas técnicas, uso de fórceps, tudo, mas na hora que o médico viu que causaria sofrimento ele falou “não, não dá para fazer”, ele já voltou à posição que ele [o feto] estava, então “vamos iniciar a cesárea”. Daí inseriu mais anestesia porque a primeira que tinha sido aplicado foi fraca e era na tentativa de virar, de dar continuidade ao parto normal, não era uma quantidade suficiente, então quando falou que ia ser cesárea mesmo teve que colocar mais anestesia. Estou aqui com uma dorzinha nas costas bem onde foi anestesia. Como eu falei, é novo eu não sei reagir com essas situações. Já tem as situações do parto normal que eu conheço um pouco, questão da cólica na hora que vai dar mamar, que o amamentar ajuda o útero a voltar ao local e tudo mais, então tem isso e mais um pouco agora com essa cesárea. Mas tudo bem, tudo indo, agora ansiosa para chegar amanhã, eu sei que meu nenê tá todo saudável, tudo certinho para receber alta.

[sobre a pandemia no puerpério] Nesse momento, a gente já estava acostumado ao uso de máscara [de proteção facial], esses protocolos. Agora tem os afrouxamentos. Eu já vim preparada, trouxe minhas máscaras, também na recepção com pessoal [se protege]. Na verdade a gente se sente, já está acostumado, mas se sente bem seguro de ver toda equipe com zelo no álcool, com máscara [de proteção facial], e tudo, ainda mais sabendo que tem uma variante nova [se referindo à Ômicron], claro ainda não tem nenhum caso aqui mas é uma coisa que preocupa a gente. Quando eu fui recepcionada, antes do internamento eles fizeram o teste de covid, eles fizeram e deu negativo. Disseram “mesmo tendo um afrouxamento agora a gente faz”, até porque anteontem teve um ocorrido, uma gestante com covid e ela nem

sabia, às vezes o sintoma não descreve. Antes de fazer o internamento eles fazem um teste para assegurar. Fizeram teste rápido, deu negativo. Agora a gente está numa fase melhor [da pandemia], torcer para nossa vacina já existente ser eficaz contra a variante, e que nossas vidas continuem, porque a covid vai continuar aí, como qualquer outra doença, vai continuar no nosso dia a dia e vamos continuar com nossos cuidados.

[sobre o pós-parto, amamentação e alta] Ai é um alívio grande, mesmo tendo passado por essas situações que infelizmente foram necessárias, você fala “passou, pronto” agora é só a parte boa, só tem de melhorar, então, fico feliz, vai dar tudo certo.

Colaboradora Thays: 25 anos, do lar, religião evangélica; a idade gestacional no momento do parto foi de 39 semanas e 01 dia tendo o parto normal sido em dezembro de 2021, parto normal, sem gestações anteriores, com acompanhante (esposo/mãe/sogra) presente no pré-parto, parto e puerpério, em alojamento conjunto, gestação de risco habitual, não teve covid-19.

Tom vital: *“E hoje eu consegui ser mãe! A força que surgiu que eu não sabia que existia”.*

Narrativa: *O parto é difícil, é normal. Eu queria cesárea, eu achava que ia ser cesárea, iria doer menos, estava marcado para sexta-feira. Ontem começou contração de madrugada, na madrugada anterior, e foi o dia inteiro; começou a piorar, piorar, piorar e eu vim para o hospital e foi normal. Normal que não é normal. Foi muito difícil. Cuidaram muito bem, colocaram a gente num quarto sozinhos, em que eu podia ficar sem máscara, foi ótimo porque eu acho que eu não aguentaria ficar de máscara nesse momento, sufoca, ainda mais que parece vai morrer, então foi muito bom isso, eu me senti muito à vontade, muito bem acolhida, a doutora foi maravilhosa, as pessoas que me cuidaram até hoje de manhã para me ajudar dar banho. Foi ótimo e fácil não é. Na hora do parto a dor é imensa, a dor é... você acha que você vai morrer! É uma sensação que você fala “eu não vou aguentar, eu vou morrer” essa sensação que eu tinha. Eu falava que eu tenho depressão, síndrome do pânico e ansiedade então eu já sou uma pessoa muito ansiosa, eu não consigo ficar sozinha, eu tenho pânico de hospital; hospital para eu ficar eu fico muito nervosa, então está sendo muito difícil para mim passar por isso, mas eu estou firme e um pouco já estou conseguindo, não é? Depois de ter passado tudo que eu*

passei...assim, foi um pesadelo porque eu achei que eu ia morrer e que eu não ia aguentar que eu não ia conseguir tirar ela de mim, que eu não ia ter essa força, e consegui! É uma vitória, nossa, que vitória! Porque você acha que literalmente vai morrer, eu achei que eu ia morrer que eu não ia aguentar, eu já não tinha força nenhuma. Eu comecei na noite anterior [o trabalho de parto] acho que era meia noite eu comecei sentir contração; eu comecei a deitar de lado e a minha contração começou a piorar depois das três horas manhã, eu não dormi, fiquei andando, eu comecei a andar, comecei andar, e eu vim para o médico e já era 1 hora [da tarde], eu fui andar aqui pelo bairro porque o médico falou para mim que só internaria se eu tivesse com cinco [centímetros] de dilatação. Daí eu andei, e quando eu voltei já estava com cinco [centímetros de dilatação uterina], demorou para eu subir [do pronto socorro obstétrico para a sala do parto], quando eu subi, meu Deus! foi uma [contração] atrás da outra assim. Não [imaginava que ia entrar em parto natural], não porque eu fiquei com medo e não comi desde ontem de manhã; a minha última refeição eu fiz ontem oito horas da manhã. Eu fui comer nessa madrugada eu acho que era umas 4 horas da manhã, depois do parto, então na hora o parto não tinha força nenhuma, na hora que eu peguei ela [a bebê] eu não conseguia falar, eu já não conseguia falar. Eu estou com dor de garganta de tanto que eu gritei, porque a dor é tanta que eu gritava, eu uivava. Meu Deus é uma dor terrível que parece que a gente não vai aguentar, mas Deus faz tudo certinho e a gente aguenta. Parece que foi um pesadelo [risinho leve] eu falo que não parece que eu consegui, porque na minha cabeça eu não vou conseguir e eu tinha certeza de que não conseguiria, então para mim eu ainda estou em choque, eu estou em estado de choque porque eu olho para ela e falo: meu Deus! Ela saiu de mim! Eu consegui! Eu fui forte o bastante para ter ela! Então para mim, eu não tenho nem palavras, eu acho que eu estou em estado de choque mesmo, eu não consegui, eu estou meia boba ainda. E como eu estava muito cansada, sem dormir já há uma noite, então são duas noites sem dormir, agora que eu cochilei um pouquinho, então eu acho que agora que está caindo a ficha que é real, estou conseguindo. Eu tinha muito medo de não conseguir amamentar, porque eu fiz cirurgia no peito e hoje eu estou amamentando então as coisas podem surpreender a gente do jeito, uma maneira que a gente nem imagina. Nossa, nem imaginava. O meu doutor tinha certeza que não poderia amamentar e eu estou conseguindo. Porque eu fiz mamoplastia, eu tinha muito peito, o médico falou que eu tinha tirado muita

glândula mamária, eu fiz a cirurgia e o médico falou que eu não poderia ter leite, e eu estou tendo e eu estou muito feliz com isso, muito feliz em poder aumentar ela, que era o meu desejo, um desejo porque você fala: eu estou alimentando a minha filha, eu estou conseguindo amamentar ela, isso é uma coisa muito boa, você se sente assim mais, mais importante! Ah, é uma alegria imensa! Eu tinha muito medo da dor, eu tenho muito medo de dor, tenho medo de hospital, tenho muito medo de tudo, tudo eu tenho medo, então pra mim tudo está sendo muito feliz e tipo “meu Deus, sério que eu estou conseguindo? que eu estou passando por isso?” Eu estou assim... boba. Tudo muito novo, tudo. Eu olho para ela, não conseguia acreditar que ela é minha. Ela é linda! O meu pai não aceitou muito a minha gestação pelo fato de ser a pandemia, estar sem trabalhar. Bem quando eu descobri [a gestação] me mandaram embora, quando eu descobri que estava grávida, por causa da pandemia. Então ficou muito difícil, muito difícil. Meu marido é Uber [motorista de aplicativo], ficou muito difícil, mas a gente conseguiu. Eu me cuidei muito na gestação para não pegar corona, muito, muito, muito. Eu não saía com monte de gente, não me juntava, então eu acho que isso ajudou muito com que eu não pegasse, com que eu cuidasse dela, que eu tinha muito medo de pegar e fazer mal para ela, então eu fico tentando fazer tudo certinho, e tinha medo também de agora, como seria. Eu estou gostando do hospital porque a minha prima também teve bebê e assisti o parto dela [em outro hospital, nomeia-o] e lá eles não deixavam ficar nem um minuto sem máscara, a gente passando mal e tinha que ficar com a máscara. As pessoas foram grossas, a médica foi grossa, então foi experiência ruim que eu me assustava e aqui foi totalmente diferente. Eu vi que estão deixando eu respirar para poder ter esse momento com a minha filha. Mas fizeram o exame [de covid-19] e eu não tenho, fizeram o exame, então isso deixa a gente mais, mais seguro. Eu estou mais segura eu está tudo bem, está tudo sobre controle. Para mim que tenho pânico de hospital, principalmente, então por mim eu estou me sentindo mais segura. Eu não dormi a noite inteira porque meu marido estava junto, mas meu marido pegou no sono e eu ficava olhando para ela [a bebê] e o meu pânico é tanto que eu tenho medo que parece que alguém vai pegar ela a qualquer momento ou ela vai parar de respirar e eu não vou ver, eu fico do lado da porta do banheiro [o leito], e eu fico [se referindo ao pensamento que tem] “meu Deus do céu, a porta do banheiro fica aqui, e se alguém entrar ali pela outra porta? Meu Deus e se alguém entra pela outra porta e pega ela?”, então tudo dá medo, tudo, tudo [está

com a companhia da minha sogra, minha sogra]. Então liberaram ela, eu estou até feliz porque a minha mãe vem à noite, minha mãe só sai do trabalho às oito horas, e ela [a sogra] tem que fazer uma biópsia e tem que sair agora às quatro [horas da tarde] e o meu marido, graças a Deus a enfermeira deixou ele subir para mim não ficar sozinha. Quando troca [de acompanhante] não pode, se ela [a sogra] sair antes das oito [horas da noite], não pode subir ninguém, eu ia ficar sozinha até a hora da minha mãe chegar, eu estava com um pouco de medo, porque parece que no começo a gente não, não é tão confiante. É a primeira [filha] mas eu cuidei muito dos meus irmãos. Você cresce, você é mulher de verdade é isso que a gente se torna, você vê que é amor de verdade depois que você tem um filho. Eu me vejo ainda com pouco medo, parece que a qualquer momento vai acontecer mais alguma coisa, então é uma sensação muito ruim porque você sempre fica esperando uma coisa ruim. Eu falo assim: “Meu Deus, será que eu estou sendo ruim mesmo? Será que eu estou sendo... será que estou certa? Várias coisas questionando a gente mesmo. Eu me cobro eu mesma e ainda esse negócio... esse medo de acontecer qualquer coisa. E apareceu um rinzinho dela que está grandinho, isso está me preocupando também, então tudo, tudo se junta. [se sintetizasse ao que tem vivido seria] Loucura e amor. Loucura, porque, eu não sei porque eu estou falando loucura, mas até nas mensagens que eu mandei que as pessoas perguntaram do parto, eu falei que é muita loucura. Porque você acha que você não vai aguentar, você tem certeza, eu tinha certeza que ela não ia conseguir sair de mim, porque a dor era tanta, tanta, tanta eu quase desmaiei umas 3 vezes, meu marido me pegava mole. A doutora que me atendeu foi maravilhosa, ela deixou ficar apertando a mão dela, eu gritava, pedia socorro para ela, ela falava “eu vou te ajudar, eu estou aqui”. É muito louco. Porque ela [a médica] olhava para mim e falava “eu estou aqui, você vai conseguir” a doutora e meu marido falavam: “você vai conseguir”, meu marido falava, “vai amor, você é forte, você vai conseguir” e eu nunca imaginei que eu teria essa...essa força, porque eu me sinto tão fraca, tão perdida, tão frágil no meio de tanta coisa e hoje eu consegui ser mãe! A força que surgiu que eu não sabia que existia. Estou confortável e eu fico até me perguntando: será que está tudo bem, será que eu estou conseguindo ser mãe de verdade? Será que eu estou certa? Olha como é, essa doença é maldita. É minha cabeça mesmo, fico colocando minhoca na cabeça, colocando coisas erradas na cabeça. Não tem nada a ver, eu estou fazendo o máximo de mim, ela é minha vida então, mudou tudo. [falando com a

bebê: que você tá brava filha?] É muito louco, meu Deus! Você fica olhando e diz: como que isso saiu de mim? *[falando com a filha: O que é meu amor da mãe?].* É coisa de outro mundo. Perfeito! Perfeito. É muita coisa de Deus porque, não sei que tem gente que não consegue acreditar, porque se não fosse Deus, como que explica isso? Como explica que um ser perfeito saiu de dentro de você? A enfermeira que me atendeu, até isso era maravilhosa. Ela me ajudou a tomar banho, me ensinou certinho, que eu achava que tinha que pegar com esses dois dedos *[mostra o polegar e dedo médio]* e a gente tem que pegar com C, então isso me ajudou bastante *[se referindo à forma como usar os dedos para posicionar o seio para amamentação]*. Uma coisa foi que ontem eu fui no postinho e na hora que eu fui lá tinha duas meninas novas, acho que residente e eu sei que ajuda assim quando está aprendendo, só que quando você está com dor você não aguenta, você quer ver pessoas que você confia. Eu só queria, eu só queria...e elas duas em cima e eu só queria a minha doutora e a enfermeira que cuidou de mim desde o começo, fazia o pré-natal lá. Então também foi uma coisa que me pegou. E aqui ficou bem bonitinho porque eram duas *[profissionais durante o parto]*, não ficou muita gente porque na hora da tua dor tudo te incomoda, tudo, então foi muito bom que bom ter cuidado, fui muito bem cuidada.

Colaboradora Clarice: 29 anos, trabalha como bartender, crê em Deus, não tem religião específica; estava com 40 semanas gestacionais no momento do parto que ocorreu em novembro de 2021 e foi parto normal, gestação de risco habitual, tem histórico de um aborto prévio, manteve acompanhante (irmã ou namorado) no pré-parto, parto e puerpério, em alojamento conjunto, não teve diagnóstico para covid-19.

Tom vital: *Do susto da gravidez não planejada à descoberta da Esperança e do amor puro porque “Aí vem Deus e mostra que é diferente, que Ele pode tudo e que as coisas mudam completamente”.*

Narrativa: *É, não vou dizer para ti que foi uma gravidez planejada, não foi, levei um susto muito grande, porque nunca passou pela minha cabeça ter filho nem nada, ainda mais agora com a pandemia, com tudo que está acontecendo é muito complicado a gente pensar em colocar uma criança no mundo. Mas quando eu engravidei eu levei um susto muito, muito, muito grande, mas eu acredito que eu segui firme e forte porque, graças a Deus, eu não contrai nenhuma doença, me*

cuidei bastante, bastante, bastante mesmo para não acontecer nada comigo e com a nenê, fiquei bastante, bastante de resguardo. Tive no começo [da gestação] pouco de enjoo, mas depois passei forte o resto da gravidez sem problema nenhum, não tive nenhuma complicação, graças a Deus. Agora no pós que eu tinha te falado que foi um pouquinho difícil e tudo o mais até porque teve esse probleminha da pressão [referindo-se à pressão arterial que baixou], eu perdi bastante sangue, mas acredito que a recuperação está sendo boa porque até as próprias médicas falaram para mim que minha recuperação está boa, está tudo certo. É uma experiência muito diferente. Você vê o ser humaninho tão pequenininho que parece com você até no jeitinho assim. É diferente, é muito... é uma sensação... eu não sei te explicar, para ser bem sincera eu não sei te explicar, é uma sensação bem, bem diferente mesmo. Eu até fico emocionada [mareja os olhos] Eu nunca pensei que fosse sentir isso, sabe? Que falam que a gente acha que a gente sabe o que é amor de verdade, a gente só acha mesmo, depois que tem o ser humaninho que descobre como as coisas são diferentes. No parto como foi bem difícil achei que eu não fosse conseguir, que eu não fosse ter força, de verdade, altas vezes eu achei que eu não ia conseguir, mas acaba havendo uma força não sei de onde, não sei te dizer, uma força muito, muito, muito, muito, muito grande e aí vem... vem o ser humaninho. Mas não é fácil. Não vou te dizer que eu quero passar por isso de novo porque dói demais, demais, eu estaria sendo hipócrita se falasse que não. Mas é uma experiência única, de verdade acho que, não sei se você acredita em Deus, mas eu acredito bastante, e eu acho que é a forma Dele mostrar para a gente o que é amor de verdade. Talvez, eu acho que talvez quem seja mãe consiga entender próximo ao que Deus sente por nós. Então eu acredito que seja isso assim. Acredito que realmente seja um presente Dele para a gente e é uma sensação única. Não sei nem o como te descrever, de verdade, mas é uma sensação muito única e é isso. Eu estou gostando bastante de estar com ela agora. Não conseguia no começo imaginar nem o rostinho dela, não conseguia, aí hoje não tem nem como, não tem nem como, até o jeitinho meio brava dela, o narizinho também, as mãozinhas compridas e ela já nasceu até com geniozinho bravo, igual da mãe já. Mas é... é muito bom, muito bom. Única coisa que é ruim mesmo é só a preocupação por conta dessa pandemia e até agora que surgiu uma nova variante e tudo mais, isso de fato preocupa, preocupa bastante, desde o momento que você está no hospital porque pode acontecer alguma coisa, a partir do momento que você sai, então eu

penso bastante nisso. Me preocupa por ela ainda ser frágil, é muito frágil. Se eles já pegam alergia só do calor, do vento, tudo, é uma coisa que está no ar [se referindo ao novo coronavírus]. Então, a preocupação mesmo é por ser tão pequenininha e o medo de contrair [se referindo ao novo coronavírus]. Deus livre de acontecer alguma coisa! Esses seres humaninhos são tão indefesos, isso é o que mais acaba preocupando, mas tirando isso eu acredito que vai dar tudo certo, já está dando. A amamentação hoje que ela está conseguindo pegar melhor, ela ainda está diferenciando o que é apertar, o que é realmente sugar o leite. Dói, dói bastante porque fica sensível. Dói bastante, mas ao mesmo tempo que dói é gostoso ver que você está alimentando. Poder estar passando os nutrientes para ela, saber que é você! Que você tem o que ela precisa! Muito bom. A fonte de alimentação... já está procurando [fala enquanto observa a bebê procurar o seio materno]. Olha o que eu tenho para falar mesmo é que quem quiser ter [filho], quem realmente quiser vale a pena, vale muito a pena. Tirando a parte dessa pandemia é uma sensação muito única, é muito única, não...não tem como escrever só passando para realmente sentir. Como eu falei não era algo que eu planejava, porém hoje eu vi que eu precisava disso. Até porque ela veio no momento que eu tinha acabado de descobrir que eu estava com crise de ansiedade tudo mais. E ela, eu achei que eu não fosse dar conta e ela veio para mudar isso, para mostrar que eu estava errada e até mesmo ela me ajudou bastante com [interjeição de dor devido mamada], ela me ajudou bastante também com as minhas crises de ansiedade na gestação porque para as minhas crises de ansiedade estava tendo que tomar remédio. Eu fui descobrir elas realmente [as crises de ansiedade] porque como a psicóloga falou a gente acha que é muito forte, o corpo uma hora ele mostra, ele mostra algumas evidências e é o que estava acontecendo com meu corpo, meu corpo estava mostrando evidências e aí quando eu descobri que eu estava grávida, eu sabia também o que poderia afetar, a questão de estresse e tudo mais poderia afetar ela, então eu tentei ao máximo me controlar por conta dela mesmo. Então me ajudou muito, não tive mais crise, graças a Deus eu não tive mais crise, eu espero continuar sem ter, e por isso que eu falei que ela veio no momento certo. Às vezes a gente acha que “ai meu Deus, é o fim do mundo, vai acabar” [por engravidar], mas não. Que falam que Deus, Ele escreve correto por linhas tortas e é muito verdade isso! Muito, muito, muito verdade mesmo! Porque a partir do momento você tem uma vida na tua mão as coisas mudam, é diferente. A [chama a filha pelo nome]

significa Esperança e é o que significou para mim desde o momento que eu descobri que estava grávida, desde tudo como eu me senti, tudo que eu passei. No começo [da gestação] eu me isolei, eu não queria ver ninguém, não queria conversar com ninguém, foi muito difícil para mim no começo aceitar, até porque como eu te falei eu tive há 6 anos atrás um aborto e eu não queria passar por isso novamente, então foi bem difícil, bem difícil mesmo, mas em nenhum momento pensei em desistir, muito pelo contrário “vamos lá, vamos fazer acontecer”, o que eu vou fazer? O que eu posso fazer? Porque às vezes a gente acha que simplesmente acabou, que você não vai conseguir, mas aí vem Deus e mostra que é diferente, que Ele pode tudo e que as coisas mudam completamente. É todo um processo e o amadurecimento que vem também. A minha cabeça pelo menos mudou bastante, bastante, bastante, bastante mesmo! Agora a gente pensa 10 vezes as coisas. Antes a gente achava “ai, sou imbatível” agora a gente vê que não é. Porque querendo ou não você tem um ponto fraco e o ponto fraco é o ser humaninho que depende da gente. Espero ser pra ela tudo que [interrupção externa]. Porque você vai estar ensinando, você vai estar alimentando... é um ser humaninho que depende completamente, completamente. E pelo menos a minha expectativa é conseguir ser para ela o que eu não tive, poder passar para ela o que eu aprendi um dia passando na pele sem ela tem que passar, então isso já vai ser um grande desafio e eu espero sinceramente conseguir [está amamentando, refere que sente uma dorzinha e que é muito lindo, gostoso sentir que ela está se alimentando]. Basicamente é esta minha experiência.

Colaboradora Adélia: 32 aos, tem curso técnico em radiologia e trabalha como auxiliar de farmácia, de religião evangélica; teve parto normal em dezembro de 2021, com 40 semanas e 01 dia de idade gestacional, tem uma gestação anterior. O acompanhante não esteve presente no momento do parto pois aguardava trocar de roupa e o parto ocorreu nesse intervalo, está em alojamento conjunto com acompanhante (esposo), a gestação era de risco habitual, não teve covid-19 durante a gestação/parto/puerpério.

Tom vital: *A tranquilidade do puerpério durante a pandemia*

Narrativa: *Então, assim, não vi muita diferença, em questão de ser [pandemia], só do fato de visitas, não está tendo visitas, só o acompanhante, mais em relação a isso e uso de máscara. No mais para mim continua o mesmo, mesma experiência de*

quando tive meu primeiro filho, não achei diferente pelo fato de ser pandemia. Para mim está tranquilo. Como eu sou formada na área da saúde eu acompanho bastante noticiários e essa parte do covid que muita coisa é divulgada diferente daquilo que a gente vê pela mídia eu acompanho os dois lados, então eu não fiquei apreensiva. Tem mulheres que por causa do covid ficam muito apreensivas por causa do nenê, eu não, para mim é como se eu não estivesse passando por essa fase aqui no Brasil. Claro que tomava os cuidados de máscara, álcool em gel, isso sim, acho que já virou parte de higiene praticamente, mas sentimentalmente não me preocupei, a não ser com a vacina. Eu fiquei receosa de tomar a vacina do covid, porque eu vi bastante matéria fora, de que ainda não tinha estudo de efeitos colaterais, que a dosagem de alumínio eu não sei o que é superior; eu fui vendo alguns contextos que me deixaram bem apreensiva. Eu tomei a vacina mesmo depois do sétimo mês, porque minha médica falou assim: “-não, agora já está todo formadinho [o feto], ele só está pegando peso então agora é o ideal tomar”, Fiquei meio assim... e ainda recebi uma ligação por parte do posto de saúde perguntando por que eu não tinha tomado, eu me senti meio pressionada e acabei tomando. Mas eu mais [se referindo à ficar apreensiva] por parte da vacina do que do covid. Como eu tinha pego covid um mês antes de engravidar, os meus familiares todos já tinham pego, eu já tinha uma noção mais ou menos do que era. Claro que tem pessoas que eu conheço que pegaram mais de uma vez, que ficou pior na segunda vez, mas já tinha tomado a vacina, então não tem uma regra, por assim dizer. Para mim [sobre a vacina] eu fiquei esperando, esperando, esperando... quando eu já não tinha mais escapatória eu falei: “- não agora eu vou tomar”. Mas ainda tenho essa preocupação em relação à vacina do que com a doença. Tomei as duas doses, mas foi adiantado, eles adiantaram bastante a segunda dose. Mas em relação à pandemia eu achei que não [se referindo à não perceber grandes alterações] ... fora o fato de visita. Como eu cheguei aqui ganhando [referindo-se ao parto], eu cheguei aqui de 9 [centímetros] de dilatação [do colo uterino]. Eu ganhei ele sozinha no banheiro; quando entrei para o chuveiro porque eu acho que acharam que demoraria um pouquinho, mas eu ganhei ele sozinha, quando eu gritei para elas virem ele já tinha saído, então eu nem me atentei se estavam paramentados ou não, mas se eu não me engano estavam todas. Eu não sabia nem dizer quantos anos eu tinha quando ela me perguntou, porque foi tipo um susto mesmo, mas creio sim, quando eu entrei elas estavam todas de máscara e de avental.

[sobre a amamentação] Normal, normal. Como eu já amamentei meu primeiro filho então dessa vez eu só estou um pouco assim [como que pensativa] porque ele está mamando bastante, até acostumar. Mas está tranquilo, não sofri da primeira vez, não sofri agora. Ele é bem bonzinho também. Eu acho que eu sofri muito mais a gravidez do meu primeiro filho [se referindo ao trabalho durante a gestação]. Eu fui afastada pelo governo depois eu comecei fazer trabalho remoto, até sexta-feira, praticamente a gravidez toda, apesar de na minha área não ter muito o que fazer remotamente, mas eles conseguiram arrumar um jeitinho para fazer alguma coisa de casa, para não ficar sem ter o que fazer,

[sobre a presença do acompanhante] Na verdade da primeira vez que eu ganhei nenê o meu marido não podia pousar no hospital, então ele passou durante o dia e à noite os homens não podiam [permanecer]. Aqui eu achei interessante, aqui pode, então desde que ele entrou comigo ele foi para casa, tomou banho e voltou. E ajuda bastante, querendo ou não você saber que você pode ter alguém para olhar [o bebê], principalmente. Não é nem tanto ajudar na parte prática ali, porque é homem, não tem muito [o que fazer] o que é meu é meu, mas eu digo assim de olhar para você pode ir tomar banho, de olhar para você ir no banheiro, para pode comer, ajuda bastante. Eu achei bacana o atendimento do hospital, pelo fato de estarem servindo alimentação para acompanhante também que eu não tive isso na minha primeira gestação, no outro hospital não tinha. O fato que elas acabaram de limpar o quarto, higienizaram tudo, lavaram maca, desmontaram tudo, eu achei bem bacana. Porque às você observando acha que é só por cima [a limpeza]. Eu não sei se é por causa da pandemia também que seja isso, que elas estavam passando quiboa em tudo, desmontando até as grades da maca, higienizando tudo, achei bem bacana. Elas tinham acabado de limpar tudo, porque estão as camas vazias, elas desmontaram toda a parte estrutural da cama, lavaram, lavou de jogar água, eu achei bem bacana principalmente por causa disso, porque nós estamos nessa pandemia, não só o coronavírus, mas outras doenças. Achei bem legal.

Colaboradora Cora: 34 anos, agricultora, de religião evangélica luterana; teve parto normal em dezembro de 2021, com 37 semanas e 06 dias de idade gestacional, primeira gestação e de alto risco. Teve acompanhamento de um familiar em todos os momentos, está em alojamento conjunto, não teve covid-19 durante a gestação/parto/puerpério.

Tom vital: *“O importante é que estou bem, achei realmente que seria muito mais complicado”*

Narrativa: *Bom, é preocupante, porque quanto a ser uma gestação de risco e o covid é mais um fator de risco. A gente se cuidou bastante e como eu sou de uma cidade menor e vim para cá, no meio de tanta gente, é preocupante, mas nada que um bom cuidado não ajuda né? Por mais que não sabe de onde pode pegar, mas todo cuidado é necessário. Durante o parto não imaginei que seria tão complicado, muita dor, mas uma equipe excelente, que ajudou muito, pessoas maravilhosas realmente. E sobre questão de deixar a família ficou todo mundo lá [se referindo à cidade natal], vim sozinha para cá, mas também cada um tem o seu serviço, a mãe, uma falaram por ela ter 65 anos não podia ficar junto como acompanhante, e ela tem avó para cuidar, também é um fator de risco; a vó já tem 84 [anos] e meu marido tem o serviço da agricultura que não dá pra largar. Mas assim, fé em Deus que tudo vai dar certo, e deu também. [sobre o pós-parto com o filho] Ai, é um momento único né? Alegria imensa! Tanto que por virtude do meu problema os médicos sempre falavam que eu não era para engravidar, e função da minha idade ele [o médico que a acompanha] falou assim: “-Oh, existe a possibilidade, mas tem riscos e se tu quiser está na hora, por causa da idade”. Falei: “-Ah, vou tentar”. Eu sempre gostei de criança. Tentei, deu certo. Está mamando bem, não tenho fissura nada, está indo bem, ele mama bastante. Mama e dorme. [sobre a presença de acompanhante] Ah isso depende do psicológico de cada pessoa né? Eu já me preparei para isso e eu sabia que ia ser assim. Mas hoje em dia, com tanta tecnologia, isso é praticamente como se estivesse presente. Claro que para ele [se referindo ao esposo] também é difícil, pense, primeiro filho, quis tanto quanto eu, não poder estar junto é uma dificuldade, mas, nada que daqui uns dias não [resolva] ele vem ver. Ah, não sou muito de falar (riso suave). Ah, o importante é que estou bem, achei realmente que seria muito mais complicado e, ai graças a Deus [se referindo à que tudo correu bem no parto e pós-parto].*

Colaboradora Aline: 28 anos, é contadora, de religião Espírita; a idade gestacional no momento do parto foi de 41 semanas, o parto cesáreo ocorreu devido falha de indução, no mês de dezembro de 2021; teve uma gestação anterior à essa, manteve esposo como acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto, em alojamento

conjunto, gestação não era de risco, não teve diagnóstico para covid-19 durante gestação e/ou parto.

Tom vital: *“O que eu podia eu fiz”*: daquilo que foi: a gestação e o parto, àquilo que virá: a amamentação e o retorno à casa com o segundo filho.

Narrativa: *Para mim foi um pouco complicado. Eu achei que ia ser um pouco mais fácil aqui em Curitiba. Eu peguei um médico no postinho que, sinceramente, eu fico assustada por uma cidade desse tamanho, Curitiba, muita gente conhecer ele por uma forma não tão boa, então já começou de lá, já não foi muito lá aquela coisa boa de ter, porém aqui no hospital, sempre, todas às vezes que eu precisei vir aqui eu fui muito bem atendida, o pessoal me atendeu muito bem, então isso já traz um pouco mais de conforto para a gente. Vim algumas vezes [para o hospital] porque como em meio pandemia, eu comecei a ir nas consultas do postinho mesmo em agosto só, que liberaram, mas eu dei entrada no pré-natal em maio. Eu fui em uma consulta com a enfermeira que eu dei entrada no pré-natal, ela pediu todos os exames de primeiro trimestre e falou que se eu tivesse qualquer intercorrência era para ir para a maternidade porque não tinha consulta com o obstetra. Eu comecei a ter consulta com o obstetra só em agosto, então nesse meio tempo era só para que se acontecesse alguma coisa, era para eu ir para a maternidade, tanto que a minha maternidade de referência não era aqui, era a Mater Dei [outra maternidade em Curitiba]. E uma vez em que eu precisei ir à maternidade, eu não fui muito bem atendida, aí eu falei: “-Não, isso eu não vou manter”. Aí eu cheguei no postinho e pedi para trocar, eles me colocaram na Victor [se referindo à maternidade Victor Ferreira do Amaral, em Curitiba] mas a Victor está fechada, então é aqui. Mas eu vim algumas vezes e todas as vezes em que eu vim aqui eu sempre fui muito bem atendida, todo mundo, os médicos também me tiraram todas as dúvidas, foi realmente um atendimento muito bem humanizado, que eu digo. Tanto que eu tinha pedido de laqueadura para fazer ontem na cesárea só que o médico não fez porque primeiro, foi um rolo também isso, porque o meu obstetra do postinho não quis conversar comigo sobre isso, ele foi muito taxativo; eu falei assim: “-Doutor, eu tenho interesse de fazer”. Ele: “-Não, a gente só vai conversar sobre isso quando seu filho tiver 6 meses. Só que eu sei que não é assim; a lei diz 25 anos e barra ou [e/ou] 2 filhos vivos; esse “e barra ou” da interpretação do médico dá para ele fazer essa interpretação. Antigamente era só “e”, hoje tem um “ou”, eu estava indo pelo “ou” porque eu tenho 28 anos e eu estava grávida do meu segundo filho. Mas ele foi*

muito bem taxativo, falou assim: -Não vamos falar sobre isso. Eu dei meus pulos e consegui o pedido da laqueadura. Só que por conta da data e por ter sido muito em cima da hora eu não passei pelo comitê de ética aqui do HC, o qual também não me informaram que eu precisava ter passado, eles falaram que a solicitação era só apresentar para o plantonista do dia da cesárea que ele ia tomar sua decisão. Eu cheguei no plantonista ele falou: “-Não, eu preciso de toda a outra documentação”. E a gente não fez por conta disso. Foi outra parte chata também porque, como eu falei, foi muito complicado, eu descobri que ser gestante não é para mim. Gestei meus filhos, estão ótimos, amo eles, mas não quero passar por esse processo de novo. Na primeira gestação eu tive um pré, é... como que é? De depressão pós-parto. Eu falo que foi sorte o que aconteceu comigo porque eu tive mastite, eu tive abscesso, eu tive que ficar uma semana internada no hospital sem o meu filho, o que me deu vontade de ficar com meu filho, porque eu já estava num ponto que eu estava cansada, que eu não queria mais. Então antes de me dar a depressão pós-parto [o fato de ficar distante do filho] ainda me salvou. Então eu descobri que esse negócio de ficar grávida não é para mim. Eu já queria ter evitado isso e aconteceu... não deu... agora eu vou ter que passar por outro procedimento cirúrgico para fazer laqueadura, de novo, e ter que correr atrás disso sendo que eu estava ali, podia ter resolvido isso. Acho que essa parte de encontro de informações devia ser pelo menos um pouco mais fácil; eu sei que é complicado principalmente [num hospital] desse tamanho, mas deveria ter esses quesitos básicos. Eu não sou a única, eu não sou a primeira, eu acho que as pessoas deveriam estar informadas de qual é o procedimento certinho mesmo para fazer, até mesmo porque ontem eu estava dando entrada [no hospital] tinha uma moça de 40 anos que ela pediu cesárea com 39 semanas [gestacionais] que ela não aguentava mais ficar grávida, só que ela já tinha pedido de laqueadura e ela estava indo para fazer [o procedimento]. O dela fizeram, porque que o meu não? Eu não sou a primeira, eu sou a única, podia ter feito. Mas tirando isso, está tudo bem, tudo tranquilo, o atendimento da pessoa... me explicaram, perguntam se eu tenho dúvidas várias pessoas, em vários momentos, eu acho isso muito importante, esse lado humanizado das pessoas, eles se preocupam com você. Acho que na saúde a gente tem que ter isso porque a gente trabalha com pessoas, a gente não trabalha com coisas; eu nem falo animal porque eu acho que animal tem que ser tratado melhor que pessoa, mas a gente não trabalha com coisas, a gente trabalha com pessoa. Eu digo porque eu tenho uma

clínica de medicina ocupacional, então eu também preciso trabalhar com pessoas, eu preciso fazer isso, por mais que medicina ocupacional é uma coisa rasa em questão de humanidade, mas eu ainda preciso ter. Eu trabalho muito mais para a empresa do que para a pessoa, e eu ainda preciso ter essa parte [humanizada] então eu acho que isso é importante, e aqui eles me proporcionaram isso. [sobre como se sente no puerpério] Fisicamente dói, dói. A cesárea está incomodando mais do que a primeira [se referindo à primeira gestação], mas eu acho que isso, de todas as pessoas que eu perguntei se realmente é normal, falaram que é. A segunda dói mais que a primeira mesmo, acho que você corta muita coisa de novo, você mutila muito seu corpo de novo, então ele sente mais. A questão emocional, é confusa... eu falo que a minha ficha só vai cair a hora que eu chegar em casa com o pequenininho e o outro [filho] lá, esperando. Eu acho que isso é o que está pegando mais em mim, eu saber como que o meu filho mais velho, que tem 1 ano e 4 meses, vai reagir ao irmãozinho mais novo, porque ele não entende que eu estava grávida, ele não sabe que ele vai ganhar um irmão amanhã. Eu estou ansiosa para chegar em casa e ver isso. Eu acho que a minha ficha ainda não caiu, que eu estou com um filho pequeno de novo em casa, acho que só vai cair a hora que eu chegar em casa [mareja os olhos de lágrimas]. É a ansiedade, a ansiedade de ver como que eles vão reagir, um ao outro. Porque, assim, o meu marido perdeu o pai muito cedo; ele é um excelente pai, um excelente pai, eu não posso pensar em reclamar disso dele. Eu falo que seu quiser deixar, se eu precisar largar os dois hoje em casa [o filho mais velho e o marido], sem um pingão de dúvida porque eu sei que ele vai dar conta. Então eu acho que conseguir dar isso para ele, conseguir fazer o sonho dele virar realidade simplesmente por ter um filho é muito bom para mim, isso me deixa feliz. É isso, acho que é por isso que eu me emociono bastante. Ainda mais o sonho dele que ele queria ter um filho homem e eu consegui fazer os dois, então é muito gostoso. Eu vejo a felicidade dentro da minha casa e eu fico feliz com isso. Me realizei como mãe, porque eu também queria ter filhos, consegui realizar o meu marido, o sonho dele de ser pai de um homem. Mas também descobri que esse negócio de ficar grávida não é para mim, eu já fiz muito e está tudo certo, ele concorda comigo, ele também vai fazer vasectomia para a gente não correr o risco de ficar grávida de novo, que a gente não quer mesmo, mas não é uma questão de ter filhos, a gente fala que a gente não quer ficar grávidos de novo, porque a gente fala se a gente quiser outro filho ano que vem adotamos, não temos problema nenhum com isso, a

gente não vai ficar grávidos, vimos que isso não é para nós. [sobre a amamentação] Minha amamentação está sendo um pouquinho complicada e um pouquinho indefinida também, porque na primeira gestação eu tive mastite, eu tive que drenar abcesso, fiquei uma semana internada, eu tenho uma cicatriz na mama e até agora eu não consegui produzir leite nessa mama onde drenaram o abcesso. Na direita está tudo lindo, muito bem, ele está mamando, tanto que nem o bico rachou, estou até achando estranho que está até bonito de ver, agora onde eu tive o abcesso o bico já rachou porque a gente está tentando pôr ele para estimular também, para ver se produz leite, aí o bico já rachou até agora nada porque está dando pouco mais de 12 horas do parto e agora nada; a gente vai ficar nessa indecisão mesmo porque nas primeiras 24 horas que se define alguma coisa, então a gente não sabe se eu vou conseguir continuar amamentando ou não. A gente está tentando fazer isso. Isso é uma coisa muito complicada também, mas eu já falei que para mim, se eu não conseguir... eu já vi meu filho mamou 2 semanas só, o primeiro, e depois ele foi para o NAN (fórmula de leite infantil em pó) e até hoje ele toma NAN, ele está bem, está ótimo, teve um episódio de doença em um ano e quatro meses, ele não pegou uma gripe, nada, ele teve um episódio de roséola que é uma coisa que na idade dele é muito difícil de não ter, então ele cresceu bem, não precisa de mim, entre aspas. O que eu podia eu fiz e ele se virou muito bem, então também não estou preocupada com isso, se eu precisar interromper. Hoje não tem aquela coisa de que "ah tem que mamar no peito da mãe" não, de forma alguma; tecnologia está lá em cima também; meu filho cresceu bem, está bem até hoje, inclusive já daqui dois meses é para até tirar o leite dele, que ele não precisa mais, ele come bem, então não estou nenhum pouco preocupada se eu precisar interromper a lactação desse também, eu não estou com medo como eu tive da primeira vez que eu achava que ele era muito novo para parar de mamar, porque a gente tem essa coisa na cabeça de todo mundo fala "ah tem que mamar, tem que mamar", não cara, não tem... essa é a realidade. O filho precisa da mãe para nascer, o resto não precisa mais. Isso é uma triste realidade para a mãe. O filho precisa da mãe para nascer depois tudo é substituível, mas eu não estou preocupada, se eu precisar fazer eu sei que ele vai sair bem. Os dois [filhos] eu tive durante a pandemia, eu não tenho como comparar, mas eu acredito que as pessoas, ao mesmo tempo em que elas estão mais próximas das pessoas, elas estão um pouco mais distantes também, eu acho que elas estão cansadas desse negócio de máscara, distanciamento, de você não poder

levar o seu acompanhante com você, esse monte de coisa sabe? tipo, ele [marido e acompanhante] tem que comer em outro lugar, ele não pode ficar aqui comigo o tempo todo efetivamente, tem que fazer refeições dele no refeitório, então eu acho que, não sei se é por conta da pandemia ou se já era assim, mas isso é uma coisa que ao mesmo tempo que as pessoas estão mais próximas umas das outras, com esse lado humanizado, viu tanta gente morrer, foi uma coisa complicada. Cara, quando foi a última pandemia que a gente teve no mundo? Quem está vivo ainda para contar sobre como foi? Nem sei. Mas acredito que não tenha muitas. Eu acho que pegou bastante gente de surpresa [no início da pandemia] mas agora as pessoas já estão cansadas também, então isso traz um estresse junto com o fato de você tem que ficar de máscara, você tem que seguir um monte de protocolo que, sinceramente, a gente sabe que já não funciona tanto. Quem está trocando de máscara a cada duas horas? Quem está fazendo isso? É bem complicado, mas eu acho que, não sei... por ter trazido esse lado mais humanizado, ajudou. Sobre visita, particularmente, por conta da covid estão proibidas, eu achei isso ótimo, porque é um momento em que a mãe e o pai não precisam de um monte de gente em cima, as pessoas não entendem isso, particularmente eu estou achando ótimo que não pode ter visita. Várias pessoas já me perguntaram se podia vir aqui visitar, eu falei “-Não, não pode, está proibido”, graças a Deus. É uma coisa que, cara, é igual quando ligam, porque as minhas duas gestações uma foi com 42 semanas outra com 41, toda semana tem um perguntando: “-Ah e aí, não vai nascer?” “-Não, não vai” e não é você perguntando que vai acelerar o negócio aqui. Tipo as pessoas perdem um pouco da noção quando elas falam com uma gestante. Então, por outro eu estou gostando de que não possa ter visita. É um momento de recuperação, é um momento de você dar atenção para um ser que está 100% dependente ali, que ele não consegue fazer nada sozinho, ele precisa da atenção de outro ser humano vinte e quatro horas em cima dele, então ou é você ou é o pai ou é uma pessoa, e essa pessoa vai ficar cansada, ela vai ter que entrar numa rotina, ela vai ter descobertas para fazer. Embora já tenha tido filho, nenhuma gestação é igual a outra, nenhum filho é igual ao outro, então é bem diferente, não é o momento de ficar com um monte de gente em cima, perguntando, questionando, dando pitaco. Uma mãe sabe o que faz bem o que não faz para um filho, ela sabe e ela não precisa de alguém falando: “-Ai porque eu fiz assim”... que bom, você fez, eu não quero fazer. Então eu acho que essa parte da restritiva da covid está sendo ótima. A

responsabilidade que entra é muito grande e se você não entende isso você não está pronta para ser mãe ou pai; eu penso assim, porque botar filho no mundo é muito fácil, agora criar, entender o que você fez, toda a responsabilidade desse ato é muito diferente, porque é alguém, vai se transformar em alguém que vai ter uma personalidade, ele vai ter um caráter, então quem que você quer que fique nesse mundo? Você quer alguém decente, você quer um bandido, você quer deixar o quê para esse mundo? E são as escolhas que a gente faz. Se você não entende que você colocou uma pessoa no mundo que você precisa transformar esse... essa coisinha que saiu de dentro de você em alguém que possa fazer uma pesquisa, que possa transformar alguma ideia em alguma coisa, que possa realizar algo por alguém ou por outras coisas também, você não é mãe, você é uma parideira, você só veio para pôr filho no mundo, você não está preocupada com o que que você vai deixar para trás e uma hora você vai morrer, e o reflexo disso? De toda uma vida que você teve? Que que é? Tem gente que tem que entender isso.

Não é interesse da História Oral contestar o relato, a narrativa (NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO CULTURAL LADEÍSSE SILVEIRA, 2020), sendo relevante alinhar as entrevistas de modo que seja possível sua análise (MEIHY; HOLANDA, 2017). Assim, a partir das inúmeras leituras das entrevistas, seguindo as fases da História Oral, identificaram-se pontos de convergência, temas comuns que se apresentam como Temas Relevantes, e que revelam, transversalmente, a experiência de pós-parto das participantes durante a pandemia de covid-19. Os temas foram *“Maternar num contexto de risco”* que traz a contaminação pelo vírus, a vacinação e as alterações nas rotinas e fluxos da maternidade no contexto da pandemia como aspectos que causaram preocupação; *“Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno”* que aborda a experiência de aleitamento materno e o valor que as participantes atribuem à esta prática, colocando-se como nascente única de alimento; *“Conseguir: verbo transitivo direto e indireto”* em que as participantes trouxeram sobre o poder de parturição e a implicância que isso teve para suas vidas; e *“Nuances do cuidado”* que versa sobre os aspectos do modelo assistencial presentes na história participantes;

7 DISCUSSÃO

Nesta seção, os resultados são apresentados de forma discursiva-reflexiva e em contraste com a literatura. Assim, inicia-se com a caracterização das participantes e posteriormente com os temas relevantes em si, sendo que a discussão foi realizada sempre que possível à luz dos paradigmas de assistência ao parto propostos por Davis-Floyd.

7.1 CARACTERÍSTICAS DAS COLABORADORAS

Como apresentado, a idade⁵ esteve entre 25 a 29 anos para quatro participantes, e de 30 a 34 anos para cinco participantes. Em Curitiba, no ano de 2020, os maiores registros de nascidos vivos foram na faixa etária materna de 30 a 34 anos com 5.073, seguido de 4.706 na faixa de 25 a 29 anos e de 4.010 na linha de 20 a 24 anos (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2022).

Embora em linhas de corte diferentes e em período fora da pandemia, o que consta em um estudo transversal realizado pela análise de prontuários de mulheres que tiveram parto via vaginal em Londrina, no Paraná, são resultados que se aproximam aos de Curitiba e aos encontrados em nossa pesquisa, pois dos 344 analisados, 250 (72,6%) registravam a faixa etária das mulheres entre 20 a 34 anos e 65 deles (19,8%) entre 15 a 19 anos (WIELGANCZUK et al., 2019).

Quanto a faixa etária, a avaliação brasileira nacional de dois programas de melhoria da atenção ao parto e nascimento (Rede Cegonha e Parto Adequado) identificou como faixa predominante a de 20 a 34 anos tanto no setor público (67,9%) quanto privado (63,9%), embora em comparação à estudo anterior de 2012 (Nascer no Brasil) a faixa acima de 35 anos tenha aumentado (LEAL et al., 2019). Esses dados divergem daqueles do DATASUS nacional que em 2020 registrou, na faixa etária materna de 20 a 24 anos, o maior número de nascidos vivos (670.389), seguido da faixa de 25 a 29 anos (657.405) e de 30 a 34 anos (569.316) (DATASUS, 2022). Na perspectiva europeia, evidenciou-se que maior parte das participantes de uma pesquisa, 88.5%, tinham entre 25 e 39 anos (LAZZERINI et al. 2022). Em

⁵ Segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018): 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44.

Portugal teve-se como faixa etária predominante de 30 a 39 anos (65%), seguido de 20 a 29 anos com 22% (APDMGP, 2019).

Em relação à característica profissional das Colaboradoras, a mais presente foi “do lar” (Colaboradoras Lygia, Carolina Maria e Thays) atividade que, majoritariamente, não recebe remuneração nem, em muitas vezes, reconhecimento como atividade. Das demais participantes, foram relatadas profissões, funcionária pública, autônoma, bartender, auxiliar de farmácia agricultora e contadora. Historicamente a mulher foi se (re)apropriando do mercado de trabalho formal e remunerado e contribuindo para não só geração de renda no domicílio, como também retomando sua emancipação financeira (FEDERICI, 2004).

Ainda relacionado a ocupação, registros de outras pesquisas constam que 63,1% (217) das participantes não tinham trabalho remunerado (WIELGANCZUK *et al.*, 2019) e que a ocupação do lar foi a realidade em 49,5% da população estudada (RITTER, GONÇALVES E GOUVEIA, 2020). Foi observado um crescimento de 14% das mulheres no mercado de trabalho no período de 2007 a 2019 e 10% das mulheres mantiveram-se como maior fonte de renda do domicílio (CESAR; MENDOZA-SASSI; MARMITT, 2021).

Se tratando do período pandêmico, em alguns relatos foram citadas mudanças diretamente relacionadas ao período, com a demissão do emprego e alteração da rotina de trabalho para o regime remoto:

[...] Eu passei mais em casa, que eu não estava trabalhando, passei mais em casa com a outra filha e durante a gravidez. Com a outra filha [a mais velha] tinha toda uma programação de quando ela nascesse e fizesse quatro mesinhos eu voltaria a trabalhar e a deixaria na escolinha. No fim, veio a pandemia, a empresa que eu trabalhava acabou dispensando os funcionários, eu fiquei em casa. Eles dispensaram os funcionários e também não tinha escola para pôr a minha outra bebê [...]. (COLABORADORA Lygia)

[...] O meu pai não aceitou muito a minha gestação pelo fato de ser a pandemia, estar sem trabalhar. Bem quando eu descobri [a gestação] me mandaram embora, quando eu descobri que estava grávida, por causa da pandemia. Então ficou muito difícil, muito difícil. Meu marido é Uber [motorista de aplicativo], ficou muito difícil, mas a gente conseguiu [...]. (COLABORADORA Thays)

[...] Eu fui afastada pelo governo depois eu comecei fazer trabalho remoto, até sexta-feira, praticamente a gravidez toda, apesar de na minha área não ter muito o que fazer remotamente, mas eles conseguiram arrumar um jeitinho para fazer alguma coisa de casa, para não ficar sem ter o que fazer [...]. (COLABORADORA Adélia)

Durante a pandemia em vários países de alta renda as mulheres eram mais propensas a ficarem desempregadas e ficaram, de fato, desempregadas em maior número e mais rapidamente em relação aos homens; as mulheres mães que mantinham seus empregos tinham ainda associado um aumento das demandas dos cuidados infantis (KOTLAR et al., 2021).

O cerceamento do direito trabalhista da mulher que está gestante pode ser constatado na narrativa da Colaboradora Thays, demitida do emprego quando descobriu que estava grávida e devido à pandemia. No Brasil, na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) artigo nº 391 consta que contrair matrimônio e a gravidez não consistem em causas para que seja rescindido o contrato de trabalho e, segundo o Parágrafo Único, nem que é permitida restrição ao direito do emprego por esses motivos. Ainda o artigo nº 391-A versa que se no decorrer do trabalho, mesmo que no aviso prévio, tenha ocorrido a confirmação da gravidez, isso gera para a trabalhadora uma estabilidade provisória (BRASIL, 1943).

No mesmo aspecto do vínculo empregatício a Colaboradora Adélia relatou a mudança para o regime remoto. No contexto da pandemia, como medida sanitária, teve-se como alternativa ao trabalho presencial o regime domiciliar, condição disposta na Lei 14.311 de 09 de março de 2022 que trata do afastamento da trabalhadora gestante e não imunizada contra o SARS-CoV-2 de seu emprego presencial, ficando disponível para desempenhar as atividades em seu domicílio por meio de regime de teletrabalho, trabalho remoto ou outra forma que seja à distância, sem que haja dano em sua remuneração (BRASIL, 2022).

Durante a coleta das entrevistas notou-se no semblante e no tom de voz das colaboradoras que passaram pela demissão, que esta lhes causou preocupação pela questão financeira associada “Então ficou muito difícil, muito difícil. Meu marido é Uber [motorista de aplicativo], ficou muito difícil, mas a gente conseguiu” (Colaboradora Thays), e pela organização da vida, nos favorecendo pensar que a gestação, como acontecimento da vida, representa mudanças para cada mulher e no núcleo familiar.

Com a outra filha [a mais velha] tinha toda uma programação de quando ela nascesse e fizesse quatro mesinhos eu voltaria a trabalhar e a deixaria na escolinha. No fim, veio a pandemia, a empresa que eu trabalhava acabou dispensando os funcionários, eu fiquei em casa.” (COLABORADORA Lygia)

Além da questão da remuneração, a dificuldade na rede de apoio se apresentou no relato da Colaboradora Lygia, vez que a participante contava com auxílio da escola para acolher a filha mais velha. Todavia, diante das medidas tomadas para contenção da disseminação do vírus a escola alternou seu regime de ensino para o remoto. Assim, o cuidado da filha e a dispensa do trabalho se apresentaram como uma nova realidade para a Colaboradora que se via gestando a filha mais nova. A carga do trabalho doméstico aumentou com o fechamento de creches e escolas e gerou estresse e desestabilização para os cuidadores, principalmente as mulheres, que muitas vezes oneram sobre si as obrigações relativas aos cuidados dos filhos (KOTLAR et al., 2021).

Em história oral tão importante quanto o que se lembra, é o que se esquece (NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO CULTURAL LADEÍSSE SILVEIRA, 2020). Sobre o dito e não dito nas entrevistas é coerente pensar sobre a proximidade existente entre o motivo da demissão, trazido pelas Colaboradoras Lygia e Thays como “devido à pandemia”, e o não dito ‘por causa da gravidez’. Tal reflexão aqui cabe pensando na mobilização de recursos psicológicos que invocaram ao não dizerem ter sido a gestação um dos motivos da demissão e refletindo também que a gravidez força o rompimento da fronteira entre o âmbito profissional e de vida (DAVIS-FLOYD, 2017) impondo uma nova reorganização de vida para a mulher.

Como consta no caderno de campo, as Colaboradoras Lygia, Thays, Clarice e Aline não planejavam a gravidez e as Colaboradoras Lygia e Thays, relacionaram a demissão à pandemia. Diante disso, infere-se se terá sido um meio de proteção ante uma responsabilização pelo não planejamento gestacional que culminou na demissão. Pois que no mundo contemporâneo é preciso algo como agendar quando se vai engravidar para ajustar a gestação às rotinas de vida, especialmente o trabalho feminino remunerado, fora do ambiente domiciliar, considerando o “policiamento da função reprodutora feminina” (FEDERICI, 2004, p. 28).

Ao longo da história, desapropriação da reprodução do domínio da mulher e alienação do trabalho, no que ela cita como divisão sexual do trabalho. A mulher passou a ser definida por papéis como mãe, esposa, filha, viúva escondendo o seu papel como trabalhadora (FEDERICI, 2004). Neste percurso, as mulheres foram afastadas do trabalho e tidas como não-trabalhadoras; havia a ideia de que deveriam estar dedicadas à produção para seus maridos e não para fora do ambiente domiciliar (FEDERICI, 2004). Acreditava-se que as atividades realizadas

pelas mulheres em casa eram não-trabalho, ao passo que desenvolvendo os homens a mesma atividade era considerado trabalho produtivo (FEDERICI, 2004). Assim, afastadas do ofício laboral e tendo como desvalorizado seu trabalho reprodutor, onde descreve-se que a mão-de-obra feminina foi apropriada pelos homens gerando nas mulheres uma dependência dupla, do patrão e dos homens (FEDERICI, 2004).

Outro aspecto da caracterização foi a religião das participantes. Levou-se em conta aqui religiosidade e espiritualidade, percebida pela análise das narrativas que para além da religião propriamente dita, que é institucional, sistematizada, considera dogmas, normativas, rituais específicos que cada uma adota, pôde ser percebida a espiritualidade, entendida como uma conexão profunda com o interior do ser, tem a ver com o propósito e sentido de vida (FRANKL, 2020).

Esse aspecto vemos na narrativa da Colaboradora Thays revelando que, para ela, Deus é fonte de força, direcionamento adequado e o que explica a inexplicável perfeição da filha.

Meu Deus é uma dor terrível que parece que a gente não vai aguentar, mas Deus faz tudo certinho e a gente aguenta. É muita coisa de Deus porque, não sei que tem gente que não consegue acreditar, porque se não fosse Deus, como que explica isso? Como explica que um ser perfeito saiu de dentro de você? (COLABORADORA Thays)

Ao ter contato com o que contou a Colaboradora Clarice, que crê em Deus e não segue uma religião, foi a participante que revelou substancialmente a espiritualidade no discurso. Disse ela:

[...] não sei se você acredita em Deus, mas eu acredito bastante, e eu acho que é a forma Dele mostrar para a gente o que é amor de verdade. Talvez, eu acho que talvez quem seja mãe consiga entender próximo ao que Deus sente por nós. Então eu acredito que seja isso assim. Acredito que realmente seja um presente Dele para a gente e é uma sensação única [...] Que falam que Deus, Ele escreve correto por linhas tortas e é muito verdade isso! Muito, muito, muito verdade mesmo [...] Porque às vezes a gente acha que simplesmente acabou, que você não vai conseguir, mas aí vem Deus e mostra que é diferente, que Ele pode tudo e que as coisas mudam completamente [...]. (COLABORADORA Clarice)

Sua narrativa demonstra que Deus é ser amoroso, que concede, por esse amor, uma filha-presente. A conexão espiritual contribui para uma percepção mais ampla, profunda, íntima, poderosa e mais forte sobre a vida, e espraia a possibilidade de o parto ser um momento de transformação.

No último trecho de sua fala a mesma Colaboradora diz que na iminência de pensar que é o fim, Deus muda as coisas. A “força de obstinação do espírito”, conforme escreve Frankl (2020), definirá como a pessoa enfrentará as adversidades da vida, sendo essa força o baluarte do constructo físico e emocional abalados, adoecidos, visto que o espírito não adocece, é ele a força potencial que colaborará no processo transicional.

O campo espiritual é uma dimensão do ser humano, constituinte de sua humanidade (FRANKL, 2020) e como tal, está envolvida no cuidado de enfermagem (WALDOW, 2008). No sentido do que escreve Frankl (2020) sobre a dimensão noética (espírito) do ser humano, ao dizer que a existência é essencialmente espiritual, e embora a realização humana abranja aspectos fisiológicos (corpo) e psicológicos (mente), a totalidade humana acontece com a existência pessoal espiritual; é possível pensarmos que a espiritualidade sustenta profundamente a mulher no processo transcendental e transformacional do parir. Estarmos atentas e atentos, enquanto profissionais de saúde, a estes aspectos, nos aproxima de um cuidado cada vez mais envolvido, comprometido, presente, relacional, de modo que o cuidado não seja ‘o fazer’, isoladamente, mas ‘como fazer’ (WALDOW, 2004).

A caracterização das participantes envolveu também aspecto obstétrico. Nesse sentido, em relação ao risco gestacional a Colaboradora Cora teve gestação de alto risco e as demais risco habitual. No Brasil, a assistência ao parto de baixo risco pode ser efetuada tanto pelo médico obstetra quanto pela enfermeira obstetra (EO) e obstetrix (BRASIL, 2017). Esse modo de assistência ao parto de baixo risco possui vantagens relacionadas à diminuição de intervenções e maior satisfação por parte das mulheres (BRASIL, 2017). O que se observa é que há desconhecimento sobre a atuação legal da EO ou ainda resistência e mesmo um entendimento comum, oriundo do modelo tecnocrata, de que para se ter um atendimento pré-natal adequado é necessária atuação médica, como podemos ver no próximo relato a seguir.

Durante a pandemia, como supramencionado na subseção Local da pesquisa, houve um redirecionamento da assistência obstétrica em Curitiba-PR em que algumas maternidades de baixo risco foram reorganizadas para outros atendimentos, sendo assim, o atendimento a questões obstétricas foi encaminhado para o local da pesquisa, uma maternidade de alto risco, verificado no relato da Colaboradora Aline.

[...] “ Eu comecei a ter consulta com o obstetra só em agosto, então nesse meio tempo era só para que se acontecesse alguma coisa, era para eu ir para a maternidade, tanto que a minha maternidade de referência não era aqui, era a Mater Dei [outra maternidade em Curitiba]. E uma vez em que eu precisei ir à maternidade, eu não fui muito bem atendida, aí eu falei: “-Não, isso eu não vou manter”. Aí eu cheguei no postinho e pedi para trocar, eles me colocaram na Victor [se referindo à maternidade Victor Ferreira do Amaral, em Curitiba] mas a Victor está fechada, então é aqui [...]” (COLABORADORA Aline)

Em maternidades de baixo risco, após a implementação da assistência obstétrica por enfermeiras, foi identificado aumento de práticas obstétricas recomendadas⁶ tais como utilização do partograma, a oferta de dieta líquida durante o trabalho de parto, utilização do rebozo, execução de massagem terapêutica, mudança de posição, adoção de posições de parturição como a de cócoras, de quatro apoios, lateral direita e esquerda, além do clampeamento tardio do cordão umbilical e do contato pele a pele (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2017).

No mesmo estudo também notou-se a diminuição de intervenções não recomendadas dentre elas a tricotomia (raspagem de pelos pubianos), a posição litotômica (a mulher fica deitada de costas no colchão com os membros inferiores elevados, afastados e apoiados em suportes para haver exposição da região da vagina e ânus), o uso de cateter endovenoso, uso de ocitocina, analgesia epidural, cardiocografia e posição semissentada (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2017). As autoras concluem que a inserção da enfermagem obstétrica envolve o respeito ao percurso fisiológico do parto e ao protagonismo da mulher; uma inserção que possibilita a redução de intervenções desnecessárias através de práticas assistenciais com desfechos favoráveis para a mulher e RN (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2017).

Outrossim, em nossa pesquisa todas as participantes mantiveram alojamento conjunto definido como um sistema hospitalar onde o bebê, assim que nasce, fica junto da mãe 24 horas por dia, no mesmo local até que haja alta, possibilitando que todos cuidados assistenciais que dizem respeito à saúde do binômio sejam prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). A manutenção do alojamento conjunto objetiva estimular e motivar o início e manutenção do aleitamento materno, fortalecer o vínculo afetivo do binômio, permitir que a mulher

⁶ As práticas obstétricas recomendadas e não recomendadas citadas no artigo são as constantes na atualização sobre cuidados essenciais intraparto publicadas pela World Health Organization (WHO) (2018).

observe constantemente o RN, conhecendo-o e comunicando anormalidades, possibilitar que a enfermagem promova ações práticas sobre os cuidados indispensáveis para ambos, manter a troca biopsicossocial entre a mulher, RN e familiares; reduzir o risco de infecção hospitalar, facilitar o atendimento pediátrico com troca de informações entre profissional e mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Com a pandemia, muitas condutas sob o ciclo gravídico-puerperal foram tomadas, especialmente para parturientes com covid-19, envolvendo precauções no alojamento conjunto e aleitamento materno.

No puerpério ocorrem modificações no organismo feminino que podem se tornar patológicas, assim é eficaz a atenção qualificada, prestada neste período durante a permanência no alojamento conjunto, que valoriza as particularidades de cada mulher (STREFLING et al. 2017). Esse atendimento vai além das características biológicas, pois se vivencia uma transição (STREFLING et al. 2017). Assim, a comunicação eficaz e escuta sensível de necessidades, dúvidas e anseios da mulher e familiares proporciona uma recuperação mais saudável, é significativa para o bem estar e para o estabelecimento de uma relação de confiança e oferece condições para o desenvolvimento do autocuidado (STREFLING et al. 2017).

No que se refere ao histórico obstétrico, as Colaboradoras Thays e Cora não tinham gestação prévia; com uma gestação anterior houve as Colaboradoras Lygia, Clarice e Aline; com duas gestações anteriores a Colaboradora Conceição; e com três ou mais gestações anteriores as Colaboradoras Carolina Maria e Hilda. E contraponto, em Londrina, no estudo de Wielganczuk et al. (2019), foi observado que 132 (38,4%) dos 344 prontuários analisados eram de mulheres no primeiro parto, 107 (31,1%) com dois partos anteriores e 105 (30,5%) três partos ou mais.

Nesse âmbito do histórico obstétrico houve relato de abortamento prévio, como ocorreu com a Colaboradora Clarice e citado pela Colaboradora Hilda. Na história da Colaboradora Clarice percebe-se que a marca causada pela perda gestacional a fazia pensar em não passar por aquela experiência difícil mais uma vez, pois gestar novamente lhe trazia a possibilidade da perda. Todavia, a Colaboradora logo em seguida conta que, apesar de ter sido difícil e, em momentos, sentir-se incapaz, não pensou em desistir da gestação atual e cogitou quais ações tomaria, demonstrando características internas para superação e a fé em Deus. O relato permite retomar aquilo que diz Frankl (2020) sobre a dimensão espiritual ser fundamento face as adversidades do viver.

[...] No começo [da gestação] eu me isolei, eu não queria ver ninguém, não queria conversar com ninguém, foi muito difícil para mim no começo aceitar, até porque como eu te falei eu tive há 6 anos atrás um aborto e eu não queria passar por isso novamente, então foi bem difícil, bem difícil mesmo, mas em nenhum momento pensei em desistir, muito pelo contrário “vamos lá, vamos fazer acontecer”, o que eu vou fazer? O que eu posso fazer? Porque às vezes a gente acha que simplesmente acabou, que você não vai conseguir, mas aí vem Deus e mostra que é diferente, que Ele pode tudo e que as coisas mudam completamente. É todo um processo e o amadurecimento que vem também [...]. (COLABORADORA Clarice)

Com sua narrativa, nos mostra a Colaboradora Clarice algo muito próximo do que escreve Clarissa Pinkola Éstes “[...] embora haja cicatrizes inúmeras, cabe ressaltar que, em termos de resistência à tração e capacidade de absorver pressão, uma cicatriz é mais forte do que a pele” (pág. 432). Para a mesma autora, as marcas de combate que a mulher registra em si, representam as mágoas e golpes já sofridos, mas são também a prova da história vivida seja envolvendo conquistas, perdas ou resistência.

A história de cada mulher é intrínseca a ela, assim a acompanha, uma vez que tendo a filha nos braços, emocionada com a vida que concebeu, bebê cujo nome, em outro idioma significa Esperança, a Colaboradora Clarice resgata esse medo da perda vivido no aborto anterior. Desse modo, nos cabe considerar o histórico de vida de cada mulher quando na assistência profissional, pois isso pode reverberar no comportamento atual da mulher e nas intervenções assistenciais seja relacionado ao aborto ou às gestações prévias, pois isso pode desencadear memórias que podem interferir na sua experiência e cuidado atuais.

Ainda sobre os aspectos obstétricos, tivemos que a idade gestacional (IG) no momento do parto esteve entre 37 semanas a 41 semanas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016 citada por Rezende Filho; Montenegro, 2022), é considerado parto pré-termo o que acontece anterior às 37 semanas gestacionais ou 259 dias. Por a morbiletalidade de crianças nascidas antes das 39 semanas ser maior, não se recomenda o parto indicado não médico antes dessa data (ACOG, 2013 citado por Rezende; Filho; Montenegro, 2022 p. 967); pode haver indicação para interrupção da gestação no termo-precoce (37+0 a 38+6 semanas), quando o parto indicado é médico, ou na vigência da ruptura prematura das membranas (REZENDE; FILHO; MONTENEGRO, 2022 p. 967).

Conforme definição da WHO (2013) o termo precoce é de 37 semanas e 0 dia a 38 semanas e 6 dias, e em nossa pesquisa as Colaboradoras Lygia, Conceição e Cora estão inseridas nessa faixa; Conceição teve cesariana. O termo completo é de 39 semanas e 0 dia a 40 semanas e 6 dias (WHO; 2013), assim as Colaboradoras Hilda, Thays, Clarice e Adélia tiveram parto a termo completo; Colaboradora Hilda teve cesariana. E no termo tardio que é de 41 semanas e 0 dia a 41 semanas e 6 dias (WHO; 2013) tivemos a Colaboradora Aline, que passou por cirurgia cesariana.

No Brasil, de 2011 a 2012, os partos de bebês com IG entre 37 ou 38 semanas representaram 35% de todos os nascimentos (LEAL et al., 2014). Em pesquisa realizada no PR, 331 participantes (96,2%) estavam com idade gestacional acima ou igual a 37 semanas (WIELGANCIUK et al., 2019) e no Rio Grande houve a faixa de 37 a 39,9 semanas gestacionais como aquela com maior porcentagem de participantes ao longo dos anos de estudo, seguido de 40 semanas ou mais (CESAR; MENDOZA-SASSI; MARMITT, 2019).

Aponta-se que bebês nascidos antes 39 semanas gestacionais frequentemente são internados em UTI neonatal, precisam de maior assistência ventilatória e têm maior risco de morbimortalidade (LEAL et al., 2014). Há recomendação de que a interrupção eletiva da gestação não ocorra antes de 39 semanas gestacionais (LEAL et al., 2019). Em realidade local portuguesa identificou-se que em comparação a recém-nascidos termo, os recém-nascidos termo precoce tiveram maior necessidade de hospitalização em Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN) e maior incidência de doenças respiratórias, hiperbilirrubinemia e dificuldades alimentares (GOMES; LOURENÇO; REZENDE, 2017).

A respeito da via de parto houve Colaboradoras que passaram pela tentativa de indução de PN e evoluíram para cesariana. Embora não se saiba como se deu a indução do trabalho de parto, é importante destacar que esta intervenção consiste no processo de estimular artificialmente o útero a iniciar o parto; para tal geralmente administra-se ocitocina, prostaglandinas ou rompem-se as membranas amnióticas (WHO, 2018). É uma intervenção embora recomendada, não isenta de riscos e muitas mulheres a consideram desconfortável (WHO, 2018). Do ponto de vista das recomendações, a WHO (2018) traz a indução como uma recomendação condicional, evidência de baixa certeza, para mulheres que chegaram, com certeza, a 41 semanas gestacionais (>40 semanas + 7 dias) (WHO, 2018). Esta

recomendação não se aplica a casos em que a IG não seja confiável; nos casos de necessidade da intervenção em mulheres com gravidez pós-termo isto deve ser discutido com elas previamente, para esclarecerem perguntas, benefícios e possíveis riscos (WHO, 2018).

Entende-se por PN como aquele de início espontâneo, cujo trabalho de parto tenha baixo risco; o bebê nasce espontaneamente, com apresentação cefálica de vértice, com tempo gestacional entre 37 e 42 semanas; depois do nascimento, ambos, mãe e bebê, ficam em boas condições (OMS, 1996 citada por MONTENEGRO; REZENDE, 2018, p. 221). Este tipo de parto pode acontecer sem ser assistido por profissional de saúde, ou receber essa assistência que pode ser sem intervenção como também pode haver alguma intervenção necessária. A cesárea, por sua vez, é uma intervenção efetiva indicada somente por motivos médicos quando se precisa salvar a vida da mulher e do bebê (OMS, 2015).

Em Curitiba em 2020 houve 11.938 cesarianas e 7.789 partos vaginais (DATASUS, 2022). No Rio Grande do Sul houve um aumento de 4,5% no número de partos vaginais e uma queda de 4,1% nos partos cesáreos foi registrado (CESAR; MENDOZA-SASSI; MARMITT, 2019). Por outro lado, a nível nacional, houve uma redução nas taxas de cesarianas anteparto que aumentaram em 50% as cesarianas intraparto no setor público (de 8,9% para 13,6%) e de 136% no privado (de 5,5% para 13%), bem como um aumento de 85% da taxa de parto vaginal (de 12,3% para 22,8%), foi registrado por Leal et al. (2019).

Na perspectiva de um estudo que englobou alguns países da Europa, identificou-se que 4.989 ou 23,7% das participantes tiveram cesárea e 1.928, representando 9,2%, tiveram parto vaginal instrumental (LAZZERINI et al. 2022). Delimitando um pouco mais esse espaço, na realidade portuguesa em 2021 houve 60.876 partos sendo 18.603 cesarianas (SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS), 2022). Portugal é reportado como o segundo país da Europa com a mais elevada taxa de parto medicalizado, que compreende o parto vaginal instrumental e a cesariana, esta última é das taxas mais altas do continente (FEDELE; WHITE, 2018), e, embora local, há registro de hospital terciário de uma taxa geral de cesárea 24,3% (n=527) em 2016 (VARGAS, REGO, CODE, 2020).

A cesariana é um procedimento invasivo indicado para situações em que seja necessário para resguardar a vida da mulher e/ou bebê, visto que, embora necessária, traz riscos (BRASIL, 2014), apesar disso, o Brasil figura como segundo

país no mundo com mais alta taxa de cesariana, de 55,7% (BRASIL, 2014). A assistência ao parto segura e humanizada, pautada em evidências científicas e que respeite os direitos da mulher inclui a autonomia no direito de escolha informada e consentida de como, com quem e onde realizar o parto (BRASIL, 2014).

Demonstrando a relevância que a via de parto tem na sua experiência de puerpério, a Colaboradora Hilda inicia seu relato falando sobre isso e retoma essa questão ao longo de sua narrativa. Parece haver uma necessidade real de definir qual parto aconteceu.

Então, o que eu posso dizer, ainda mais que esse, como eu falei, que tipo de parto foi? Foram os dois, foi natural e foi cesárea. Eu comecei ter dor. Eu já tenho mais dois filhos, os dois foram partos naturais, só foram induzidos, então acabou que eu não conhecia esse início espontâneo do parto normal [...] Eu nunca tinha passado por isso, fiz cesárea e nesse caso [atual parto] como eu brinquei, é os 2 [tipos de parto]. Eu cheguei a ficar em trabalho de parto, ter contração, cheguei a 10 [centímetros] de dilatação, ele chegou, desceu para sair, mas não ia sair mesmo [sobre a posição do feto], não teria como não ir para cesárea. Então foi tudo bem novo. (COLABORADORA Hilda)

A via de parto guarda características em si, uma delas foi a novidade trazida pela cesariana, experiência antes desconhecida, e a dor no puerpério após a cesárea, devido à sutura, ao amamentar e à mutilação causada ao corpo.

[...] Para mim é novo a situação da cesárea que eu fiz. Quando ganhei os outros filhos foi parto natural então não tinha ponto [cirúrgico, sutura], você levanta, sobe da cama e está tudo certo. Agora tenho dificuldade, com bastante dor na barriga, dor nos pontos, então está sendo mais difícil para mim. É uma experiência bem nova, é bem nova. Eu nunca tinha passado por isso, fiz cesárea e nesse caso [atual parto] como eu brinquei, é os 2 [tipos de parto] [...] Como eu falei, é novo eu não sei reagir com essas situações. Já tem as situações do parto normal que eu conheço um pouco, questão da cólica na hora que vai dar mamar, que amamentar ajuda o útero a voltar ao local e tudo mais, então tem isso e mais um pouco agora com essa cesárea. (COLABORADORA Hilda)

[...] “Fisicamente dói, dói. A cesárea está incomodando mais do que a primeira [se referindo à primeira gestação], mas eu acho que isso, de todas as pessoas que eu perguntei se realmente é normal, falaram que é. A segunda dói mais que a primeira mesmo, acho que você corta muita coisa de novo, você mutila muito seu corpo de novo, então ele sente mais”. (COLABORADORA Aline)

Ao optar pelo parto normal, essa escolha leva em consideração a recuperação que é menos demorada e trabalhosa em relação ao puerpério após cesárea e a necessidade de ajuda para o desempenho das atividades (REIS et al., 2017), elementos corroborados pela Colaboradora Hilda. A via de parto tem relevância

fundamental para algumas mulheres, como sublinhado pela Colaboradora Hilda, sendo assim, nota-se a importância de ser garantido à mulher a escolha livre e informada do parto que deseje.

Foi demonstrada a expectativa não cumprida em relação ao parto esperado e o real. Identificou-se também que escolha prévia pela cesariana deveu-se à sentir menos dor relacionando a intensidade desta à sensação de morte, à um pesadelo e dizendo que não haveria força suficiente para o processo de parturição.

[...] Eu queria cesárea, eu achava que ia ser cesárea, iria doer menos, estava marcado para sexta-feira [... Foi ótimo e fácil não é. Na hora do parto a dor é imensa, a dor é... você acha que você vai morrer! É uma sensação que você fala “eu não vou aguentar, eu vou morrer” essa sensação que eu tinha [...] Depois de ter passado tudo que eu passei...assim, foi um pesadelo porque eu achei que eu ia morrer e que eu não ia aguentar que eu não ia conseguir tirar ela de mim, que eu não ia ter essa força”. (COLABORADORA Thays)

Conectado a este relato, em outra pesquisa, foi demonstrado que a escolha da cesariana também perpassou pelo medo da dor e de que passar pelo processo do parto normal relacionando-o ao sofrimento, ao falecimento da mulher e possibilidade de que o filho fique sem a mãe (REIS et al. 2017). O medo do PN foi também vinculado à chance de passar mal e ainda a não haver coragem, o que reflete a insegurança na capacidade de parir e não confiar no próprio corpo (REIS et al. 2017) semelhante ao que a Colaborada Thays relatou no trecho final.

As mulheres têm preferência por uma via de parto, mas conformam-se quando esta via esperada não é a que acontece e se sentem insatisfeitas pela impotência ante as decisões médicas e escassez de informações (ROCHA; FERREIRA, 2020). Segundo os artigos desta revisão citada, isto comprova que as mulheres não participam ou não se sentem respeitadas ou ativas nesta escolha, que depende do acesso a informações prestadas no decorrer do pré-natal e envolve características familiares e de cultura (ROCHA; FERREIRA, 2020). Ao levar em conta o parecer médico tem-se que o parto não envolve unicamente o conhecimento técnico como também imprevistos não contemplados nos protocolos institucionais (ROCHA; FERREIRA, 2020).

7.2 TEMAS RELEVANTES

Os temas relevantes desvelam a experiência de puerpério imediato das participantes durante a pandemia de covid-19 de modo longitudinal, ou seja, perpassa pela gestação, parto e puerpério. Desta feita, a experiência não está, então, centralizada num único tema, mas os percorre. A pergunta central da entrevista semiestruturada envolvia a experiência de pós-parto/puerpério e foi feita nos seguintes termos “Conte-me como foi sua experiência de parto, nascimento e pós-parto/puerpério durante a pandemia covid-19”; foi livremente evocado pelas Colaboradoras os períodos anteriores de gestação e parto demonstrando, segundo nossa interpretação, que não estão separados da experiência da mulher, mas sim que são latentes e expressivos no pós-parto imediato, nos permitindo pensar na profusão de memórias da mulher nesse íterim de transição.

Os temas que emergiram foram: *Maternar em um contexto de risco, Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno, Conseguir: verbo transitivo direto e indireto e Nuances do cuidar.*

Buscou-se aproximação entre os temas e referência no referencial teórico adotado. Como alguns temas têm escasso material para contraste direto, procurou-se pontos convergentes entre os materiais para a discussão. Em toda seção de Discussão prezou-se por trazer interpretações e pontos de reflexão a partir do que emergiu das entrevistas e de sua relação com o referencial teórico, sem a intenção de desconsiderar modelos de atenção, atuação profissional ou outro.

7.2.1 Maternar em um contexto de risco

Os subtemas que formaram este Tema Relevante foram os aspectos emocionais relativos à pandemia, assistência à saúde na pandemia e ações de cuidado contra a covid-19.

As Colaboradoras trouxeram, no que concerne aos aspectos emocionais, o medo da contaminação pelo vírus.

[..] Então para mim foi bem desafiador, de apreensão mesmo, de saber como seria e saber como reagir nesse momento de pandemia, porque, querendo ou não, a gente fica com medo por eles [se referindo aos bebês] serem totalmente indefesos. [...] Apesar de ter pego antes [se refere ao diagnóstico prévio de COVID-19, antes da gestação] não deixei de ter o risco de pegar novamente. Mas é desafiador, nunca tinha passado por uma pandemia nessa situação e acredito que nem tão forte como foi, tão demoradora, porque as outras [se refere à eventos de saúde anteriores] foi

falado bastante, mas não era tão restrito como foi essa, persistente, e as regras que foram impostas, do uso da máscara [...] (COLABORADORA Lygia)

Então até então eu não sabia que estava mais essa variante, agora estou mais preocupada do que eu já estava com o COVID. Até em si por ele [se referindo ao filho recém-nascido] ser pequenininho, não tem imunidade, não tem nada ainda, então agora eu fiquei mais preocupada em si do que com o ocorrido [se referindo ao parto]. Porque em si tomamos a vacina, então, entre aspas “a gente está imunizado”. Agora com essa outra aí estou meia ressabiada [se referindo à variante Ômicron]. [sobre o que a preocupa] Ai é perder meu filho, é o que eu penso, perder ele e mais duas [filhas] que eu tenho em casa, pelo que a doença faz, no estrago que ela pode causar. Perder eles, porque eles são os mais frágeis. (COLABORADORA Conceição)

[...] Eu tinha muito medo de pegar e fazer mal para ela, então eu fico tentando fazer tudo certinho. (COLABORADORA Thays)

[...] Única coisa que é ruim mesmo é só a preocupação por conta dessa pandemia e até agora que surgiu uma nova variante e tudo mais, isso de fato preocupa, preocupa bastante, desde o momento que você está no hospital porque pode acontecer alguma coisa, a partir do momento que você sai, então eu penso bastante nisso. Me preocupa por ela ainda ser frágil, é muito frágil. Se eles já pegam alergia só do calor, do vento, tudo, é uma coisa que está no ar [se referindo ao novo coronavírus]. Então, a preocupação mesmo é por ser tão pequenininha e o medo de contrair [se referindo ao novo coronavírus]. Deus livre de acontecer alguma coisa! Esses seres humaninhos são tão indefesos, isso é o que mais acaba preocupando. (COLABORADORA Clarice)

Bom, é preocupante, porque quanto a ser uma gestação de risco e o COVID é mais um fator de risco. (COLABORADORA Cora)

[...] Ainda mais sabendo que tem uma variante nova [se referindo à Ômicron], claro ainda não tem nenhum caso aqui mas é uma coisa que preocupa a gente. (COLABORADORA Hilda)

As participantes revelaram “preocupação”, “apreensão”, “medo”, “estar ressabiada” da contaminação dos bebês por estes não terem sistema imunológico bem desenvolvido, sendo frágeis e indefesos e assim mais propensos ao adoecimento e morte. A Colaboradora Conceição fala do medo que sentiu de que seu filho morresse e a nota do caderno de campo revela que ela apertou mais seus braços em torno do bebê e olhou para ele quando disse isso.

Tomando em conta o que as participantes trouxeram sobre os efeitos da covid-19 no organismo da mulher e do bebê, uma revisão de escopo identificou que mulheres grávidas tiveram maior risco de sintomas mais graves da doença em relação às não grávidas e que o resultado adverso mais comum foi parto prematuro (KOTLAR et al., 2021). Descreveram também um aumento na prevalência de bebês de baixo peso ao nascer e o nascimento por cesariana e, embora raro, foi aparente

o óbito materno, morte fetal, aborto espontâneo, pré-eclâmpsia, crescimento fetal restrito, coagulopatia e o rompimento prematuro de membranas (KOTLAR et al., 2021). Adicionalmente apontaram que a transmissão da covid-19 pela via intrauterina, vertical e pelo leite materno eram de ocorrência improvável (KOTLAR et al., 2021).

Para mulheres gestantes brasileiras no início da pandemia, o medo e a preocupação estavam relacionados à ter covid e internar em UTI (88%), que o bebê tivesse a doença e ficasse internado em UTI neonatal (86%) e que elas tivessem a doença e o bebê morresse (77%); para as mulheres no puerpério imediato ou tardio, a preocupação esteve relacionada, dentre outros, à haver emergência com bebê e não poder encaminhá-lo para atendimento hospitalar (80%) e que alguém contaminasse o bebê (73%) (ARRAIS et al., 2021).

Também foi relatado por outras mulheres gestantes e puérperas o medo e incertezas especialmente diante do *lockdown*, de não receber medicação para alívio da dor, de não saber em qual hospital seriam atendidas e qual profissional obstetra as atenderia e relativo à infecção do feto vulnerável (ABU SABBAH et al., 2022). Vieira et al. (2021) pontuam que as incertezas iniciais sobre a via de transmissão e tratamento inespecífico da doença representaram ameaça para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal que não sabiam como proteger seus bebês.

Ainda que estudos tenham mostrado que o acesso a informações confiáveis e seguras auxilia a reduzir o medo (PRANDINI et al., 2022), nota-se que esses elementos de constante atualização e revisão das informações como um todo, e também as orientações diversas e em aspectos divergentes relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (STOFEL et al., 2021) podem ter contribuído para que as Colaboradoras, na entrevista, continuassem temerosas, bem porque houve o surgimento da nova variante *ômicron* no momento da coleta das entrevistas. Conforme a evolução temporal da pandemia, avançava-se a produção de informações disponibilizadas às mulheres, contudo as mudanças nos cuidados e a variação de informações sobre os efeitos no organismo materno e fetal geraram incertezas (VIERA; EVIA, 2021). Como pesquisadoras da área da saúde da mulher nos foi possível acompanhar, ao longo dos anos de pandemia, os reveses e incertezas sobre o que cercava o vírus e o avançar gradativo dos estudos, que continuam a ser desenvolvidos.

Esse aspecto da disseminação de informações foi percebido em uma pesquisa com mulheres gestantes e puérperas brasileiras, cujos maiores níveis de escolaridade foram 49,8% pós-graduação e 34,0% ensino superior completo (ARRAIS *et al.*, 2021). Essas mulheres tiveram como canal de busca de informações os órgãos oficiais nacionais e internacionais, e no conteúdo do artigo as autoras descrevem que algumas preocupações e medos, à época da coleta de dados, não tinham sido apresentadas na realidade, não havia relatos ou publicações sobre a ocorrência de má formação fetal devido à covid-19, por exemplo (ARRAIS *et al.*, 2021).

Desta forma, entende-se que pandemia em si surgiu como nova geradora de medo nas mulheres, acentuando o medo já existente e conectado ao incógnito e ao inesperado que o parto envolve, a estarem expostas e inseguras, a sujeição a protocolos institucionais nos serviços de saúde sem poderem fazer escolhas, à sensação de perda de controle na gravidez e no parto e incertezas sobre o futuro (SOUTO, ALBUQUERQUE, PRATA, 2020). Esse aspecto pode ser visto em uma pesquisa com gestantes brasileiras em que suas preocupações no parto e puerpério imediato ou tardio na pandemia envolveram não ter acompanhante no puerpério imediato (88%), não ter suas escolhas e desejos respeitados no puerpério imediato (75%), sofrer violência obstétrica no puerpério imediato que fosse justificada pela pandemia (71%) (ARRAIS *et al.*, 2021).

A preocupação sobre o efeito da doença na sua saúde e na saúde do bebê foi registrado por outras mulheres numa porcentagem de 91% e 99%, respectivamente, bem como 70% tiveram medo moderado a excessivo de que as próprias mulheres ou alguém da família fosse contaminado, mostrando a elevada preocupação sobre esse aspecto (KUMARI *et al.*, 2022). Nessa amostra, o medo foi associado à idade, situação pós-parto, nível educacional e classe socioeconômica e todas as preocupações tiveram associação estatística positiva com estratégias de enfrentamento, que foram mais adotadas quanto mais elevada a idade, nível de escolaridade e classe socioeconômica (KUMARI *et al.*, 2022).

O medo da covid-19 foi abordado em artigos e possui escala específica de mensuração (AGUIAR *et al.*, 2021), como contribuinte para a saúde mental das mulheres puérperas (PRANDINI *et al.*, 2022). Em nossa pesquisa, duas das participantes relataram questões de saúde mental prévias. Thays citou depressão, síndrome do pânico e ansiedade e Clarice tratou crise de ansiedade. Elas,

juntamente com outras participantes, trouxeram a preocupação com a contaminação e repercussões negativas na saúde do bebê de modo que a questão de saúde mental emerge na discussão como algo muito evidente no contexto pandêmico. Portanto, o medo foi um dos sintomas identificados como uma afetação à saúde mental de mulheres gestantes e puérperas durante a pandemia (VIEIRA *et al.*, 2021). Consoante a isso foi identificado que temas concernentes à preocupação com a exposição ao vírus e o medo de que as mulheres ou os bebês contraíssem a infecção figuraram como aspectos que pioravam a saúde mental de puérperas (PRANDINI *et al.*, 2022). Além das mudanças no organismo feminino, que são habituais na gestação, adicionou-se o cenário pandêmico que envolveu medidas de distanciamento e isolamento social e de quarentena como possíveis contribuintes na piora da saúde mental (VIEIRA *et al.*, 2021), tendo sido relatado aumento na ansiedade e depressão clinicamente relevantes (KOTLAR *et al.*, 2021).

As Colaboradoras falaram também da duração, persistência e severidade da pandemia, do hospital como fator de risco, da covid-19 como mais um fator de risco para a gestação de alto risco e da nova variante *ômicron*. A preocupação das Colaboradoras em relação à variante citada pode estar relacionada ao que já vinha sendo discutido sobre as mutações virais do SARS-CoV-2, que geralmente facilitam a transmissão de modo que o vírus atinja mais pessoas (TO *et al.*, 2021; BAKHSHANDEH *et al.*, 2021), interfira na manifestação clínica e nas medidas preventivas e de tratamento (BAKHSHANDEH *et al.*, 2021) e da novidade que uma variante não conhecida traz no que se refere à sua manifestação no organismo.

Com a acelerada difusão mundial dessa nova variante e sua presença no Brasil, numa onda demarcada de dezembro de 2021 a março de 2022, observou-se rápido aumento no quantitativo de casos, de testes com resultados positivos e numa velocidade muito mais elevada em relação às primeiras ondas, com aumento nas taxas relativas à ocupação de leitos de UTI covid-19 mesmo em menores proporções e com taxa de mortalidade menor em relação às ondas anteriores (BARCELLOS; XAVIER, 2022).

Tivemos Colaboradoras que, como mencionado, mostraram-se preocupadas, com medo. Por outro lado, houve Colaboradoras que se sentiram tranquilas, como Carolina Maria que disse que “foi tudo tranquilo no meu ponto de vista [...] Eu acho que foi bem tranquilo [...]” e Adélia que relatou “não achei diferente pelo fato de ser pandemia. Para mim está tranquilo”. Adélia acompanhava

informações que lhe traziam segurança, ao que podemos inferir, e tomava medidas de precaução relacionadas à higienização. Segundo seu relato, o que lhe gerou preocupação foi a vacina.

[...] Como eu sou formada na área da saúde eu acompanho bastante noticiários e essa parte do COVID em que muita coisa é divulgada diferente daquilo que a gente vê pela mídia eu acompanho os dois lados, então eu não fiquei apreensiva. Tem mulheres que por causa do COVID ficam muito apreensivas por causa do nenê, eu não, para mim é como se eu não estivesse passando por essa fase aqui no Brasil. Claro que tomava os cuidados de máscara, álcool em gel, isso sim, acho que já virou parte de higiene praticamente, mas sentimentalmente não me preocupei, a não ser com a vacina. Eu fiquei receosa de tomar a vacina do COVID, porque eu vi bastante matéria fora, de que ainda não tinha estudo de efeitos colaterais, que a dosagem de alumínio eu não sei o que é superior; eu fui vendo alguns contextos que me deixaram bem apreensiva. Eu tomei a vacina mesmo depois do sétimo mês [...] Para mim [sobre a vacina] eu fiquei esperando, esperando, esperando... quando eu já não tinha mais escapatória eu falei: “- não agora eu vou tomar”. Mas ainda tenho essa preocupação em relação à vacina do que com a doença. (COLABORADORA Adélia)

Na vacinação contra covid-19 em mulheres grávidas e puérperas até 45 dias após o parto, a falta de ensaios clínicos nas pesquisas nessa população tornou a imunização controversa e sem unanimidade nas recomendações a âmbito nacional e internacional (MARTINS; FREITAS; MARTINS, 2021). Uma revisão sistemática e metanálise identificou que a aceitação da vacina contra covid-19 entre mulheres gestantes foi de 53,46%, uma prevalência de aceitação menor se comparada à população geral (AZAMI *et al.*, 2022). O estudo mostrou que a aceitação da vacina aumentou ao longo do tempo, o que segundo os autores pode ter sido atribuído a estratégias comunicacionais adotadas, sinalizando que a recomendação de obstetras pode influenciar fortemente a decisão na vacinação (AZAMI *et al.*, 2022).

Avaliando o risco da doença contra o benefício oferecido pela vacinação, no Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI) propôs vacinar mulheres gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) a partir de 18 anos como grupo prioritário, independente se houvesse fatores de risco adicionais; foram recomendadas as vacinas em que não tivessem vetor viral podendo ser administrada em qualquer um dos trimestres gestacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A mesma nota técnica apontou que a vacinação deveria ser condicionada à avaliação individualizada, compartilhada entre a mulher gestante e seu médico, do perfil de risco-benefício considerando as evidências e incertezas disponíveis até o momento devendo haver prescrição médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em se tratando dos conteúdos voltados à assistência materna, as Colaboradoras trouxeram as rotinas de consultas gestacionais, sobre maternidade de referência, do desconhecido de como seria o atendimento no local do parto, sobre o recebimento de visita durante a internação, presença do acompanhante e uso de máscara.

[...] A minha maternidade de referência não era aqui, era a Mater Dei [outra maternidade em Curitiba]. E uma vez em que eu precisei ir à maternidade, eu não fui muito bem atendida, aí [...] eu cheguei no postinho e pedi para trocar, eles me colocaram na Victor [se referindo à maternidade Victor Ferreira do Amaral, em Curitiba] mas a Victor está fechada, então é aqui. (COLABORADORA Aline)

[...] Foi bem desafiador assim, em relação às consultas e até mesmo apreensiva com o parto em si, por não saber como seria [...] Até teve amigas minhas que tiveram bebê um pouquinho antes de mim, então era mais restrito. Agora já está um pouquinho mais liberado (COLABORADORA Lygia)

[...] eu só fazia acompanhamento presencial no posto de saúde mesmo [...] Está tranquilo. A diferença agora é que a gente não está recebendo visita, é só o acompanhante. A única coisa diferente assim. E as máscaras, né? Que não pode tirar do rosto. (COLABORADORA Carolina Maria)

[...] Então, assim, não vi muita diferença, em questão de ser [pandemia], só do fato de visitas, não está tendo visitas, só o acompanhante, mais em relação a isso e uso de máscara. (COLABORADORA Adélia)

Durante a pandemia, os sistemas de saúde focaram em restringir a circulação do vírus diante do expressivo número de casos (RENFREW *et al.*, 2020). Decisões importantes foram tomadas rapidamente e forçaram adaptações às frequentes mudanças de orientações, ficando os profissionais sobrecarregados na assistência (RENFREW *et al.*, 2020). Havia preocupação de que os reajustes necessários à contingência da pandemia poderiam reduzir o quantitativo de profissionais qualificados para o atendimento a mulheres grávidas no PN ou cesariana, e de recursos materiais básicos para prevenção da doença, tais como equipamento para proteção de cada pessoa e instalações sanitárias adequadas (DUARTE; ECHETTO, 2021).

Conforme o avançar do tempo as medidas foram alteradas segundo novas evidências, com as diretrizes e protocolos estabelecendo distinção na organização de atendimento para mulheres com ou sem sintomas da covid-19 (STOFEL *et al.*, 2021). As frequentes alterações em protocolos, que foram consoantes às variações

da pandemia no que se referia à presença de acompanhante, possibilidade de visitas, à realização dos testes de COVID, sobre quais medidas de alívio da dor haveria disponíveis na maternidade, aumentaram as incertezas gerais envolvidas na gestação e no parto (VON RIEBEN; BOYD; SHEEN, 2021).

Essas mudanças constantes causaram ansiedade e sensação de perda de controle (VON RIEBEN; BOYD; SHEEN, 2021). Diante dessas situações as mulheres passaram a buscar suas próprias maneiras de lidar com suas necessidades, buscando auxílio de parteiras, de atendimento em serviços privados, desenvolvendo plano de parto, esclarecendo informações diretamente na instituição a respeito dos protocolos (VON RIEBEN; BOYD; SHEEN, 2021). Em outra experiência, as mulheres demonstraram que ter acesso à informação, por vezes através de outro meio tal como palestra online, acalmou e trouxe tranquilidade (VIEIRA; EVIA, 2021). A Colaboradora Lygia agiu nesse sentido, entrando em contato com o hospital para saber sobre as recomendações “Até eu liguei aqui no hospital para me informar como seria e parece que mudaram as regras há uma ou duas semanas [...]”.

Algumas mudanças alteraram de modo significativo a prática assistencial e impuseram contenções afetando os serviços, profissionais e mulheres (RENFREW *et al.*, 2020). Como exemplo, houve restrições nos partos domiciliares, o que aumentou o número de mulheres parindo no hospital; na presença do acompanhante no trabalho de parto; nos cuidados continuados; na disponibilidade dos serviços auxiliares como ambulâncias que estavam mais voltadas ao atendimento de casos de covid e não à disposição para transferências de emergências nas maternidades (RENFREW *et al.*, 2020).

A infraestrutura dos sistemas de saúde foi sobrecarregada e políticas potencialmente prejudiciais implementadas com pouca evidência (KOTLAR *et al.*, 2021). Embora as participantes de nosso estudo não tenham revelado interrupções ou adiamentos dos atendimentos de pré-natal, em outras experiências o medo de sair de casa e se contaminar levou as mulheres a adiarem esses atendimentos (ABU SABBAH *et al.*, 2022). Outras enfrentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde (60%), medo de complicações devido ao pré-natal inadequado (61%) e até mesmo evitaram o pré-natal (59%) (KUMARI *et al.*, 2022); houve também registro de que os serviços diminuíram o número de consultas (KOTLAR *et al.*, 2021).

Pondera-se que algumas condutas adotadas afetaram gestantes e casais e foram consideradas como potencialmente prejudiciais à saúde e direito das gestantes, especialmente as que cercearam o suporte emocional durante o trabalho de parto e parto, que impuseram a separação do bebê e diminuíram o tempo de permanência na internação após o parto (KOTLAR *et al.*, 2021). A resposta a este evento de saúde não deveria gerar riscos que superassem os benefícios e desfizessem sistemas e práticas de saúde que já existiam e eram necessárias à sobrevivência, saúde e bem-estar, não devendo haver escolha, ou troca, entre proteger a saúde dos profissionais de saúde e os direitos das mulheres e bebês, pois ambos são imperativos (RENFREW *et al.*, 2020).

Frente a novas situações, como a pandemia, a reação imediata é retornar a padrões antigos, o que não se mostra uma atitude segura para saúde e bem-estar das mulheres, bebês e outros (RENFREW *et al.*, 2020). Padrões que costumam ser orientados para a intervenção, o que é contrário às evidências de qualidade predominantes (RENFREW *et al.*, 2020). Ao se centralizar ações e limitar as opções oferecidas para a mulher expõe-se ao risco de retorno a ações de foco institucional e rotineiro, muitas vezes não considerando que a segurança envolve as dimensões física, psicológica, espiritual, social e cultural das pessoas (RENFREW *et al.*, 2020).

Assim, a atenção voltada a saúde de mulheres gestantes e puérperas na pandemia requereu cuidados de modo a serem preservadas as boas práticas obstétricas e a proteger a saúde de mulher e bebê da contaminação do vírus (SOUTO, ALBUQUERQUE, PRATA, 2020), sendo imprescindível haver o alinhamento entre a agenda de cuidado materno e a da covid buscando equilíbrio das evidências de qualidade e das evidências sobre o vírus, de modo a formular políticas, orientações e práticas clínicas e de saúde pública contra a doença que sejam baseadas em evidências, que respeitem os direitos das mulheres e bebês, que sejam eficazes e compassivas (RENFREW *et al.*, 2020). O foco na evidência é essencial para a tomada de decisão informada e evitar danos, visto que ações tomadas sem serem pautadas em evidências que demonstrem sua efetividade podem gerar consequências não previstas que colocam em risco a qualidade do serviço e desfecho (RENFREW *et al.*, 2020).

Notas são postas em relação ao foco estritamente salubrista das medidas adotadas durante a pandemia para salvaguardar a saúde pública, mas que poderiam não considerar as dimensões da saúde pública na sua totalidade, podendo se tornar

limitantes ou restritivas dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres grávidas e no puerpério, embora se tenha descrito que esses direitos podem ser limitados diante de situações legítimas, com ressalvas muito estritas (DUARTE; ECHETTO, 2021). Essa consideração leva ainda em pauta que as medidas adotadas foram implementadas de modo igual a todas as populações, não reconhecendo as desigualdades de base para evitar os efeitos não esperados de sua aplicação (DUARTE; ECHETTO, 2021). Esta perspectiva lembra-nos o paradigma tecnocrático, uma característica presente é considerar que o que sentir das mulheres seja igual para todas, reduzindo cada desejo à um único (DAVIS-FLOYD, 2017), deduzindo-se que a conduta que serve à uma mulher, servirá, igualmente à outra.

Neste Tema Relevante, a presença do acompanhante foi trazida pelas Colaboradoras como recurso de apoio emocional no sentido de a mulher não ficar sozinha e que, por se sentir pouco confiante e ter medo, a companhia tranquiliza; o acompanhante as auxilia para observar e cuidar do bebê enquanto realizam ações diárias como ir ao banheiro, tomar banho, se alimentar.

[...] O que eu fiquei mais apreensiva realmente foi no pós-parto como seria. Até eu liguei aqui no hospital para me informar como seria e parece que mudaram as regras há uma ou duas semanas [relativas ao acompanhante]. Porque me falaram assim: “-Ah não vai poder ficar ninguém com você”. Eu falei: “- Meu Deus, e agora? Como é que eu vou no banheiro? Vou deixa minha bebê sozinha? Vou tomar banho e vou deixar ela sozinha?”, mas, no fim, acabou mudando e deu tudo certo, então fiquei mais tranquila; acredito que se de repente eu tivesse que ficar sozinha com ela talvez mexeria no emocional [...] Sim, eu acho importante. Eu estava meio desesperada já, de ter que ficar sozinha porque eu acho importante o apoio deles. Até mesmo para poder ir no banheiro tranquila e apoio emocional também. Porque nem sempre a gente sai [se refere ao parto e pós-parto] tão bem assim. Eu falo que puerpério é só quem passa mesmo para saber, porque a gente acha: “-Ah não é nada”, mas nosso emocional mexe muito. Então acho bem importante, sim, a presença deles como apoio. A mãe também nasce. (COLABORADORA Lygia)

[...] Eu não dormi a noite inteira porque meu marido estava junto, mas meu marido pegou no sono e eu ficava olhando para ela [a bebê] e o meu pânico é tanto que eu tenho medo que parece que alguém vai pegar ela a qualquer momento ou ela vai parar de respirar e eu não vou ver, eu fico do lado da porta do banheiro [...] tudo dá medo, tudo, tudo [está com a companhia da minha sogra] [...] eu estou até feliz porque a minha mãe vem à noite, minha mãe só sai do trabalho às oito horas, e ela [a sogra] tem que fazer uma biópsia e tem que sair agora às quatro [horas da tarde] e o meu marido, graças a Deus a enfermeira deixou ele subir para mim não ficar sozinha. Quando troca [de acompanhante] se ela [a sogra] sair antes das oito [horas da noite], não pode subir ninguém, eu ia ficar sozinha até a hora da minha mãe chegar, eu estava com um pouco de medo, porque parece

que no começo a gente não, não é tão confiante [...] meu marido falava, “vai amor, você é forte, você vai conseguir”. (COLABORADORA Thays)

[...] Na verdade da primeira vez que eu ganhei nenê o meu marido não podia pousar no hospital [...] Aqui eu achei interessante, aqui pode, então desde que ele entrou comigo ele foi para casa, tomou banho e voltou. E ajuda bastante, querendo ou não você saber que você pode ter alguém para olhar [o bebê], principalmente. Não é nem tanto ajudar na parte prática ali, porque é homem, não tem muito [o que fazer] o que é meu é meu, mas eu digo assim de olhar para você pode ir tomar banho, de olhar para você ir no banheiro, para pode comer, ajuda bastante. Eu achei bacana o atendimento do hospital, pelo fato de estarem servindo alimentação para acompanhante também que eu não tive isso na minha primeira gestação, no outro hospital não tinha. (COLABORADORA Adélia)

A percepção que as Colaboradoras trouxeram sobre o acompanhante são consoantes às reveladas em outra pesquisa realizada durante a pandemia, em que o acompanhante foi visto como alguém que oferece apoio emocional, auxílio para o enfrentamento e superação dos momentos de medo e fragilidade, traz segurança para que os desejos da mulher serem preservados, tais como o plano de parto, e é de ajuda com os cuidados relativos ao bebê (ARAÚJO *et al.*, 2022). Coaduna com o exposto por mais mulheres que durante a pandemia tiveram a presença do acompanhante negada em períodos durante a internação em hospital privado, de que o acompanhante as auxilia nos cuidados com o bebê, no aspecto emocional e questões burocráticas como registro na admissão (RAGAZZO *et al.*, 2022).

A Colaboradora Lygia disse que ficou “mais apreensiva realmente ... no pós-parto como seria [...] estava meio desesperada já, de ter que ficar sozinha” demonstrando o papel importante que o acompanhante representa para ela. O parto e puerpério representam uma profunda transformação para a mulher em que o apoio de pessoas de confiança traz conforto e segurança. A apreensão de Lygia encontra-se com a apreensão, o medo e a impotência que outras mulheres sentiram, mas não pela possibilidade de não ter acompanhante e sim, pela falta dele durante a internação em hospital privado (RAGAZZO *et al.*, 2022).

Para outras mulheres brasileiras que tiveram parto sem acompanhante, pois se entende que foi em momento da pandemia em que os acompanhantes foram impedidos de adentrar os serviços, a experiência foi sentida como falta de humanização e respeito, com sentimentos de medo, abandono por ser o primeiro filho e parir em hospital durante a pandemia e, além da presença para a mulher, a tristeza era porque o marido não pôde presenciar o nascimento da filha (ARAÚJO *et al.*, 2022). Nessa mesma pesquisa, mas por outro prisma, algumas participantes

concordaram com a privação do acompanhante como uma medida de segurança para todos envolvidos, devido agressividade da pandemia (ARAUJO *et al.*, 2022).

As restrições no acompanhamento causaram às mulheres sentimentos de solidão e isolamento, interferindo em sua experiência de jornada de parto (VON RIEBEN, BOYD; SHEEN, 2021). Essa restrição da presença do acompanhante prioriza a questão biomédica do atendimento, focada na precaução contra a covid, em detrimento da abordagem biopsicossocial, vendo os acompanhantes e familiares como presenças supérfluas ao invés de vê-los como a fonte de suporte que realmente são (VON RIEBEN, BOYD; SHEEN, 2021).

Na experiência uruguaia as medidas implementadas na pandemia, em locais de assistência à saúde privados ou públicos, foram devastadoras para a população, e a mais grave, do ponto de vista das autoras, foi a proibição de acompanhante durante o trabalho de parto, parto/cesárea e internação no puerpério (DUARTE; ECHETTO, 2021). No contexto brasileiro, autoras pontuam que o direito na presença do acompanhante, especialmente no puerpério no caso de mulheres atendidas em hospital privado, foi ameaçado pela imposição de protocolos higienistas (RAGAZZO *et al.*, 2022).

Para mulheres uruguaias no puerpério o maior medo durante a pandemia era “dar à luz sozinha” (VIERA; EVIA, 2021), medo compartilhado pelas mulheres gestantes e no pós-parto na Jordânia (ABU SABBAH *et al.*, 2022). Para evitar que não pudessem ter acompanhante as mulheres informaram-se por meios diversos, não se atendo à opinião médica ou de único profissional, buscando informações em redes de gestantes, organizações sociais, com doulas, parteiras e serviços de saúde (VIERA; EVIA, 2021). Esse medo pode colocar em segundo plano outros direitos violados, tais como a execução de procedimentos não justificados (VIERA; EVIA, 2021).

A problemática em relação ao acompanhante não se restringe ao período pandêmico, visto que há cuidados com o acompanhante mesmo fora desse contexto, embora exista a lei que garanta sua presença. Durante a pandemia entende-se que por existir os cuidados contra a disseminação do vírus esta problemática teve ascensão, e que por ser um momento único para a mulher estar só e pela importância para o bebê e também para o pai, é importante a presença do acompanhante (ARAUJO *et al.*, 2022).

Houve aspecto sobre a normativa de acompanhante na maternidade de não permanecer o tempo integral junto da Colaboradora:

[...] eu acho que elas estão cansadas desse negócio de máscara, distanciamento, de você não poder levar o seu acompanhante com você, esse monte de coisa sabe? tipo, ele [marido e acompanhante] tem que comer em outro lugar, ele não pode ficar aqui comigo o tempo todo efetivamente, tem que fazer refeições dele no refeitório. (COLABORADORA Aline)

Ainda em relação à presença do acompanhante, mesmo em momentos não definidamente durante a pandemia, houve mulheres que não foram autorizadas a ter acompanhante e outras cujo acompanhante só poderia ser alguém do sexo feminino; nessas duas situações essas determinações foram tomadas mesmo sendo contrárias ao desejo da mulher, e aquelas cujo acompanhante foi segundo a escolha da mulher (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

Os acompanhantes das Colaboradoras foram, majoritariamente, durante o trabalho de parto, o esposo, e no puerpério estiveram presentes também mãe, sogra, irmã da mãe, namorado, prima da mãe ou o não acompanhamento nos casos das Colaboradoras Carolina Maria e Conceição. São achados semelhantes aos de uma pesquisa *online* durante a pandemia em que das 69 participantes, 49 tiveram acompanhante no parto, destas 31 foram acompanhadas pelo companheiro, 10 pelo pai do bebê, 03 por uma tia do bebê e 05 pela avó do bebê no puerpério (ARAUJO *et al.*, 2022). Em outra experiência, os acompanhantes foram o companheiro, as técnicas de enfermagem e a acompanhante de quarto (RAGAZZO *et al.*, 2022).

Emergiram também ações tomadas na maternidade que foram positivas para as participantes trazendo-lhes segurança. Foram intervenções tais como a realização do teste para detecção da covid-19, aspectos de higienização com uso de álcool em gel, máscaras de proteção facial, higienização dos quartos, e o não recebimento de visitas.

[...] Mas fizeram o exame [de COVID-19] e eu não tenho, fizeram o exame, então isso deixa a gente mais, mais seguro. Eu estou mais segura eu está tudo bem, está tudo sobre controle. (COLABORADORA Thays).

[...] Na verdade a gente se sente, já está acostumado, mas se sente bem seguro de ver toda equipe com zelo no álcool, com máscara [de proteção facial], e tudo [...] Quando eu fui recepcionada, antes do internamento eles fizeram o teste de COVID, eles fizeram e deu negativo. Disseram “mesmo tendo um afrouxamento agora a gente faz”, até porque

anteontem teve um ocorrido, uma gestante com COVID e ela nem sabia, às vezes o sintoma não descreve. Antes de fazer o internamento eles fazem um teste para assegurar. Fizeram teste rápido, deu negativo. (COLABORADORA Hilda)

[...] O fato que elas acabaram de limpar o quarto, higienizaram tudo, lavaram maca, desmontaram tudo, eu achei bem bacana. Porque às vezes observando acha que é só por cima [a limpeza]. Eu não sei se é por causa da pandemia também que seja isso, que elas estavam passando quiboa em tudo, desmontando até as grades da maca, higienizando tudo, achei bem bacana. Elas tinham acabado de limpar tudo, porque estão as camas vazias, elas desmontaram toda a parte estrutural da cama, lavaram, lavou de jogar água, eu achei bem bacana principalmente por causa disso, porque nós estamos nessa pandemia, não só o coronavírus, mas outras doenças. Achei bem legal. (COLABORADORA Adélia)

[...] Sobre visita, particularmente, por conta da COVID estão proibidas, eu achei isso ótimo, porque é um momento em que a mãe e o pai não precisam de um monte de gente em cima, as pessoas não entendem isso, particularmente eu estou achando ótimo que não pode ter visita [...] eu estou gostando de que não possa ter visita. É um momento de recuperação, é um momento de você dar atenção para um ser que está 100% dependente ali, que ele não consegue fazer nada sozinho. (COLABORADORA Aline).

As orientações sobre o atendimento a mulheres no ciclo gravídico-puerperal foram diversas e diferentes no Brasil (STOFEL *et al.*, 2021). À época da coleta de dados estava em vigência a nota orientativa nº 9 no âmbito do estado do Paraná, que tratava de “suspender todas as visitas às maternidades, restringir as trocas de acompanhantes para diminuir a circulação de pessoas, se possível, aumentar o distanciamento dos leitos nas enfermarias e diminuir o número de pacientes por quarto” (PARANÁ; GOVERNO DO ESTADO; SECRETARIA DE SAÚDE, 2020, pág. 4).

Em âmbito nacional operava a nota técnica nº 12 que apontava a testagem de parturientes com sintomas de covid-19, uso de EPIs pela parturiente exceto no período expulsivo do trabalho de parto com seguimento de normativas para evitar a contaminação do vírus para todas as parturientes, mesmo as que testassem negativo (BRASIL, 2020c). Ainda outro documento do MS apontava que a cada serviço de saúde, considerando características próprias do serviço e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), era reservada autonomia para orientações específicas (BRASIL, 2020).

Corroborando ao trazido pela colaboradora Hilda que cita que devido a uma gestante ter testado positivo no dia anterior, mesmo que aparentemente não sinalizasse sintomas, estavam realizando triagem a todas as parturientes que

dessem entrada na maternidade. É possível interpretar que para as Colaboradoras Thays e Hilda além da realização do teste que detectava e apontava medidas de precaução mais específicas nos casos positivos, o resultado negativo também lhes gerou alívio.

Em outras experiências foram citadas como medidas preventivas contra a covid-19 a coleta de informações verbais sobre sintomas respiratórios na internação, higienização das mãos, uso de máscara de proteção facial pelos profissionais, por vezes de maneira não tão rigorosa, e pelo acompanhante no trabalho de parto e parto e a proibição de visitas na internação, mantendo-se o acompanhante (VIERA; EVIA, 2021). Para as participantes que tiveram parto vaginal todas tiveram liberdade de movimento, excetuando-se o corredor, e não usaram máscara de proteção facial no trabalho de parto (VIERA; EVIA, 2021).

Foi identificado que as restrições de visitantes em serviços de saúde durante a pandemia ocasionaram consequências negativas, na maioria, não apenas para a pessoa doente, mas para familiares e profissionais de saúde (HUGELIUS; HARADA; MARUTANI, 2021). Foram apontadas interferências na saúde física e mental; os familiares ficaram preocupados, ansiosos e incertos, demandando maior necessidade informacional por parte dos profissionais e para estes houve o peso ético, aprendendo a dominar novas possibilidades de contato para proporcionar interação social; houve também reconhecimento pelo uso de soluções tecnológicas para encontros à distância de modo a suprir as restrições à visita (HUGELIUS; HARADA; MARUTANI, 2021).

Consoante ao relatado pela Colaboradora Aline, pela limitação das visitas as mulheres relataram haver maior intimidade e mais tempo para si e para o bebê diante da calma do hospital, pois não havia pessoas nos corredores, bem como perceberam os profissionais mais relaxados por estarem atendendo somente a pacientes (VON RIEBEN; BOYD; SHEEN, 2021). Acorde a isso uma revisão integrativa identificou que a quietude na internação devido à ausência de visitantes e o apoio dos profissionais de saúde representaram fator protetivo para a saúde mental de puérperas (PRANDINI *et al.*, 2022). Na experiência de mulheres uruguaias, a ausência de visitas durante a internação devido à proibição foi experimentada de modo ambivalente por não ser possível partilhar os primeiros momentos do RN com as redes sociais mais próximas (VIERA; EVIA, 2021).

Um breve conteúdo que trazemos como fechamento deste tema é o narrado pela Colaboradora Aline, que percebeu a dualidade na pandemia que parece ter conectado mais as pessoas ao mesmo tempo que as percebe cansadas e estressadas.

[...] Eu acredito que as pessoas, ao mesmo tempo em que elas estão mais próximas das pessoas, elas estão um pouco mais distantes também, eu acho que elas estão cansadas desse negócio de máscara, distanciamento, de você não poder levar o seu acompanhante com você, esse monte de coisa sabe? ao mesmo tempo que as pessoas estão mais próximas umas das outras, com esse lado humanizado, viu tanta gente morrer, foi uma coisa complicada [...] Eu acho que pegou bastante gente de surpresa [no início da pandemia] mas agora as pessoas já estão cansadas também, então isso traz um estresse junto com o fato de você tem que ficar de máscara, você tem que seguir um monte de protocolo que, sinceramente, a gente sabe que já não funciona tanto. (COLABORADORA Aline)

7.2.2 Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno

Os subtemas que compuseram este Tema Relevante envolvem os sentimentos por amamentar, as manifestações no corpo, aspectos relacionados à experiência prévia de amamentação e o simbólico do amamentar.

[sobre a amamentação] É mais questão de sensibilidade que a gente tem, mas está sendo tranquilo para mim, estou lidando bem com ela, mais é a sensibilidade no seio mesmo, mas está bem tranquilo, ela mama super bem, não há o que reclamar. (COLABORADORA Lygia)

[...] A amamentação está tranquila, dessa vez está tendo bastante leite, na outra vez eu não tive muito leite, o nenê está mamando bem no peito. Me mantenho tranquila, bem confortável.” (COLABORADORA Carolina Maria)

[sobre a amamentação] Aqui está sendo maravilhoso porque tem as meninas que acompanham a gente, está tudo ótimo., o bichinho mama que... aí oh, até desfalece. [...] não tenho nada de dificuldade [...] graças a Deus. (COLABORADORA Conceição)

[...] Estamos com outro desafio que é amamentar. Eu tenho um dos seios que é bico invertido, então já fez fissura, está machucando, mas faz parte do processo, dá tudo certo. Como eu falei, é novo eu não sei reagir com essas situações. Já tem as situações do parto normal que eu conheço um pouco, questão da cólica na hora que vai dar mamar, que amamentar ajuda o útero a voltar ao local e tudo mais, então tem isso e mais um pouco agora com essa cesárea. (COLABORADORA Hilda)

[...] Eu tinha muito medo de não conseguir amamentar, porque eu fiz cirurgia no peito e hoje eu estou amamentando então as coisas podem surpreender a gente do jeito, uma maneira que a gente nem imagina. Nossa, nem imaginava [...] Porque eu fiz mamoplastia, eu tinha muito peito,

o médico falou que eu tinha tirado muita glândula mamária, eu fiz a cirurgia e o médico falou que eu não poderia ter leite, e eu estou tendo e eu estou muito feliz com isso, muito feliz em poder aumentar ela, que era o meu desejo, um desejo porque você fala: eu estou alimentando a minha filha, eu estou conseguindo amamentar ela, isso é uma coisa muito boa, você se sente assim mais, mais importante! Ah, é uma alegria imensa! [...] A enfermeira que me atendeu, até isso era maravilhosa. Ela me ajudou a tomar banho, me ensinou certinho, que eu achava que tinha que pegar com esses dois dedos [mostra o polegar e dedo médio] e a gente tem que pegar com C, então isso me ajudou bastante [se referindo à forma como usar os dedos para posicionar o seio para amamentação]. (COLABORADORA Thays)

[...] A amamentação hoje que ela está conseguindo pegar melhor, ela ainda está diferenciando o que é apertar, o que é realmente sugar o leite. Dói, dói bastante porque fica sensível. Dói bastante, mas ao mesmo tempo que dói é gostoso ver que você está alimentando. Poder estar passando os nutrientes para ela, saber que é você! Que você tem o que ela precisa! Muito bom. A fonte de alimentação... já está procurando [fala enquanto observa a bebê procurar o seio materno] (COLABORADORA Clarice)

[sobre a amamentação] Normal, normal. Como eu já amamentei meu primeiro filho então dessa vez eu só estou um pouco assim [como que pensativa] porque ele está mamando bastante, até acostumar. Mas está tranquilo, não sofri da primeira vez, não sofri agora. Ele é bem bonzinho também. Eu acho que eu sofri muito mais a gravidez do meu primeiro filho. (COLABORADORA Adélia)

[...] Está mamando bem, não tenho fissura nada, está indo bem, ele mama bastante. Mama e dorme. (COLABORADORA Cora)

[sobre a amamentação] Minha amamentação está sendo um pouquinho complicada e um pouquinho indefinida também, porque na primeira gestação eu tive mastite, eu tive que drenar abscesso, fiquei uma semana internada, eu tenho uma cicatriz na mama e até agora eu não consegui produzir leite nessa mama onde drenaram o abscesso. Na direita está tudo lindo, muito bem, ele está mamando, tanto que nem o bico rachou, estou até achando estranho que está até bonito de ver, agora onde eu tive o abscesso o bico já rachou porque a gente está tentando pôr ele para estimular também, para ver se produz leite, aí o bico já rachou até agora nada porque está dando pouco mais de 12 horas do parto e agora nada; a gente vai ficar nessa indecisão mesmo porque nas primeiras 24 horas que se define alguma coisa, então a gente não sabe se eu vou conseguir continuar amamentando ou não. (COLABORADORA Aline)

Os sentimentos envolvidos na amamentação foram tranquilidade, felicidade, sentir que tudo estava muito bom, que tudo estava indo bem e que estava sendo maravilhoso, e estranheza por ter muito leite. As sensações corporais foram a sensibilidade e dor nos seios.

Mulheres relatam que sua percepção do aleitamento perpassa pelos benefícios que a amamentação proporciona para a saúde do RN, entendendo o leite como o melhor alimento para a criança, para o desenvolvimento dentário do bebê, na interferência positiva no aprendizado, devido a questão econômica, praticidade e

estritamento dos laços afetivos (LIMA et al., 2019). Benefícios que são traduzidos como importantes para superar quaisquer dificuldades em torno dessa prática (LIMA et al., 2019). Ademais, além dos benefícios do ponto de vista do RN, para a mãe há registros de que previne o câncer de mama, auxilia na recuperação do parto e evita a depressão (LIMA et al., 2019).

Embora vista como permeada por benefícios, os sentimentos em relação à amamentação são contraditórios, podendo ser positivos ou negativos; dos positivos, perpassam por prazer, satisfação, felicidade, de se sentir valiosa e dedicada; concebem a amamentação como dom divino, integrante da natureza feminina, vista como algo que ultrapassa a fronteira da característica biológica, considerado como processo natural. Além disso, os mesmos pesquisadores colocam que mulheres sentem satisfação ao amamentar por este momento ainda propiciar forma única de comunicação entre mulher e bebê, através de sorrisos, olhares e carinhos e manifestação de amor, criando o laço emocional e desafio existencial (LIMA et al., 2019).

Esses sentimentos positivos não são únicos, por isso contraditórios, visto que na mesma medida da visão satisfatória estão presentes também a insegurança, cansaço e culpa, trazendo-a como um teste de resistência, desafiador, estressante (LIMA et al., 2019). Sentimentos de desgosto e julgamento moral, preocupação com a dependência do bebê e mais responsabilidade e cobranças também são descritos (LIMA et al., 2019).

Ainda relacionado aos sentimentos experienciados, estes não são excludentes em positivos e negativos, e variam conforme quem o vivencia; para primíparas os sentimentos ao amamentar podem por exemplo ser ambíguos, entre as dificuldade e satisfação, prazer e realização (DE BORTOLI; POPLASKI; BALOTIN, 2019). Das dificuldades, estão relacionadas à pega, que pode ser resolvida com a orientação profissional, e a fissura mamilar, que ocorre nos primeiros contatos entre o bebê e o seio materno ou no primeiro dia após o parto (DE BORTOLI; POPLASKI; BALOTIN, 2019). O que corrobora aos achados em nossa pesquisa, as Colaboradoras Thays e Clarice, ambas primíparas, tiveram relato substancial sobre a amamentação e os sentimentos afins. Thays relatou que sentia medo por talvez não amamentar devido à mamoplastia e que ao amamentar sentiu imensa alegria; Clarice, por sua vez, relata que é gostoso amamentar.

O histórico das mulheres teve representação, tais como ter feito mamoplastia, experiência prévia de amamentação com mamilo invertido e com mastite e atualmente, amamentar novamente com os seios com mamilo invertido e rachadura. Citaram o bico invertido e fissura como problemas na amamentação atual. Neste sentido os cuidados com as mamas são fundamentais, haja vista que crenças e culturas diversificadas podem causar interferência, propiciando desmame precoce (STREFLING, et al., 2017). Ademais, é importante não se restringir ao aspecto físico, considerando que a amamentação envolve aspectos de outras dimensões da mulher e bebê.

A capacidade da mulher de decidir sobre o que considera adequado induz a começar e manter a amamentação; nesse processo muitas vezes são incentivadas a amamentar (CAMARGO et al., 2018). Em mulheres que tiveram cirurgia mamária prévia (aumento ou, principalmente, redução dos seios), caso da Colaboradora Thays, a amamentação teve início, mas não se manteve e isto muito devido às características e funções mamárias limitantes, tal como a quantidade reduzida de ductos mesmo com as glândulas mamárias residuais ativas e em funcionamento (CAMARGO et al., 2018). Para essas mulheres predominaram sentimentos negativos sobre a dificuldade e o fracasso na amamentação, demonstrando tristeza com choro, frustração, preocupação, culpa, sofrimento, nervosismo e ansiedade; por outro lado, para aquelas, embora poucas, que tiveram sentimentos positivos estes foram oriundos do amor materno incondicional idealizado sobre a maternidade e por persistirem na amamentação (CAMARGO et al., 2018).

Os traumas mamilares, entendidos como lesão e/ou alteração causada no tecido da mama que seja originária do manejo inadequado e/ou de aplicação incorreta da técnica de amamentação, são das principais causas na dificuldade em amamentar e é um dos principais contribuintes para o desmame, associando-se à presença de dor e à pega incorreta (BICALHO et al., 2021). Foram observadas a escoriação, fissura, vermelhidão/hiperemia e rachadura como traumas mamilares mais frequentes (BICALHO et al., 2021). A Colaboradora Hilda relatou fissura e mamilo invertido e a Colaboradora Aline sobre fissura, ambas com dificuldade em amamentar em decorrência disso. Outro dificultador é o tipo de mamilo e, ainda que o amamentar não dependa somente desta característica, a protusão mamilar foi apontada como fator contribuinte para o bom andamento da amamentação (BICALHO et al., 2021). Como fator de proteção para o trauma mamilar foi sinalizada

a orientação sobre a pega e posicionamento adequado do RN ao seio materno (BICALHO et al., 2021).

O processo de lactação para mulheres com fissuras e que não tiveram aleitamento materno exclusivo é tido como doloroso e difícil obstruindo ou impedindo a manutenção da amamentação, o que gera infelicidade e culpabilização das mulheres por não alimentarem seus filhos. Tal processo envolvendo a dualidade entre querer amamentar e não o fazer devido às fissuras (LIMA et al., 2019).

As dificuldades da amamentação, por exemplo as relacionadas à fissura, podem ser solucionadas com auxílio profissional, dentre os quais se destacam as enfermeiras. Nesse sentido, a orientação da pega correta por parte da enfermeira foi citada pela colaboradora Thays. A Colaboradora Hilda, como consta no caderno de campo, recebeu ajuda da enfermeira do Banco de Leite Humano (BLH). No Brasil, a Rede de Banco de Leite Humano (rBLH-BR) é ação estratégica da Política Nacional de Aleitamento Materno responsável por realizar a coleta, processamento, e distribuição de leite humano a bebês prematuros e de baixo peso (REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO (rBLH) Brasil, 2023). Nesta organização os BLHs fazem atendimento de orientação e apoio à amamentação (rBLH Brasil, 2023).

Quando os profissionais de enfermagem são atenciosos e demonstram ter capacidade técnica, as mulheres revelam sentirem-se seguras e confiantes. Para este cuidado ser integral e efetivo é preciso que se leve em consideração as características sutis e subjetivas de cada mulher e bebê e que haja habilidades interpessoais no planejamento de atividades sistematizadas, organizadas e fundamentadas cientificamente (STREFLING, et al., 2017). No puerpério imediato e nas semanas iniciais após o parto, a segurança da mulher e do bebê são essenciais para a evolução da saúde de ambos (STREFLING, et al., 2017).

O cuidado profissional voltado à amamentação é importante ao longo da gestação até puerpério, especialmente neste, quando de fato o ato ocorre. Dos profissionais de enfermagem a parteira se destaca como fundamental no cuidado prestado no puerpério, tanto no ambiente hospitalar durante a hospitalização, quanto no cuidado longitudinal, prestado no âmbito primário de atenção à saúde (RODRÍGUEZ-GALLEGO et al., 2022). Este cuidado, durante a pandemia, foi ofertado através de contatos de *whatsapp* e grupos de apoio virtuais pelas redes sociais (RODRÍGUEZ-GALLEGO et al., 2022). A parteira foi agente essencial para o não abandono da amamentação (RODRÍGUEZ-GALLEGO et al., 2022).

No contexto pandêmico foi identificada escassez de informação nos primeiros dias de puerpério durante a internação hospitalar em que as mulheres relataram o que suscita ser um interesse superficial dos profissionais de saúde sobre a amamentação, e quando estes realizavam alguma ação, a faziam no lugar da mulher, por ela e não com ela, sem que essa fosse participante ativa do processo (RODRÍGUEZ-GALLEGO et al., 2022).

Adicionalmente, a revisão apontou que houve influência da pandemia no aleitamento materno no puerpério. Houve influência nos cuidados sobre o aleitamento materno, apontando que medidas preventivas contra covid-19, tais como uso de máscara de proteção facial ao amamentar, higienização das mãos prévia a pegar o bebê e no manuseio da bomba de leite, realização de testes para covid-19 na admissão, separação do leito mulher-bebê foram tomadas e prejudicaram a amamentação; nas taxas do aleitamento materno, com maiores taxas de alimentação por fórmula e por leite ordenhado em mulheres com covid-19 (SOUZA et al., 2021).

O mesmo estudo apontou a influência na rede de apoio composta por profissionais de saúde, grupo de apoio, familiares, amigos e colegas de trabalho, com alguma falta de assistência por parte dos serviços; nas emoções da mulher puérpera com predomínio de preocupação e estresse relacionadas ao trabalho, por estar internada e distante do bebê, pelas demandas financeiras para aquisição da fórmula infantil e disponibilidade do produto nas lojas, e transmissão do vírus pelo leite; e por fim, influência no uso da tecnologia para apoio ao aleitamento materno, com uso de redes sociais *online*, rádio, televisão e teleatendimento (SOUZA et al., 2021).

O simbolismo do amamentar fala do desejo das Colaboradoras de fazê-lo, de sentirem-se importantes, valorizadas como única fonte de nutrientes que o bebê precisa e de não se ver como necessária depois que o bebê nasce. Para algumas mulheres amamentar é um sonho, um objetivo absoluto, uma idealização, uma ação vista como sempre benéfica, mas nem sempre prazerosa (PASTORELI et al., 2019). O simbolismo voltado à realização fortalece o vínculo entre a mulher e o bebê (DE BORTOLI; POPLASKI, BALOTIN, 2019).

Nesse sentido, o aspecto cultural pode refletir no aleitamento materno, pois pode influenciar o comportamento e a adaptação à maternidade, é determinante na mudança de pensamento para a mulher experimentar amamentar o bebê e enfrentar

o medo e a falta de segurança que sente (PASTORELI et al., 2019). Por outro lado, o aspecto social pode obrigar a mulher a amamentar e quando o sonho não se realiza a mulher sente culpa, frustração, associa não ser boa mãe por não ter amamentado (PASTORELI et al., 2019).

Neste sentido, tão ou até mais valioso que acolher a realização da mulher que amamenta, é o acolhimento da sensação de “não ser necessária” como revelado pela Colaboradora Aline e que pode vir carregado de dor; neste sentido são caras as ações de cuidado no puerpério imediato, pois também há atuação da equipe multiprofissional, o que estende a possibilidade de cuidado. Assim, ações voltadas unicamente aos aspectos biológicos, representativas do modelo biomédico, não suprem as necessidades da mulher puérpera que vive uma transição e, por vezes, necessita que seja atentamente ouvida, tenha suas dúvidas esclarecidas e sua angústia suavizada (STREFLING, et al., 2017).

Nesta linha, apresentou-se, na fala da Colaboradora Aline, a possibilidade de não amamentar

A gente está tentando fazer isso. Isso é uma coisa muito complicada também, mas eu já falei que para mim, se eu não conseguir... eu já vi meu filho mamou 2 semanas só, o primeiro, e depois ele foi para o NAN (fórmula de leite infantil em pó) e até hoje ele toma NAN, ele está bem, está ótimo, teve um episódio de doença em um ano e quatro meses, ele não pegou uma gripe, nada, ele teve um episódio de roséola que é uma coisa que na idade dele é muito difícil de não ter, então ele cresceu bem, não precisa de mim, entre aspas. O que eu podia eu fiz e ele se virou muito bem, então também não estou preocupada com isso, se eu precisar interromper. Hoje não tem aquela coisa de que "ah tem que mamar no peito da mãe" não, de forma alguma; tecnologia está lá em cima também; meu filho cresceu bem, está bem até hoje, inclusive já daqui dois meses é para até tirar o leite dele, que ele não precisa mais, ele come bem, então não estou nenhum pouco preocupada se eu precisar interromper a lactação desse também, eu não estou com medo como eu tive da primeira vez que eu achava que ele era muito novo para parar de mamar, porque a gente tem essa coisa na cabeça de todo mundo fala "ah tem que mamar, tem que mamar", não cara, não tem... essa é a realidade. O filho precisa da mãe para nascer, o resto não precisa mais. Isso é uma triste realidade para a mãe. O filho precisa da mãe para nascer depois tudo é substituível, mas eu não estou preocupada, se eu precisar fazer eu sei que ele vai sair bem. (COLABORADORA Aline)

O trecho nos permite inferir que, embora haja demanda externa da comunidade e profissionais pelo aleitamento materno exclusivo, é necessário respeitar as mulheres que não o fazem, independente da razão. Cabe aos profissionais da saúde não julgar, mas acolher com dignidade e prestar o melhor

cuidado possível para cada caso, caso contrário corre-se o risco, e neste caso um risco danoso, de entrar no movimento do modelo tecnocrata que culpabiliza a mulher por não iniciar ou levar a amamentação adiante, visto que desistir estará associado ao fracasso e incapacidade do corpo feminino. A Colaboradora retoma na sua narrativa que “não se preocupa” se precisar cessar a amamentação, e talvez justamente por essa retomada ela demonstra a preocupação que sente em justificar para si, ou para o meio, caso precise interromper o aleitamento materno. Segundo Pastorelli et al. (2019) por vezes as mulheres podem sentir medo do julgamento social por não amamentarem.

Ao se ter compreensão do que envolve o cenário de disciplina hospitalar é relevante que se perceba que o aleitamento toma aspecto institucional e disciplinar, naturalizado tanto pelos profissionais sobre as mães quanto pelas mães, como processo ou como uma tentativa obrigatória para que aconteça a alta hospitalar, e que de certa forma “qualifica” a mãe para que desempenhe essa função fora deste ambiente (GENERO; SANTOS, 2020).

A questão da amamentação pode ter forte cunho social e cultural. Entrevistando mulheres no Brasil e na França foi descrito que as mulheres brasileiras não questionam a amamentação, que parece não haver uma escolha a ser feita pois que a amamentação é algo natural após o parto; essas mulheres parecem aceitar a dor e abnegarem-se diante do tornar-se mãe (PASTORELLI et al., 2019). Para as mulheres na França a amamentação é uma escolha, elas sentem como se amamentar as fizesse perder a liberdade, algumas dizem sentir-se inúteis fora produzir leite, como se esta fosse a única questão a que fossem reduzidas; elas voltam-se para si após o parto e desistem de amamentar pelo pudor relacionado à conotação sexual dos seios bem como diante da dor ou antes de sentirem dor (PASTORELLI et al., 2019).

Neste sentido, reitera-se que no modelo tecnocrata a mulher não tem a possibilidade de escolha, pois esse poder é delegado ou tomado pelo profissional de saúde, que decide o que é melhor, sem que, muitas vezes seja oferecida para a mulher informação para a decisão informada. Por outro lado, o que o modelo humanizado propõe é que a mulher, tendo informações adequadas, possa tomar a decisão por si em trabalho colaborativo com o profissional de saúde, mas de modo que ela seja ativa e preponderante na decisão.

7.2.3 Conseguir: verbo transitivo direto e indireto

Este Tema Relevante reporta-se à língua portuguesa. Conseguir foi palavra que emergiu das narrativas e sobressaiu-se à análise da pesquisadora, sinalizando como se o parto e puerpério fossem uma luta, algo a ser vencido pelas mulheres. Os verbos transitivos são aqueles que necessitam de algum complemento para que tenham sentido completo; conseguir não pode estar sozinho, precisa de algum “o quê”, “quem”. Quando o verbo transitivo é direto o complemento não precisa de preposição e quando indireto necessita preposição. Conseguir se movimentar nas duas possibilidades.

Há dois subtemas nesta seção quais sejam sobre a transformação pessoal e sobre conseguir. Os trechos representantes desse Tema dizem que

[...] A mãe também nasce. Tem muitas mães que nascem ali, por ser primeiro [filho]. (COLABORADORA Lygia)

[...] Nenhum parto é bom, mas não tenho do que reclamar. [...] Uma nova mulher, em cada gestação foi uma nova P. que nasceu, isso baseado na vida, na vida que a gente traz ao mundo, que depende só da gente, não depende de mais ninguém. Somos só eu e ele, a criança, e mais ninguém. Só depende da gente. E é isso. (COLABORADORA Conceição)

[...] Ele nasceu ontem, meio dia e quarenta e sete. Eu comecei ter dor às dez horas e pouco [da noite] em casa, vim para cá onze e cinquenta da manhã então foi um bom tempo, foi uma luta, mas ele veio de cesárea. [...] Eu já tive 2 partos normais então conheço um pouco do meu corpo, eu sei que dilata rápido, eu sei quando que quando o corpo pede para fazer força você vai fazer a força, o corpo manda, e ali eu já tinha visto que não estava evoluindo (COLABORADORA Hilda)

O parto é difícil, é normal. Eu queria cesárea, eu achava que ia ser cesárea, iria doer menos, estava marcado para sexta-feira [...] Na hora do parto a dor é imensa, a dor é... você acha que você vai morrer! É uma sensação que você fala “eu não vou aguentar, eu vou morrer” essa sensação que eu tinha. [...] Depois de ter passado tudo que eu passei... assim, foi um pesadelo porque eu achei que eu ia morrer e que eu não ia aguentar que eu não ia conseguir tirar ela de mim, que eu não ia ter essa força, e consegui! É uma vitória, nossa, que vitória! Porque você acha que literalmente vai morrer, eu achei que eu ia morrer que eu não ia aguentar, eu já não tinha força nenhuma. [...] na hora o parto não tinha força nenhuma, na hora que eu peguei ela [a bebê] eu não conseguia falar, eu já não conseguia falar. Eu estou com dor de garganta de tanto que eu gritei, porque a dor é tanta que eu gritava, eu uivava. Meu Deus é uma dor terrível que parece que a gente não vai aguentar, mas Deus faz tudo certinho e a gente aguenta. Parece que foi um pesadelo [risinho leve] eu falo que não parece que eu consegui, porque na minha cabeça eu não vou conseguir e eu tinha certeza de que não conseguiria, então para mim eu ainda estou em choque, eu estou em estado de choque porque eu olho para ela e falo: meu Deus! Ela saiu de mim! Eu consegui! Eu fui forte o bastante para ter ela! Então para mim, eu não tenho nem palavras, eu acho

que eu estou em estado de choque mesmo, eu não consegui, eu estou meia boba ainda [...] É a primeira [filha] mas eu cuidei muito dos meus irmãos. Você cresce, você é mulher de verdade é isso que a gente se torna, você vê que é amor de verdade depois que você tem um filho. Eu me vejo ainda com pouco de medo, parece que a qualquer momento vai acontecer mais alguma coisa, então é uma sensação muito ruim porque você sempre fica esperando uma coisa ruim. Eu falo assim: “Meu Deus, será que eu estou sendo ruim mesmo? Será que eu estou sendo... será que estou certa? [...] Loucura e amor. Loucura, porque, eu não sei porque eu estou falando loucura, mas até nas mensagens que eu mandei que as pessoas perguntaram do parto, eu falei que é muita loucura. Porque você acha que você não vai aguentar, você tem certeza, eu tinha certeza que ela não ia conseguir sair de mim, porque a dor era tanta, tanta, tanta eu quase desmaiei umas 3 vezes, meu marido me pegava mole [...] eu nunca imaginei que eu teria essa...essa força, porque eu me sinto tão fraca, tão perdida, tão frágil no meio de tanta coisa e hoje eu consegui ser mãe! A força que surgiu que eu não sabia que existia. (COLABORADORA Thays)

[...] É uma experiência muito diferente. Você vê o ser humaninho tão pequenininho que parece com você até no jeitinho assim. É diferente, é muito... é uma sensação... eu não sei te explicar, para ser bem sincera eu não sei te explicar, é uma sensação bem, bem diferente mesmo. Eu até fico emocionada [mareja os olhos] Eu nunca pensei que fosse sentir isso, sabe? Que falam que a gente acha que a gente sabe o que é amor de verdade, a gente só acha mesmo, depois que tem o ser humaninho que descobre como as coisas são diferentes. No parto como foi bem difícil achei que eu não fosse conseguir, que eu não fosse ter força, de verdade, altas vezes eu achei que eu não ia conseguir, mas acaba havendo uma força não sei de onde, não sei te dizer, uma força muito, muito, muito, muito, muito grande e aí vem... vem o ser humaninho. Mas não é fácil. Não vou te dizer que eu quero passar por isso de novo porque dói demais, demais, eu estaria sendo hipócrita se falasse que não. Mas é uma experiência única [...] Acredito que realmente seja um presente Dele para a gente e é uma sensação única [...] É todo um processo e o amadurecimento que vem também. A minha cabeça pelo menos mudou bastante, bastante, bastante, bastante mesmo! Agora a gente pensa 10 vezes as coisas. Antes a gente achava “ai, sou imbatível” agora a gente vê que não é. Porque querendo ou não você tem um ponto fraco e o ponto fraco é o ser humaninho que depende da gente [...] (COLABORADORA Clarice)

[...] A responsabilidade que entra é muito grande e se você não entende isso você não está pronta para ser mãe ou pai; eu penso assim, porque botar filho no mundo é muito fácil, agora criar, entender o que você fez, toda a responsabilidade desse ato é muito diferente, porque é alguém, vai se transformar em alguém que vai ter uma personalidade, ele vai ter um caráter, então quem que você quer que fique nesse mundo? Você quer alguém decente, você quer um bandido, você quer deixar o quê para esse mundo? E são as escolhas que a gente faz. Se você não entende que você colocou uma pessoa no mundo que você precisa transformar esse... essa coisinha que saiu de dentro de você em alguém que possa fazer uma pesquisa, que possa transformar alguma ideia em alguma coisa, que possa realizar algo por alguém ou por outras coisas também, você não é mãe, você é uma parideira, você só veio para pôr filho no mundo, você não está preocupada com o que que você vai deixar para trás e uma hora você vai morrer, e o reflexo disso? De toda uma vida que você teve? Que que é? (COLABORADORA Aline)

A transformação pessoal que sentem no pós-parto foi revelada pelas Colaboradoras nas frases “a mãe nasce” (Lygia); “uma nova mulher” (Conceição);

“você cresce, é mulher de verdade depois que tem um filho”, “eu me sinto tão fraca, tão perdida, tão frágil no meio de tanta coisa e hoje eu consegui ser mãe! A força que surgiu que eu não sabia que existia” (Thays); “é todo um processo de amadurecimento”, “acha que a gente sabe o que é amor de verdade, a gente só acha mesmo, depois que tem o ser humaninho que descobre como as coisas são diferentes”, “é uma experiência única” (Clarice); “a responsabilidade que entra é muito grande e se você não entende isso você não está pronta para ser mãe ou pai” (Aline).

A gravidez e o parto são tidos como acontecimentos naturais e são eventos de imensa relevância de cunho moral e emocional (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Momentos especiais, delicados, na vida das mulheres em que elas podem vivenciar experiências que não esquecerão e que são transformadoras (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). A intensidade e delicadeza (física-moral-emocional) envolvidas nesses eventos os transformam em situações de vulnerabilidade e perigo potencial, cuja ambivalência se torna ainda mais complexa ao se contrapor teoria e prática da obstetrícia biomédica à sabedoria impregnada nos corpos das mulheres e que outorga a elas poder a ser respeitado (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021).

A gestação abrange pontos de transformação para as mulheres (MOTA *et al*, 2019). Gera nelas uma sensação de perda de controle, avaliação e comparação com outros momentos de vida e uma reformulação da imagem (MOTA *et al*, 2019), assim como trouxeram as Colaboradoras sobre entendimentos anteriores a terem filho e à forma como se enxergam agora. Causa aumento da responsabilidade (MOTA *et al*, 2019), à exemplo das falas das Colaboradoras Aline e Clarice, e de crescimento pessoal (MOTA *et al*, 2019), como revelado pela Colaboradora Clarice. Este crescimento está conectado ao tornar-se mãe, em que há definição da personalidade, desenvolvimento e mudança nas relações interpessoais (MOTA *et al*, 2019). A maternidade é a experiência mais profunda para a mulher, incomparável a qualquer outra (MOTA *et al*, 2019). Ocasiona crescimento pessoal, definição da personalidade, pertencimento, propósito e ressignificação do sentido da existência, autoestima, feminilidade e confiança (MOTA *et al*, 2019).

O ser mãe tem como representação a priorização pelo bebê, a transformação de seu papel social e mudanças em relação ao aspecto profissional/trabalho, elegendo o bebê como principal num processo por vezes

trabalhoso e ambíguo, e a maternidade como cansativa, exaustiva (GENERO; SANTOS, 2020).

Embora em contexto diferente, de parto domiciliar planejado (PDP), as mulheres participantes de uma pesquisa revelaram que, durante o parto, acessam um local somente delas, um ambiente em que se deparam e enfrentam os desafios internos, o mesmo núcleo onde encontram sua essência de ser e de mulher, defrontam-se com o mistério e com a força da natureza e encontram sua potencialidade e poder através da conexão com o divino e sagrado em si mesmas (DENIPOTE, 2022).

No sentido de renascimento que contam as Colaboradoras quando falam de algo novo nascer, seja o papel de mãe, de sentir-se nova mulher ou o amor de verdade, foi descrito que durante o trabalho de PDP a mulher encontra motivação interna para dar seguimento ao processo físico do parto e seguir para trazer à luz seu filho e, subjetivamente, a si mesma (DENIPOTE, 2022).

A vivência de concluir a jornada do parto é entendida como autossuperação e autocapacidade, pois a mulher ultrapassou desafios e limites particulares; ela percebe que passar pelo PDP concebe poder, pois descobre as potencialidades que possui internamente e chega à essência de si mesma que é ser forte, livre, sagrada e poderosa, um verdadeiro renascimento (DENIPOTE, 2022). A sensação de domínio por terem gerenciado os desafios apresentados no trabalho de parto descreve sentido de elevação e de realização (MOTA *et al.*, 2019).

Assim como relata a Colaboradora Clarice, que é “um processo de amadurecimento”, e como dito, embora em outro contexto, a jornada pela qual passaram as mulheres da pesquisa de Denipote (2022) revelaram que é um processo de autoconhecimento e amadurecimento, possibilitando que curas emocionais ocorram, propiciando uma melhor compreensão e contatando profundamente seus aspectos internos, emoções, sentimentos e subjetividades, para além dos aspectos físicos envolvidos no parto.

O parto é entendido como um portal de passagem, transição; o nascimento vai mais além do que o ato de tirar o bebê saudável; é elemento que constitui o parto como experiência ímpar (MOTA *et al.*, 2019). Este portal é tão intenso e valoroso que em partos traumáticos ocorridos sem a vinculação com os profissionais da equipe associam-se à desvinculação da mulher com seu protagonismo, gerando dificuldades para iniciar a maternidade após a alta hospitalar, aceitação do bebê e

percepção de ser uma mulher disfuncional por não ter sido ativa no parto e iniciando-se como mãe, pois ainda que os bebês fossem saudáveis, a passagem pelo portal foi vedada (MOTA *et al.*, 2019).

Por outra via, mulheres que atravessam esse portal sentem-se fortes, capazes, em sintonia consigo, conhecem sua capacidade e celebram essa passagem (MOTA *et al.*, 2019). Assim, o ambiente atua como componente que promove essa transformação e é importante que a assistência profissional ao parto supere ações no sentido de objetivar somente o nascimento de um bebê saudável, mas que envolva o incognoscível do parto (MOTA *et al.*, 2019).

No que se refere ao conseguir, as Colaboradoras narraram ser “uma luta” (Hilda); “que foi um pesadelo porque eu achei que eu ia morrer e que eu não ia aguentar que eu não ia conseguir tirar ela de mim, que eu não ia ter essa força, e consegui! É uma vitória, nossa, que vitória!” (Thays); “achei que eu não fosse conseguir, que eu não fosse ter força, de verdade, altas vezes eu achei que eu não ia conseguir, mas acaba havendo uma força não sei de onde” (Clarice).

O verbo conseguir é oriundo do latim *consequi*, que significa encontrar êxito ou sucesso, conquistar. Nesta perspectiva de que o parto é uma luta, quando passam por ele a sensação é de vitória especialmente porque duvidam do próprio corpo, porque não pensam que terão força suficiente para suportar o percurso doloroso do trabalho de parto.

Ao revelarem a dúvida de si mesmas, não reconhecerem sua força, não acreditarem no seu corpo as narrativas nos remetem à aspecto que podemos relacionar ao modelo tecnocrático. Neste modelo o sistema médico opera de forma a convencer as mulheres de que as funções femininas inerentes são defeituosas e perigosas; inculca a ideia de que o corpo feminino é anormal, que não é previsível e naturalmente uma máquina defeituosa; apregoa que a gestação e o parto deixam este corpo-máquina num risco contínuo de ou funcionar mau ou de falhar totalmente (DAVIS-FLOYD, 2017).

Neste mesmo modelo as mulheres veem o corpo como algo fragmentado, como se o útero fosse um vaso alheio, afastado do corpo e entendem tanto o desenvolvimento quanto o nascimento do bebê como algo mecânico, sem que haja o envolvimento da mãe neste processo (DAVIS-FLOYD, 2017). O cuidado consigo, a nutrição e outros aspectos são vistos pelas mulheres como se fossem uma necessidade somente para o bebê, sem relevarem sua própria participação ativa

para o crescimento e evolução da gestação (DAVIS-FLOYD, 2017). O nascimento é visto como um processo mecânico e não com o intrínseco valor de dar à luz naturalmente, pois que a tecnologia é superior que a natureza de todo modo (DAVIS-FLOYD, 2017). Essa percepção fragiliza, enfraquece, por vezes sutilmente, a força da mulher, a confiança em si mesma e afeta a capacidade de escolhas e de vivenciar plenamente seu processo.

Na gravidez e no parto a autonomia da mulher envolve características determinantes da autoeficácia e do poder de autocontrole e relacionado às decisões que a afetam (MAUADIE *et al.*, 2022). As características internas são acreditar nas habilidades que possui para atingir objetivos significativos e atuar diante do contexto situacional, e as externas são a igualdade de gênero, receber informações qualificadas e a facilitação nas escolhas e decisões (MAUADIE *et al.*, 2022). Para que a mulher possa exercer essa autonomia é preciso um ambiente livre de violência, que sejam garantidos os direitos humanos e o acesso àquilo que é necessário para se promover a igualdade de gênero (MAUADIE *et al.*, 2022).

No momento do parto, a mulher vive não somente os desafios relacionados ao corpo como também os desafios internos manifestados pelo choro, sentimentos de medo e vulnerabilidade que lhe são desconfortáveis (DENIPOTE, 2022). Para que a travessia do estado de gestante para uma nova versão de si mesma aconteça, é preciso que a mulher encare esses desafios; ela percebe que, ainda que receba auxílio externo, parir depende unicamente de si e é nesse íterim de compreensão que ela acessa internamente sua essência, o espaço subjetivo em que jorra sua fonte de poder, encontrando força em si mesma e experienciando um lugar sagrado em si (DENIPOTE, 2022).

Vivências sobre o trabalho de parto, parto e puerpério imediato perpassam pela experiência da dor, medo, ansiedade, preocupação e tensão, pelo êxtase e por estar “fora de si”, pela satisfação por ter conseguido chegar ao parto após ter passado pelo longo tempo de gestação (GENERO; SANTOS, 2022). Envolve também a concretização em ver e ter a presença e demandas do bebê juntamente com as sensações que o corpo da mulher apresenta (GENERO; SANTOS, 2022). Essa concretização entrepassa pela ambivalência, pela tomada de consciência e mudança trazidas com o parto e nascimento (GENERO; SANTOS, 2022).

Para algumas mulheres que tiveram parto vaginal este é entendido como um acontecimento ingovernável, sangrento, de muita dor e risco (ROCHA; FERREIRA,

2020). Simultaneamente, relatam que não se sentem capazes de parir naturalmente, alegando aspectos corporais restritivos, tais como força física, aguentar a dor e medidas do quadril como determinantes (ROCHA; FERREIRA, 2020). As mulheres, muitas vezes, não sabem sobre ou desconsideram meios alternativos de analgesia e outros fatores externos que as podem auxiliar no parto vaginal (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Neste aspecto, salienta-se a importância da informação adequada, especialmente durante a gestação, como forma de preparação da mulher, acompanhante, familiares, pois isso culmina na experiência de parto e puerpério. Embora a maioria do conteúdo verse sobre o parto, pois realmente há lacunas em relação ao puerpério, são fases interconectadas e é no puerpério que a interpretação e a compreensão do que viveu no momento tão poderoso do parto acontecerá mais intensamente. Embora não somente por isso, visto que este período envolve tantos outros matizes, mas também por isso é indispensável o acolhimento e assistência individualizada à mulher seja quando ela demonstrar sentir-se incapaz ou vitoriosa.

7.2.4 Nuances do cuidar

Este Tema é estruturado pelos subtemas (in)delicadezas. A nuance de delicadeza emergiu da satisfação envolvida com o atendimento profissional (presença, fornecimento de informações) e com o afrouxamento de algumas medidas de precaução contra covid-19 (acompanhante e máscara de proteção facial).

Foi super bom, foi surpreendente na verdade. Como eu falei, eu já esperava assim: “Meu Deus, não vai poder fazer nada, não vai poder ninguém ficar comigo”. E agora, como está um pouquinho mais liberado, foi bem boa a experiência. Eu não conhecia, nunca tinha nem entrado aqui no hospital e eu gostei bastante, foi muito bom. (COLABORADORA Lygia)

Aqui está sendo maravilhoso porque tem as meninas que acompanham a gente, então está tudo ótimo [...] Então para mim está sendo bom, eu quero ver a hora que eu chegar em casa, é só eu, ele e mais duas [filhas], meu marido trabalha o dia inteiro. Em casa quero ver o bicho pegar. Porque aqui a gente não faz nada. A gente é cuidada. E tem auxílio, agora em casa é diferente, em casa é a gente pela gente. (COLABORADORA Conceição)

[...] Cuidaram muito bem, colocaram a gente num quarto sozinhos, em que eu podia ficar sem máscara, foi ótimo porque eu acho que eu não

aguentaria ficar de máscara nesse momento, sufoca, ainda mais que parece vai morrer, então foi muito bom isso, eu me senti muito à vontade, muito bem acolhida, a doutora foi maravilhosa, as pessoas que me cuidaram até hoje de manhã para me ajudar dar banho. [...] Eu vi que estão deixando eu respirar para poder ter esse momento com a minha filha [...] A doutora que me atendeu foi maravilhosa, ela deixou ficar apertando a mão dela, eu gritava, pedia socorro para ela, ela falava “eu vou te ajudar, eu estou aqui”. É muito louco. Porque ela [a médica] olhava para mim e falava “eu estou aqui, você vai conseguir” a doutora e meu marido falavam: “você vai conseguir” [...] A enfermeira que me atendeu, até isso era maravilhosa. Ela me ajudou a tomar banho, me ensinou certinho (COLABORADORA Thays)

Durante o parto não imaginei que seria tão complicado, muita dor, mas uma equipe excelente, que ajudou muito, pessoas maravilhosas realmente. (COLABORADORA Cora)

[...]aqui no hospital, sempre, todas às vezes que eu precisei vir aqui eu fui muito bem atendida, o pessoal me atendeu muito bem, então isso já traz um pouco mais de conforto para a gente [...] Mas eu vim algumas vezes e todas as vezes em que eu vim aqui eu sempre fui muito bem atendida, todo mundo, os médicos também me tiraram todas as dúvidas, foi realmente um atendimento muito bem humanizado, que eu digo [...] o atendimento da pessoa... me explicaram, perguntam se eu tenho dúvidas, várias pessoas, em vários momentos, eu acho isso muito importante, esse lado humanizado das pessoas, eles se preocupam com você. Acho que na saúde a gente tem que ter isso porque a gente trabalha com pessoas, a gente não trabalha com coisas; eu nem falo animal porque eu acho que animal tem que ser tratado melhor que pessoa, mas a gente não trabalha com coisas, a gente trabalha com pessoas. (COLABORADORA Aline)

É possível perceber a profundidade da percepção das Colaboradoras sobre o atendimento recebido pois, dos extratos de narrativas acima temos que a mensuração do atendimento foi “super bom” e “surpreendente”, “maravilhoso” e “ótimo”, “muito bem”, “excelente”, “muito bem” retomando que o cuidado, a preocupação e a “humanização” da equipe foram aspectos relacionados à satisfação.

Foi trazido nas narrativas que as Colaboradoras se sentiram “acolhida”, “cuidada”, com “conforto”. As delicadezas revelaram-se em situações sutis de encorajamento, de toque na mão no momento do parto e questões informacionais e práticas como orientação sobre amamentação, esclarecimento de dúvidas, auxílio para banho no puerpério imediato. Para a mulher que está no puerpério imediato, seja a primeira vez ou não que passe por esse momento, sentir-se acolhida e cuidada tem uma potência de cuidado e fortalecimento muito elevadas pois, ela sente que não está sozinha, que em momentos que possam ser de vulnerabilidade, estando num local que não lhe é de todo conhecido, com pessoas também desconhecidas, num período de maior risco como foi durante a pandemia, algumas

vezes sem acompanhante, tendo recém passado pelo intenso momento do parto, as profissionais de saúde são apoio através do cuidado para essa mulher.

Esses apontamentos relacionam-se intimamente ao modelo humanístico de assistência que tem como característica a conexão entre corpo e mente, a mulher é vista como sujeito e não como objeto, a essência do modelo é o vínculo de cuidado entre mulher e prestador de cuidados (DAVIS-FLOYD, 2017). No modelo humanístico, a singularidade e humanidade da mulher são compreendidas e respeitadas nas circunstâncias pessoais do nascimento, quando a mulher é encorajada através das mãos e olhos dos profissionais (DAVIS-FLOYD, 2017), consoante ao que a Colaboradora Thays relatou [...] “A doutora que me atendeu foi maravilhosa, ela deixou ficar apertando a mão dela, eu gritava, pedia socorro para ela, ela falava “eu vou te ajudar, eu estou aqui” [...] olhava para mim e falava “eu estou aqui, você vai conseguir” [...].

Ao considerar a conexão corpo-mente entende-se que o organismo que sente dor é capaz de interagir e responder ao ambiente e às pessoas ao sentir do toque, à gentileza (DAVIS-FLOYD, 2001) ao encorajamento, como visto na narrativa de Thays. Esses aspectos são possíveis através do princípio relacional do cuidado, em que se estabelece uma conexão real, presente, entre profissional e mulher que possibilita o cuidado (WALDOW, 2004). Devido às características da parturição, é necessário que o profissional de enfermagem construa interações que sejam efetivas e relações de cuidado que sejam pautadas na solidariedade, apoio emocional, conforto e calor humano (REIS *et al.*, 2017).

No modelo humanístico o mais valorizado é aquilo que vem do interior da mulher para o exterior: seus sentimentos, pensamentos, desejos, não desconsiderando a informação fornecida por outros meios, como os equipamentos (DAVIS-FLOYD, 2017). Assim, ouvir a mulher é premissa importante e deve ser combinada com a informação oriunda da técnica (DAVIS-FLOYD, 2017).

Os aspectos positivos do cuidado de enfermagem prestado a mulheres no puerpério imediato foram identificados em outro estudo, em que as mulheres relataram que as profissionais foram atenciosas, atentas aos sinais que o corpo delas manifestava, as ensinaram aspectos práticos do cuidado consigo e com o RN, tiraram dúvidas e tinham mais tempo disponível para elas do que os médicos (MESQUITA *et al.*, 2019). O bom atendimento também foi identificado pelas mulheres quando os profissionais demonstravam paciência, manejavam reações

emocionais e verbais no trabalho de parto e esclareciam dúvidas reiteradas no puerpério, quando denotavam disponibilidade, preocupação, verbalização de cuidado para com as mulheres e disponibilidade para as atenderem (GENERO; SANTOS, 2020).

O fornecimento de informações foi narrado pela Colaboradora Aline e, neste aspecto, no modelo humanístico se fomenta a disseminação de informações para a mulher e demais envolvidos, mas especialmente para a mulher, para que isso lhe auxilie a tomar decisões que melhor se adequem àquilo que percebe e sente que seria melhor para si. A referência para a maternidade favoreceu que Aline pudesse ter livre acesso ao local, perguntando e recebendo respostas em todas as vezes que a buscou. O que respeita também a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 sobre o direito que a mulher gestante tem de conhecer e vincular-se à maternidade em que será atendida no âmbito do SUS (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2007).

A respeito da presença do acompanhante durante a pandemia, em uma pesquisa brasileira teve-se que todas as participantes escolheram quem seria o acompanhante, destas, 36% tiveram acompanhante em toda internação e 64% no trabalho de parto e parto, mas não no puerpério (RAGAZZO *et al.*, 2022). Para as participantes, a ausência do acompanhante foi experienciada como negativa, difícil, gerando dificuldade e sentimento de impotência em relação a cuidar do bebê sozinha, mesmo estando exausta e devido a que para a equipe profissional era nova a situação de não ter acompanhante e, embora maioria das participantes tenha sido auxiliada, 10% relataram desamparo profissional diante de períodos em que sentiram medo, angústia ou preocupação (RAGAZZO *et al.*, 2022). A presença do acompanhante como fator benéfico para as mulheres vai além do momento vivido na maternidade, pois que a memória acompanha a mulher e carrega consigo os sentimentos e emoções daquilo que foi vivido.

A liberação da presença do acompanhante, trazida pela Colaboradora Lygia, e o afrouxamento de medidas de precaução contra a covid-19, como não usar a máscara de proteção facial durante o trabalho de parto, narrado pela Colaboradora Thays, foram apontados como benéficos.

Mulheres grávidas ou que pariram durante a pandemia relataram que o uso de máscara foi uma barreira no relacionamento entre elas e os profissionais de saúde, dificultando a comunicação, o reconhecimento dos profissionais e que o uso da máscara dissociou a experiência de parto que foi desumanizada (VON RIEBEN;

BOYD; SHENN, 2021). A possibilidade de a Colaboradora Thays não usar a máscara no trabalho de parto foi significativa para ela, tanto que em mais de um momento ela fala sobre “respirar”; essa atitude dos profissionais revela, por um lado, um olhar atento às singularidades de Thays.

A outra nuance que compõe este Tema Relevante é o que nomeamos como indelicadezas, no sentido de caracterizar aspectos que não se mostraram apurados e foram pouco sensíveis à integralidade da mulher. As indelicadezas se mostraram no não acolhimento, na não escuta e no cerceamento da escolha.

[...] O que eu senti foi medo de perder ele. É que eu tive pré-eclâmpsia, deu descolamento de placenta, então fiquei com medo de perder ele. E quando eu voltei da anestesia eu não vi ele, então para mim foi bem assustador. Eu achei tinha perdido ele e eles não tinham me contado nada. O medo já estava na cabeça já, de ter perdido ele, então chorei tudo o que eu tinha para chorar ontem. A hora que eu vi ele, tudo se acalmou. Na hora que eu vi que eu acordei fui para sala era onze horas, hora que eu acordei já era três e quinze [da tarde]. Não lembro de nada, de nada. (COLABORADORA Conceição)

O não acolhimento, relacionado neste caso a que a Colaboradora ficou sem informações sobre o estado de saúde de seu filho e sem acolhimento dessa angústia, pôde ser percebido pelo relato de Conceição, que experienciou situação emergencial de saúde no parto que a direcionou para a cesariana com anestesia geral, pelo que se entende. O fato de estar desacordada durante horas, de a última recordação gravada na memória ser a da emergência obstétrica que poderia matar seu filho, ter despertado sem a presença do filho e o silêncio dos profissionais revelam características que carecem de atenção. Isto no sentido especialmente relacionado à concessão de informação, ao acolhimento, a lhe explicar o que havia acontecido, a informar-lhe sobre o filho.

A separação é o princípio básico subjacente do modelo tecnocrático de assistência (DAVIS-FLOYD, 2001) em que se percebe a separação mãe-bebê logo após o nascimento, pois que o bebê é o produto principal que se deseja, o novo membro social pertencente à sociedade, não à mulher; esta é vista como objeto, um produto secundário, sua experiência é raramente ponto de interesse dos profissionais (DAVIS-FLOYD, 2017) que alienam-se em relação à mulher, isentam-se da responsabilidade imbuída nas intervenções realizadas no corpo dela e o impacto que elas têm na mente e espírito da mulher (DAVIS-FLOYD, 2001).

O descuido no puerpério imediato foi identificado em situações em que as mulheres não tiveram suas necessidades atendidas, houve falta de orientações importantes e atenção e cuidado singularizados em que os profissionais focavam mais em aspectos técnicos da assistência do que naqueles oriundos das necessidades das mulheres puérperas (MESQUITA *et al.*, 2021). O afastamento da mulher e do bebê após cesariana gerou incômodo para quem o vivenciou, causando uma experiência negativa em relação ao parto vaginal e uma insatisfação com a assistência recebida (REIS *et al.*, 2017).

Assim como a informação pode auxiliar a mulher, pode nem sempre ser benéfica, pois está relacionada à aspectos como o que é exposto, como é feito, em que condição e como o que é exposto e apreendido, interpretado e absorvido pela mulher. Para participantes de uma pesquisa brasileira o comentário médico influenciou o medo de o bebê não evoluir no trabalho de parto; por outro lado, para outra participante, conhecer seu quadro clínico e ter sido informada sobre a realização da cesárea lhe trouxe alívio, pois compreendia que o bebê estava em sofrimento (REIS *et al.*, 2017).

Percebe-se, então, que a comunicação é ação essencial no processo de humanização, pois possibilita a troca de informações, ideias e sentimentos; o fornecimento de informações, dirimir dúvidas e ouvir queixas da mulher no puerpério incrementam segurança e acolhimento a ela (STREFLING *et al.*, 2017). As autoras sinalizam que há muitas formas de comunicação e que como ela se dará é dependente dos personagens e papéis de locutor e receptor envolvidos na comunicação (STREFLING *et al.*, 2017).

Na ação educativa do enfermeiro no puerpério, ao perceber medos, questionamentos e dificuldades que as mulheres têm, há a possibilidade de fornecer-lhes ou encontrar junto com cada uma delas soluções para suas demandas (MESQUITA *et al.*, 2021). Isso requer sensibilidade suficiente para identificar e, como descrito pelas autoras, respeitar as necessidades de cada mulher, bebê e família (MESQUITA *et al.*, 2021).

A comunicação ecoa na percepção das mulheres. A comunicação não-verbal e verbal foram percebidas por elas como sobrecarga de informações e gerou medo, pânico e sentimento de incapacidade; somente a comunicação verbal, por sua vez, gerou insegurança pela forma como foi comunicada, escolha das palavras e conteúdo pouco assertivo (GENERO; SANTOS, 2020). As mulheres buscam em

ambas as formas de comunicação, expectativa e cuidado técnico e emocional (GENERO; SANTOS, 2020). Para Pedroso e López (2017, p. 1173) ações consideradas humanizadoras quando se tornam “normas” que não ouvem o que as mulheres têm a dizer, a incomunicabilidade permanece.

Denotando a não escuta, a experiência da Colaboradora Hilda que conhecia dos movimentos de seu corpo, contudo ela retoma algumas vezes em sua narrativa que insistiu para que aquilo que estava dizendo sobre si fosse ouvido e, ao final, confirmado, ou que as demandas que trazia pudessem ser acolhidas; ela relaciona que havia muitos atendimentos na maternidade naquele dia e porque os profissionais nem sempre acreditam que o que a mulher fala sobre si e deseja para si é o mais adequado.

[...] Até insisti para as meninas da enfermagem da equipe do hospital que me atenderam para elas chamarem um médico, para ver anestesia, só que teve mudança de lua, estava bem cheio [a maternidade] tinha várias cesáreas, vários [partos] normais e ela falou que “o médico não pode vir aqui”. Até o momento que ela viu que o batimento cardíaco dele [do feto] estava alterado e aí que teve que chamar e verificou que ele estava com o rostinho virado, estava em posição cefálica, mas com rosto virado, aí que não sairia mesmo. Eles me levaram tomar anestesia para tentar virar [o rostinho] com o fórceps, mas não adiantou. Deu outra anestesia para evoluir para cesárea. Daí deu certo, mesmo na cesárea deu trabalho porque ele já estava encaixado. E aí, doze, quatorze horas [de trabalho de parto]. [...] eu já tinha visto que não estava evoluindo, eu já tinha falado para as meninas [profissionais da equipe] elas também, é claro, leram muitas situações, nem sempre imaginam que o que você está falando é o indicado para você, porque nem todo mundo se conhece, sabe se é um medo da dor, então elas estão preparadas para isso. Eu insisti muito até que fosse atendida pelo médico para que tivesse anestesia [para conduzir a possibilidade do parto normal]. Então eu fiquei ali umas quatro horas só nesse período fazendo força, já tendo dilatação, já tentando e não ia. Eles só foram realmente me escutar quando mudou o batimento dele [do feto]. Não culpo eles, a equipe era muito boa, me apoiava me ajudava, mas estava muito cheio no dia, foi mudança de lua, então teve muito movimento. A equipe foi muito boa, mas eu senti que eu sofri nisso, que eu tive que insistir muito para poder evoluir ali e descobrir realmente que estava com o rostinho virado e daí não conseguiu virar [...] (COLABORADORA Hilda)

A qualidade do PN no contexto brasileiro deve ser considerada tão importante quanto outros aspectos, como a elevada taxa de cesariana, pois ambas são temas que interferem nos indicadores de mortalidade materna e neonatal e na violência obstétrica (ROCHA; FERREIRA, 2020). Neste aspecto, se discute o que Hilda conta no trecho final de sua fala, de que “a equipe foi muito boa, mas eu senti que eu sofri nisso, que eu tive que insistir muito para poder evoluir ali e descobrir realmente que estava com o rostinho virado e daí não conseguiu virar”

no sentido de que a condução do parto precisa ser humanizado e respeitar escolhas, opiniões, sentimentos e sensações diversas oriundas de cada mulher e elemento valioso para tal é escutar o que a mulher tem para dizer, ou seja, *“ouvir prestando atenção [...] tentar, envidar esforços para ouvir com clareza”* (EDITORA MELHORAMENTOS, 2023, grifo nosso).

As relações entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde são aspectos dos quais depende a humanização do parto, assim, para que tal aconteça é necessária alteração em vários níveis e aspectos da assistência. Tais como o destaque para saberes e práticas novos, a postura linear, dialógica entre os envolvidos, a rediscussão do modelo excessivamente focado no aspecto biológico, mudança substancial da formação profissional e a maior responsabilidade tanto política quanto ideológica dos gestores (ROCHA; FERREIRA, 2020).

A respeito deste, uma das reflexões que aqui trazemos é que a humanização possui variados sentidos, está envolta no comportamento, na postura, no agir dos profissionais de saúde e como escreve Diniz (2005), exprime modificação em compreender o parto como uma experiência humana, e modificação também para a pessoa que assiste a este momento no “que fazer” diante do sofrimento da mulher.

Os sentidos de humanização perpassam pela assistência baseada em evidências; baseada nos direitos promovendo um parto seguro e assistência não-violenta, cruel, desumana ou degradante (prevenção de procedimentos que sejam penosos física, emocional ou moralmente), em que a mulher tenha como direito a escolha informada de procedimentos no parto sem complicações, direito à integridade corporal, direito à equidade, dentre outros; de racionalidade no uso de recursos tecnológicos apropriados para melhores resultados com menos agravos iatrogênicos (DINIZ, 2005).

Tem o sentido de rearranjo dos papéis e poderes no cenário de parto deslocando o cirurgião-obstetra da função central do parto normal para a EO e mudando o local do parto do centro cirúrgico para a sala ou casa de parto; como racionalidade no uso dos recursos; tem-se a conotação de humanização como legitimidade da participação da mulher nas decisões, melhoria na relação profissional-paciente com destaque para o diálogo, inclusão do pai, participação de doulas, negociação nos procedimentos rotineiros, necessidade da gentileza e da

“boa educação” entre instituições e consumidores e humanização como direito ao alívio da dor (DINIZ, 2005).

De muitos desses sentidos, pode-se pensar que um dos pontos cruciais envolvidos está em escutar o que a mulher diz, pois ela é a pessoa diretamente envolvida, é dela que partirão os indícios de possíveis condutas, discutidas entre todos envolvidos para serem implementadas. Mas, para isso é preciso falar, escutar e decodificar a mensagem e atuar com a mulher, não somente “para” ela.

A Colaboradora Hilda não necessariamente fala que desejava outro tipo de parto, mas sinalizava algo diferente no andamento do trabalho de parto e que demorou a ser considerado pelos profissionais de saúde e relata que foram 12, 14 horas de trabalho de parto e que ela sofreu nesse processo. Consoante a isso, a participante de uma outra pesquisa também relatou a demora em acontecer a cesárea, pois estava percebendo que não havia condição de parto normal; esta mulher, por sua vez, não denotou ter revelado sua percepção para os profissionais de saúde (REIS *et al.*, 2017), diferentemente do que fez Hilda em várias vezes.

No sentido da não escuta foi identificado não respeito da autonomia da mulher no trabalho de parto e parto, que os desejos não foram respeitados pelos profissionais e que as mulheres denotavam certa passividade ante a postura médica, sem questioná-los (VALADÃO; PEGORARO, 2020). Por outro lado, na mesma pesquisa houve relato de que, diante da realização do exame de toque vaginal, o profissional médico pediu autorização e isso foi elencado pela participante como postura educada e adequada (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

No modelo tecnocrático de assistência ao parto a paciente é tida como um objeto, é alienada das decisões; há perda do sentimento da sua identidade, o aspecto interativo da mulher não é relevado, pois a atenção dos médicos fica focada na mecânica corporal, sem que haja conexão com a mulher como *persona*. Portando é primordial considerar a individualidade de cada mulher e seus próprios desejos, que são diferentes das outras mulheres (DAVIS-FLOYD, 2017).

O desconforto com os toques vaginais foi relatado, o que transparece uma prática em que o corpo da mulher é sujeito ao que decidem os profissionais (REIS *et al.*, 2017). Para as mesmas autoras, a assistência profissional deve ser conforme o que as mulheres parturientes apresentam como necessidade (REIS *et al.*, 2017). Na nota do caderno de campo a Colaboradora Hilda relatou, após a entrevista, que

julgou grosseiro o toque vaginal feito pelo profissional, que não gostou da forma como foi realizado.

Ao longo do trecho apresentado anteriormente, Hilda tenta justificar o porquê não foi ouvida, pois a maternidade estava com muitas mulheres sendo atendidas, foi mudança de lua e isso movimentava os ciclos terrenos de parturição e porque, é possível ainda inferir, que as profissionais estão preparadas para mulheres que não se conhecem, assim, quando alguém conhece a si, e fala sobre, é uma situação nova. É possível que também em momentos de maior demanda e aflição, como na pandemia, aspectos assistenciais sofram alterações. Possibilidade levantada e corroborada por outro estudo que demonstra que durante a pandemia, mulheres relataram que não sentiram-se apoiadas nem ouvidas pelos profissionais de saúde na maternidade, tiveram suas opções de parto diminuídas, no sentido de que as necessidades da pandemia suplantaram as suas (VON RIEBEN; BOYD; SHEEN, 2021).

Nas opiniões de mulheres puérperas elas sentiram-se como uma paciente que só deve reproduzir as orientações dadas pelos profissionais de saúde, com pouca interação, participação sua; por outro lado, quando se sentem respeitadas e têm seus desejos acatados e participam no parto isso lhes gera satisfação, uma vez que opiniões e sentimentos da parturiente são relevantes (LEAL *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde esperam que a mulher parturiente tenha obediência, passividade, docilidade para que acate comandos dados por eles que submetem a mulher a esta autoridade do saber técnico (MAUADIE *et al.*, 2022). Numa perspectiva ampla que somente os aspectos individuais da pessoa, tem-se que as mulheres têm comportamento nesta linha passiva pois são mormente atingidas pelas características sociais que criam estruturas de poder, gerando assimetria entre os indivíduos; as normativas de gênero constroem um molde de comportamento, atributos e papéis sociais, o que limita a possibilidade de autonomia e de apoio das mulheres (MAUADIE *et al.*, 2022) e isso se reflete nos variados momentos de vida, como nas decisões relativas ao ciclo gravídico-puerperal.

No aspecto relativo à escolha da mulher percebe-se o sentimento de pressão sobre a vacina, e o cerceamento para o momento de engravidar e para amamentar.

[...] Eu tomei a vacina mesmo depois do sétimo mês, porque minha médica falou assim: “-não, agora já está todo formadinho [o feto], ele

só está pegando peso então agora é o ideal tomar”, Fiquei meio assim... e ainda recebi uma ligação por parte do posto de saúde perguntando por que eu não tinha tomado, eu me senti meio pressionada e acabei tomando. Mas eu mais [se referindo à ficar apreensiva] por parte da vacina do que do COVID. (COLABORADORA Adélia)

[...] Ai, é um momento único né? Alegria imensa! Tanto que por virtude do meu problema os médicos sempre falavam que eu não era para engravidar, e função da minha idade ele [o médico obstetra que a acompanha] falou assim: “-Oh, existe a possibilidade, mas tem riscos e se tu quiser está na hora, por causa da idade”. Falei: “-Ah, vou tentar”. Eu sempre gostei de criança. Tentei, deu certo [...] (COLABORADORA Cora)

[...] Eu tinha muito medo de não conseguir amamentar, porque eu fiz cirurgia no peito e hoje eu estou amamentando [...] o meu doutor tinha certeza que não poderia amamentar e eu estou conseguindo. porque eu fiz mamoplastia, eu tinha muito peito, o médico falou que eu tinha tirado muita glândula mamária, eu fiz a cirurgia e o médico falou que eu não poderia ter leite, e eu estou tendo e eu estou muito feliz com isso, muito feliz em poder aumentar ela, que era o meu desejo. [...] Eu vi que estão deixando eu respirar para poder ter esse momento com a minha filha [...] (COLABORADORA Thays).

A Colaboradora Adélia relata que mesmo após explicação da médica sobre o período de desenvolvimento fetal para receber a imunização ficou indecisa, pensativa, e se sentiu pressionada por profissional a receber a vacina. O que se propõe refletir aqui não é sobre aspectos relativos ao imunizante, mas da possibilidade de escolha, diante de um receio que Adélia sentira, e do cuidado no discurso profissional, buscando, em se tratando do modelo humanístico, respeitar a individualidade e a decisão da mulher alinhado às demandas de saúde. Isto no sentido de atentar-se para a decisão conjunta, pois pode-se concorrer para prática impositiva em que o profissional, titular do saber científico, decide o que e qual a melhor escolha a serem feitas (REIS *et al.*, 2017). Nas práticas em saúde, as relações de poder atuam como obstáculo para o protagonismo da mulher no parto, reafirmam a opressão sobre o corpo e naturalizam práticas que não são adequadas (REIS *et al.*, 2017).

Ainda no sentido da decisão, para a escolha informada os profissionais de saúde devem estar sensibilizados de modo que não respondam preferencialmente às suas conveniências e relevar a substância que as mulheres carregam consigo, seu acervo pessoal, e ouvi-las (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012). Para Leal e colaboradores (2017) as mulheres devem ser ouvidas e ativas nas decisões de parto, instruídas pela sua história vivida e por seus sentimentos.

A Colaboradora Cora estava próxima do limiar de idade materna avançada (considerada acima de 35 anos) e devido sua condição clínica e idade não se recomendava a gestação, o que a influenciou a retardar sua decisão. Nos referenciando pelo modelo tecnocrático, e ressalvadas as condições de saúde de cada pessoa e a autonomia da atuação profissional nas recomendações e condutas, visto que a ideia aqui não é discutir sobre isso, nos cabe pensarmos sobre a governança nas decisões da mulher, que por um tempo não foram dela, neste caso, mas passaram para o profissional médico, que se tornou tutor do desejo de Cora. O profissional como que concedeu a ela a possibilidade da escolha (“se tu quiser”), uma escolha condicionada (“está na hora, por causa da idade”). E foi a hora.

O mesmo profissional disse a Cora que “existe a possibilidade, mas tem riscos”. Neste prisma, Silva, Russo e Nucci (2021) descrevem que a gestação e o parto passaram a ser geridos por especialistas e direcionados para acompanhamento dos riscos, compreendendo intervenções para identificar e reparar as complicações. Ainda que o risco, no que se refere à assistência obstétrica, não se manifeste concretamente, intervenções são feitas pela incerteza e medo dos profissionais de que aconteça um resultado desfavorável ou que perturbe o bem estar da mulher e do bebê no intuito de prevenir possíveis complicações (MAUADIE *et al.*, 2022). O risco, assim, é “determinado” pelo conhecimento perito, do profissional, e “percebido” pela população (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021, p. 251).

Deste modo, para que o nascimento de bebês saudáveis seja seguro, desde que iniciam o acompanhamento pré-natal, as mulheres são classificadas conforme o risco, não havendo gestação “sem risco” (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Segundo as autoras, a expressão “fator de risco” refere-se à lógica biomédica, que focaliza que essas mulheres são dotadas de uma “vulnerabilidade essencial” encobrendo elementos como as desigualdades estruturais, fortemente marcantes nos desfechos perinatais (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021, p. 261). Embora ancorado nessa lógica de que a gestação e parto tenham algum risco, seja de complicação e/ou morte, não devem ser definidos por isso, pois que o movimento pela humanização entende que gravidez e parto podem demandar assistência, mas usualmente ocorrem sem que exista maiores problemas e que, se bem vividos, podem ser uma experiência de prazer e felicidade (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021).

Para a Colaboradora Thays o médico determinou, “tinha certeza” que ela não poderia amamentar por ter realizado cirurgia de redução de seios e que por isso

não teria leite, o que não se revelou verdadeiro, mas gerou medo de que Thays não conseguisse realizar seu desejo de amamentar. Não entrando no quesito da avaliação profissional sobre os seios e se poderia ou não amamentar, o que nos chama atenção ao nos reportarmos aos modelos de assistência é que o profissional não só informa a possibilidade ou o prejuízo que a cirurgia nos seios possa ter deixado, mas concede sua opinião de forma taxativa antes mesmo de que Thays tivesse tentado amamentar.

Na narrativa, Thays conta que a enfermeira a auxiliou com a pega correta. O hospital em que ela foi atendida tem o título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, em português (UNICEF), por cumprir requisitos em ações a favor do aleitamento materno. Isto pode ter influência direta e benéfica na realização do desejo de Thays em amamentar, pelo fomento à prática e, neste caso, ela citou a enfermeira como auxílio na amamentação.

Embora a citação de Mauadie *et al.* (2022) se relacione à parturição faz-se aqui uma aproximação com a questão da amamentação trazida pela Colaboradora. Descrevem que a experiência positiva é propiciada quando as mulheres tomam o centro da assistência e participam das decisões de cuidado com profissionais qualificados e empáticos em um ambiente seguro, sendo muito profícuo o papel educativo dos profissionais de saúde voltados à escolha informada e tomada de decisão (MAUADIE *et al.*, 2022)

Segundo Sodré, Merighi e Bonadio (2012) a escolha informada é direito da mulher e neste processo os profissionais promovem a autonomia para a decisão através de conteúdos prestados à ela e embasados cientificamente, sem serem tendenciosos. A mulher pode fazer suas escolhas sozinha, delegá-las à uma terceira pessoa ou compartilhá-la (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012). Nem todas as mulheres e nem sempre optarão por decidir; a escolha informada é multifatorial, leva em consideração a escolaridade, a questão socioeconômica, o histórico de vida e de partos que já vivenciou, as condições de assistência e o acesso à informação, contudo o profissional de saúde a incentiva a tal, pois isso é valorizar sua capacidade de decisão e respeitar o direito ao corpo e à autonomia (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Embora boa parte dos conteúdos que tratem sobre a escolha das mulheres compreenderem a gestação e principalmente, o parto, mais especificamente sobre a

via de parto, são os materiais que possibilitam discutir sobre 'escolha'. Nesse caminho, uma revisão bibliográfica de conteúdos brasileiros identificou que a relação assimétrica entre profissionais de saúde e paciente, precisamente a relação médico-paciente, é elemento vital que determina a via de parto; o saber técnico do profissional de saúde é sobressalente e o profissional elemento principal do cenário de parto, desvalorizando a capacidade da mulher em participar no seu processo fisiológico (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Mesmo que tenham preferência pelo tipo de parto, não são elas que decidem o desfecho, pois quem foi a equipe de saúde, o que evidencia a falta de protagonismo da mulher e reafirma que o principal ator do parto é o profissional médico (VALADÃO; PEGORARO, 2020). Tais práticas reforçam a prática cultural de submissão ao conhecimento profissional e a destituição da apropriação do parto e seu empoderamento pela mulher, entregando essa responsabilidade à um terceiro (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

Neste prisma, para a Colaboradora Thays, o cuidado recebido permitiu-lhe respirar; no início de sua narrativa ela sentiu-se sufocada e depois, mais adiante, a estavam "deixando respirar", como se também a permissão de respirar fosse concedida pela equipe de assistência. Por sua narrativa, pode-se entender isto como um aspecto imperativo não necessariamente de profissional, mas da situação e do ambiente como um todo, pois estava durante uma pandemia em que o vírus afetava, dentre outros, a respiração. A autoridade é característica do modelo tecnocrático, em que a paciente é objeto da conduta profissional, sendo submissa e receptora de ordens e intervenções, sem a possibilidade de interagir e participar do processo decisório sobre o que é melhor para si.

Estes pontos sobre as escolhas das Colaboradoras remetem à medicalização da sociedade que está relacionada ao modelo de sociedade, sendo processo em que a medicina alastra e firma sua área de atuação nos variados âmbitos; é tida também como um processo sociocultural complexo (NICIDA *et al.*, 2020). Na revisão realizada pelos autores, a medicalização pode ser trazida como presente na disputa profissional no cenário obstétrico, em que é entendida como uma prática conduzida pelo médico, mas não unicamente por este profissional, que executa intervenções prejudiciais e desumanizantes e cujo conhecimento impõe condutas que desprestigiam o protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto (NICIDA *et al.*, 2020).

Esse poder simbólico estabelecido passa a ser naturalizado tanto por quem o perpetua quanto por quem o recebe, e essa relação de dominação restringe a autonomia e liberdade do indivíduo; no caso das mulheres essa assimetria profissional na qual dependem da informação trazida pelo médico, fá-las sentir menos capacitadas para realizarem suas escolhas e para defenderem seus desejos ante uma questão técnica posta pelo profissional (NICIDA *et al.*, 2020). Isto, conjunto à desinformação, dificulta a experiência de parto mais segura e autodeterminada (NICIDA *et al.*, 2020).

Ao descrever sobre as relações de poder na assistência obstétrica, salienta-se que estão amparadas no modelo hegemônico de assistência e nas práticas intervencionistas, sustentadas em ações padronizadas e rotineiras que carecem base científica e cuidado humanizado (PIESZAK *et al.*, 2019). O que delinea a origem dessas relações de poder é o poder profissional sobre a parturição e sobre o protagonismo feminino; a reapropriação do corpo e do parto feminino através de assistência que valorize poder e saber da mulher seriam questões necessárias para se romper com esse paradigma dominante (PIESZAK *et al.*, 2019).

A ideia aparente de permissão para respirar de que fala a Colaboradora Thays alude à esta dominação. Neste aspecto, Pieszak *et al.*, (2019) ao retomarem escritos de Foucault (2014) descrevem que segundo este, as instituições são locais propícios para o aumento de condutas de ordem disciplinar de modo normativo e assim criam corpos dóceis e dominados. A partir da definição de poder, o corpo humano fica sob domínio dele e passa a ser desarticulado, recomposto, adaptado para ter utilidade e ser suscetível às intervenções e rotinas impostas; a soberania na tomada de decisão é daquele que detém mais conhecimento, o profissional de saúde no caso, que concentra em si a figura de autoridade, e no hospital, possuidor do poder (PIESZAK *et al.*, 2019 citando FOUCAULT, 2014). A própria formação em saúde é desenvolvida sob a ótica do poder disciplinar oriundo das instituições de formação e se expressa no ambiente hospitalar operado pelo saber biomédico (MAUADIE *et al.*, 2022).

Condutas, contato por meio físico ou pela fala, rotinas e orientações que empreendem poder, influência, domínio e/ou disciplinam o sujeito são características do processo de institucionalização do corpo, um corpo que “pertence” à instituição (GENERO; SANTOS, 2020) e, portanto, necessita de sua liberação para, por exemplo, respirar, como inferido pela narrativa de Thays. Conquanto a narrativa não

traduza uma questão de violência, é pertinente expor que as violências pelas quais passaram outras mulheres são possivelmente naturalizadas por elas e pelo hospital, e que o contar de sua narrativa na pesquisa demonstra quão importante e necessário é que suas vozes sejam audíveis no cenário hospitalar através do que as autoras pontuam como lugar de fala, num cenário em que se notou que os profissionais e instituição revelaram “surdez” para o que vivem e percebem as mulheres (GENERO; SANTOS, 2020). A narração dessas vivências pode, ainda que elas próprias não identifiquem sempre, revelar aspectos sobre a limitação e regulação de sua singularidade e protagonismo devido a institucionalização e disciplinarização (GENERO; SANTOS, 2020).

Para finalizar o conteúdo sobre as indelicadezas, temos que com a Colaboradora Aline o que houve foi uma dificuldade na troca de informações sobre o pedido de laqueadura.

[...] Tanto que eu tinha pedido de laqueadura para fazer ontem na cesárea só que o médico não fez porque primeiro, foi um rolo também isso, porque o meu obstetra do postinho não quis conversar comigo sobre isso, ele foi muito taxativo; eu falei assim: “-Doutor, eu tenho interesse de fazer”. Ele: “-Não, a gente só vai conversar sobre isso quando seu filho tiver 6 meses. Só que eu sei que não é assim; a lei diz 25 anos e barra ou [e/ou] 2 filhos vivos; esse “e barra ou” da interpretação do médico dá para ele fazer essa interpretação. Antigamente era só “e”, hoje tem um “ou”, eu estava indo pelo “ou” porque eu tenho 28 anos e eu estava grávida do meu segundo filho. Mas ele foi muito bem taxativo, falou assim: -Não vamos falar sobre isso. Eu dei meus pulos e consegui o pedido da laqueadura. Só que por conta da data e por ter sido muito em cima da hora eu não passei pelo comitê de ética aqui do HC, o qual também não me informaram que eu precisava ter passado, eles falaram que a solicitação era só apresentar para o plantonista do dia da cesárea que ele ia tomar sua decisão. Eu cheguei no plantonista ele falou: “-Não, eu preciso de toda a outra documentação”. E a gente não fez por conta disso. Foi outra parte chata também porque, como eu falei, foi muito complicado, eu descobri que ser gestante não é para mim. Gestei meus filhos, estão ótimos, amo eles, mas não quero passar por esse processo de novo. Na primeira gestação eu tive um pré, é... como que é? De depressão pós-parto. Eu falo que foi sorte o que aconteceu comigo porque eu tive mastite, eu tive abscesso, eu tive que ficar uma semana internada no hospital sem o meu filho, o que me deu vontade de ficar com meu filho, porque eu já estava num ponto que eu estava cansada, que eu não queria mais. Então antes de me dar a depressão pós-parto [o fato de ficar distante do filho] ainda me salvou. Então eu descobri que esse negócio de ficar grávida não é para mim. Eu já queria ter evitado isso e aconteceu... não deu... agora eu vou ter que passar por outro procedimento cirúrgico para fazer laqueadura, de novo, e ter que correr atrás disso sendo que eu estava ali, podia ter resolvido isso. Acho que essa parte de encontro de informações devia ser pelo menos um pouco mais fácil; eu sei que é complicado principalmente [num hospital] desse tamanho, mas deveria ter esses quesitos básicos. (COLABORADORA Aline)

A questão das informações concedidas durante o pré-natal também foi trazida por outras mulheres, mas relativo ao parto, referindo que no SUS há uma preferência pelo PN, no entanto, não lhes foi informado sobre os benefícios dessa via de parto (VALADÃO; PEGORARO, 2020). Semelhante ao que relatou a Colaboradora Aline, embora sobre outro assunto, as mulheres disseram que embora se falasse sobre o PN no pré-natal não havia garantia de que esse seria o parto que ocorreria, pois isso dependeria do hospital e da postura da equipe de plantão e outras características clínicas da gestação (VALADÃO; PEGORARO, 2020). A realização de intervenções sem explicação e autorização, escassez de informação e ‘falsas’ informações prestadas às mulheres grávidas são considerados como violência obstétrica (ROCHA; FERREIRA, 2020).

O conteúdo que finaliza esta subseção é aspecto percebido como nuance do cuidado, mas não está necessariamente incluso nas anteriores, a que nomeamos (in)delicadezas. Mas, dada a contextualização histórica e o referencial teórico adotado, suscitam que aqui esteja.

Notou-se os profissionais presentes no parto e puerpério foram, nomeadamente, médica/doutora/médico (Hilda, Thays e Clarice), médicos (Aline), enfermeira (Thays), meninas (Conceição), meninas da equipe de enfermagem (Hilda), equipe (Cora), “todos” que atenderam (Aline) e “elas” (Adélia). Como profissionais de enfermagem, entendemos que majoritariamente na memória, e imbuída na fala das participantes esteve presente a profissional de enfermagem, mas, curiosamente, esta palavra é pouco mencionada, fica mesclada, confundida; não há sinalização de quem é quem, enquanto o profissional médico, que sabemos popularmente este profissional também ser chamado doutor/a, tem mais claramente sua posição declarada.

No relato da Colaboradora Hilda percebe-se a demanda pelo atendimento do profissional médico, visto que ela desejava anestesia e estava percebendo em seu corpo que não evoluiria para PN, mas como a maternidade estava com alto fluxo de atendimentos, não havia disponibilidade imediata deste profissional. Neste ponto pode-se pensar a atuação da EO em ofertar outras possibilidades de alívio da dor, se disponíveis na instituição, bem como se destaca o grande número de mulheres a serem atendidas naquele dia e a dificuldade no atendimento profissional.

Ainda que não tenhamos amplitude para fazer uma correlação, cabe pensar sobre a figura das EOs no SUS, que muitas vezes são ofuscadas ou embaralhadas

com outros profissionais. Na pesquisa de Ragazzo *et al.*, (2022) realizada em hospital privado, das mulheres que tiveram PN (21%), o atendimento ocorreu somente pelo médico em 72% dos casos, pelo médico e EO em 25% e somente pela EO em 3% dos casos. Enfermeiras obstetras, obstetrizes e doulas são especialistas que exercem singular forma de poder para promover a capacitação e o fortalecimento feminino através da oferta de cuidados voltados para promoção da saúde da mulher e preparo desta para o parto e maternidade (MAUADIE *et al.*, 2022).

Durante a pandemia, as EOs reconfiguraram seu ambiente e fluxo de trabalho em maternidades para evitar a contaminação pelo vírus e igualmente pensando nas especificidades do parto e nascimento (DULFE *et al.*, 2021). Diante das orientações que mudavam diariamente, especialmente no início da pandemia (2020), as enfermeiras buscavam seguir as recomendações nacionais e internacionais disseminadas através de protocolos e diretrizes operacionais, e da mesma forma continuar trabalhando com boas práticas na assistência obstétrica evitando riscos para mulheres gestantes, acompanhantes e profissionais (DULFE *et al.*, 2021). Neste contexto, denotaram cansaço, exaustão, sobrecarga de trabalho por acumular funções e vivenciar situações delicadas, medo e angústia em se contaminarem (DULFE *et al.*, 2021).

Conquanto se relacione ao pré-natal e não se trate especificamente do objeto de discussão aqui, é relevante o que Aline narrou sobre; infere-se que, para ela, o pré-natal, iniciado em maio com a enfermeira, só começou em agosto, quando da consulta com o médico obstetra.

[...] Eu comecei a ir nas consultas do postinho mesmo em agosto só, que liberaram, mas eu dei entrada no pré-natal em maio. Eu fui em uma consulta com a enfermeira que eu dei entrada no pré-natal, ela pediu todos os exames de primeiro trimestre e falou que se eu tivesse qualquer intercorrência era para ir para a maternidade porque não tinha consulta com o obstetra. Eu comecei a ter consulta com o obstetra só em agosto, então nesse meio tempo era só para que se acontecesse alguma coisa, era para eu ir para a maternidade [...] (COLABORADORA Aline)

Na atenção pré-natal de baixo risco, as consultas com a enfermeira são realizadas intercaladas com a presença do médico. O que se observa no relato de Aline é a visão popular, e relacionada ao modelo tecnocrático, de que a mensuração do pré-natal adequado é aquela em que há médico obstetra, denotando a

centralidade do papel deste profissional. Sob outra perspectiva, há gestantes que percebem a consulta de enfermagem como resolutive e que lhes traz satisfação quando são orientadas, expõe e sanam suas dúvidas, quando são bem tratadas, recebidas com alegria, quando a enfermeira dispõe de tempo sem apressar-se no atendimento (GOMES *et al.*, 2019). Pontuam que a resolutividade da assistência é limitada pelas atribuições específicas da enfermeira e necessidade da avaliação médica; há também percepção de conhecimento insuficiente da enfermeira no pré-natal e insatisfação quando há necessidade de atendimento médico (GOMES *et al.*, 2019).

Na opinião de mulheres puérperas houve insegurança gerada pela desinformação a respeito da competência da enfermagem no parto e puerpério (LEAL *et al.*, 2021). A visão tradicional interiorizada que se tem sobre a tutela médica, superior e única em relação a uma enfermagem meramente auxiliar é difícil de ser rompida, e a desinformação encobre a expertise própria da enfermagem obstétrica/obstetiz, que tem habilidade e conhecimento para atuar na gestação, parto e puerpério (LEAL *et al.*, 2021). De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem no Brasil, ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde, dentre outros prestar assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e RN, acompanhar a evolução e do trabalho de parto e execução e assistência obstétrica em casos emergenciais e execução do parto sem distocia (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1987).

Por outra via, mas também relacionado ao pré-natal, a Colaboradora Thays fala que lhe afetou não ter sido atendida, na última consulta antes do parto na unidade de saúde, pela enfermeira e médica que já a acompanhavam ao longo da gestação.

Uma coisa foi que ontem eu fui no postinho e na hora que eu fui lá tinha duas meninas novas, acho que residente e eu sei que ajuda assim quando está aprendendo, só que quando você está com dor você não aguenta, você quer ver pessoas que você confia. Eu só queria, eu só queria...e elas duas em cima e eu só queria a minha doutora e a enfermeira que cuidou de mim desde o começo, fazia o pré-natal lá. Então também foi uma coisa que me pegou. (COLABORADORA Thays)

O pré-natal é o momento preciso para ações de promoção e educação em saúde; a descontinuidade do atendimento e fragmentação do vínculo com os profissionais que longitudinalmente acompanham a mulher contribuem para a

insatisfação destas na gestação (ROCHA; FERREIRA, 2020). Há relato de insegurança e ansiedade quando a gestante não tem “ligação” com a equipe que as atenderá, especialmente no que se refere à referência e contrarreferência da unidade de saúde para a maternidade (GOMES *et al.*, 2019).

Tendo sido este o último Tema Relevante, conclui-se aqui a Discussão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência desvelada pelas mulheres sobre o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia perpassou aspectos da gestação, parto e puerpério revelando elementos próprios sobressalentes à pandemia e outros, como o medo da contaminação, específicos do momento pandêmico.

No sentido da história oral, falarem sobre sua experiência foi oportunidade de exporem seus sentimentos e alinharem pensamentos, tomarem mais consciência sobre o que foi vivido e estavam vivendo.

No que se refere aos modelos de assistência ao parto, foi possível observar nas narrativas características que orbitam entre os modelos tecnocrático e humanístico, demonstrando pontos a serem refletidos e desenvolvidos por todos enquanto comunidade, mais notadamente acadêmicos e profissionais de saúde. Pois, uma vez que um paradigma é um modo profundo e estabelecido de ver a realidade e embora possa ser manifestado, por exemplo, através da execução de técnicas e pela prática assistencial, revela-se, também, em falas comuns construídas durante a vida e muito fortemente elaboradas a partir da leitura e crença da realidade. Ou seja, um paradigma não se restringe a condutas profissionais, mas está intrinsecamente em cada pessoa, na sua maneira de ser e estar no mundo. Neste prisma, uma visão tecnocrata arraigada que desvaloriza e desqualifica o corpo feminino e dele quer apropriar-se, ainda que não diretamente e mesmo que de modo tênue, mas de tão prolongada e fixa se torna uma verdade.

O que se intencionou, desde o início da escrita desta tese até as palavras finais, foi, não arrematar entendimentos pondo-lhes um ponto final, mas ponderar e meditar sobre os vários aspectos levantados pela pesquisa para que a crítica seja eficaz e construtiva. Possibilitando, assim, uma realidade cada vez mais cuidadosa, respeitosa, empática, qualificada e amorosa seja formada para o atendimento às mulheres no puerpério, momento tão singular e tão relegado a outros planos, inclusive no próprio desenvolvimento de gestação, parto e puerpério ele vem por último, é o período derradeiro desse transcurso que tanto efeito gera na vida da mulher. Por ser o último é também o vestíbulo que possibilita adentrar outras inúmeras descobertas e desafios da vida com o bebê no mundo fora do corpo feminino, mas a ele ainda ligado.

Tomar contato com cada Colaboradora numa entrevista presencial durante a pandemia e registrar a história de cada uma delas transforma a vida de quem entra em contato íntimo com elas. Ouvir e respeitar o que cada pessoa conta é sagrado, pois desnudar partes de si num momento em que o afastamento era imperativo denota a relevância e a vontade que as Colaboradoras tinham de contribuir com a pesquisa, de falarem e registrarem sua experiência. São as reflexões clínicas, epidemiológicas associadas às relativas aos comportamentos e relações humanas e outras no geral que agregam fundamentalmente para compreender tudo que a pandemia de covid-19 gerou e ainda gera em nós, individualmente, e no todo, e nos auxilia a construir meios de melhor enfrentar situações tão críticas como a pandemia, prezando pelo resguardo aos direitos de mulheres gestantes, parturientes, puérperas, bebês, acompanhantes.

Apresentar a história oral das participantes desta pesquisa oportuniza aos profissionais de saúde a adaptação de sua assistência profissional às demandas das mulheres conforme aquilo que elas trazem em sua narrativa, lançando a linha para que as narrativas das mulheres que atendem no seu dia a dia de trabalho. Este conteúdo poderá ser utilizado como apoio para profissionais e elemento constitutivo de políticas públicas e normativas por gestores de saúde em futuros eventos de saúde. Considerando, também, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, o estudo valoriza pesquisas na área de saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ABU SABBAH, E. A, et al. (2022). Fears and uncertainties of expectant mothers during the COVID-19 pandemic: trying to reclaim control. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 17, n. 1: 2018773. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8765436/>>. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2018773>. Acesso em: 14 nov. 2022
- AGUIAR, MM., et al . Escala de medo da COVID-19 - tradução e validação para a versão brasileira. **J. Hum. Growth Dev.**, Santo André, v. 31, n. 3, p. 376-386, dez. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822021000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2023. <http://dx.doi.org/10.36311/jhgd.v31.12604>.
- AHLERS-SCHMIDT, C. R. *et al.* Concerns of women regarding pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 12, p. 2578–2582, set. 2020. DOI. 10.1016/j.pec.2020.09.031. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7515599/>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ARAUJO, J. P. et al. Presença do acompanhante no parto e nascimento em meio a pandemia Covid-19: representações de puérperas. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n.3, e9611326188, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26188>. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26188/23031>>. Acesso em: 14 fev. 2023
- ARNAEZ, J. *et al.* The Impact of the Current SARS-CoV-2 Pandemic on Neonatal Care. **Front Pediatr**, United States of America, v. 8, n. 247, p. 1-4, abr. 2020. DOI: 10.3389/fped.2020.00247. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7203555/#B1>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ARRAIS, A. et al. Impacto psicológico da pandemia em gestantes e puérperas brasileiras. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, jan./jun 2021. DOI: <https://doi.org/10.29327/217869.10.1-4>. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/219>>. Acesso em: 14 fev. 2023
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E Parto (APDMGP). **Inquérito experiências de parto em Portugal**. 2ª edição.2019. Disponível em: <https://associacaogravidEZeparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%CC%82ncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2023
- AZAMI, M., et al. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women worldwide: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 17, n. 9, e0272273, 2022. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9518917/#pone.0272273.s002>>.
DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272273>. Acesso em: 16 nov. 2022

BAKHSHANDEH, B. *et al.* Mutations in SARS-CoV-2: Consequences in structure, function, and pathogenicity of the vírus. **Microbial Pathogenesis**, v. 154, n. 104831, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2021.104831>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BAPTISTA, V. Os partos e as maternidades em Portugal (1889-1943) – os casos nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. *Revista de História Regional*, Ponta Grossa, v. 21, n. 2, p. 364-388, 2016. DOI: 10.5212/Rev.Hist.Reg.v.21i2.0003. Disponível em: < <https://revistas.uepg.br/index.php/rhr/article/view/9084/5475>>. Acesso em: 25 jan. 2023

BARCELLOS, C; XAVIER, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 221-226, abr.jun./2022. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3349/2514>>. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3349>. Acesso em: 15 nov. 2022

BARRETO, M. R. N. A ciência do parto nos manuais Portugueses de obstetrícia. *Revista Gênero*, Niterói, v. 7, n. 2, p. 219-236, 2007. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v7i2.152>. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/30982>>. Acesso em 26 jan. 2023.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Saúde mental e a pandemia de Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BICALHO, C. V., et al. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. **Audiol., Commun. Res**, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2471>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/acr/a/R3m7sm8wnBJvfGRdBDWzk5R/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 fev. 2023

BOEKHORST, M. G. B. M. *et al.* The COVID-19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression. **Arch Womens Ment Health**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01104-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-021-01104-9#citeas>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BOURGUIGNON, A. N.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, n. 2, p. 485-502, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/?format=html>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943 - aprova a consolidação das leis do trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 ago. 1943, p. 11937. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 08 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021. Altera a Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, para determinar a inclusão como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 de gestantes, puérperas e lactantes, bem como de crianças e adolescentes com deficiência permanente, com comorbidade ou privados de liberdade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 143, 30 jul. 2021. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.190-de-29-de-julho-de-2021-335402734>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.311, de 9 de março de 2022 - Altera a Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021, para disciplinar o afastamento da empregada gestante, inclusive a doméstica, não imunizada contra o coronavírus SARS-Cov-2 das atividades de trabalho presencial quando a atividade laboral por ela exercida for incompatível com a sua realização em seu domicílio, por meio de teletrabalho, trabalho remoto ou outra forma de trabalho a distância, nos termos em que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 47, 10 mar. 2022. Seção 1, p. 01. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/03/2022&jornal=515&pagina=1>. Acesso em: 29 set. 2022

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 465. Cadernos HumanizaSUS; v. 4. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 731, de 16 de abril de 2021. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus. **Diário Oficial da União**, ed. 79, 29 abr. 2021a, Seção. 1, p. 105. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-731-de-16-de-abril-de-2021-*-316882948. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR, DOMICILIAR E DE URGÊNCIA. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 48 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 64 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. 2020b. Versão 9. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9wzub22>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p. 51. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, jun. 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRIGAGÃO, J. I. M. *et al.* **BOLETIM COVID-19: Recomendações e estratégias para o enfrentamento da COVID-19 durante a gestação, o parto, o pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido**. Versão 3.0. USP. 2020. Disponível em: http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2020/04/BOLETIM-3_versao-final.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021.

CAMARGO, J. F; et al. Experiência de amamentação de mulheres após mamoplastia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e03350, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020003350>. Acesso em: 08 fev. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DzZWMPFsqVt9ZGBXVRHXCJf/?lang=pt>>. Acesso em: 08 fev. 2023

CARNEIRO, M. N. F. **O signo de Lucina. Contextos de institucionalização e formação das parteiras**. Faculdade De Psicologia E De Ciências Da Educação Da Universidade Do Porto. Dissertação. 1998.202f.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Post-COVID Conditions**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html>. Acesso em: 06 ago. 2021.

CESAR, J. A; MENDOZA-SASSI, R. A; MARMITT, L. P. Evolution of care during pregnancy and childbirth in the extreme south of Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 55, n. 50. Available from: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003128>>. Epub 13 Aug 2021. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003128>.

CHRZAN-DEŹTKOŚ, M.; WALCZAK-KOZŁOWSKA, T.; LIPOWSKA, M. The need for additional mental health support for women in the postpartum period in the times of epidemic crisis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 114, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03544-8>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14092>. Acesso em: 06 ago. 2021.

CUNHA, M. et al. Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. **Servir**, Lisboa, v. 59, n. 1, p. 55–66, 2016.

DOI: <https://doi.org/10.48492/servir021.21372>. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/21372>>. Acesso em: 26 jan. 2023.

CZERESNIA, R. M. *et al.* SARS-CoV-2 and Pregnancy: A Review of the Facts. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 9, p. 562-568, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715137>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032020000900562&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Nascidos Vivos no Brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/hvuf.def>. Acesso em: 26 set. 2022.

DAVIS-FLOYD, R.; GUTSCHOW, K.; SCHWARTZ, D. A. Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical Anthropology*, v. 39, n. 5, p. 413-427, 2020. DOI: 10.1080/01459740.2020.1761804. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2020.1761804>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DAVIS-FLOYD, R. Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. XIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas e y I Congreso de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias. 2017, p: 31-37. Disponível em: < <https://docplayer.es/156477515-Conferencia-inaugural-la-matrona-en-la-salud-de-la-mujer-que-lugar-ocupa-quien-tiene-el-poder-ponente-dra-joyce-thompson-matrona-doctora-en-b.html>>. Acesso em: 13 fev. 2023.

DAVIS-FLOYD, R. **Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico**. Tradução de: NOGUEIRA, A. T. Fortaleza: International Conference on Humanization of Childbirth, 2000. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”.

DAVIS-FLOYD, R. **Robbie Davis-Floyd**. 2018. Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5-S23, 2001. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DAVIS-FLOYD, R. The Technological Model of Birth. **The Journal of American Folklore**, v. 398, n. 100, p. 479-495, 1987. DOI:10.2307/540907. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/540907>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DE BORTOLI, C. F. C; POPLASKI, J. F; BALOTIN, P. R. A amamentação na voz de puérperas primíparas. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p: 99-104, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1843/574>. Acesso em: 09 fev. 2023

DENIPOTE, A. G. M. **A vivência da mulher no parto domiciliar planejado: uma jornada transpessoal**. 2022. 187 p. Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.

DESLANDES, S. F.; IRIART, J. A. B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2380-2386, dez./2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n12/2380-2386/pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÔNICO. Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. **Diário da República** n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, páginas 2127 – 2131. Assembleia da República, 21/03/2014.

DINIZ, C. S. G.. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 05 maio. 2023

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Orientação COVID-19: Gravidez e Parto. 2021. Disponível em: https://www.sip-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez_parto_dgs_10_2021.pdf . Acesso em: 01 fev. 2023.

DUARTE, R. G; ECHETTO, M. L. Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de covid 19 con énfasis en los procesos de embarazo y parto en Uruguay. **Revista De Derecho Público**, ano 30, n. 59, nov./2021. DOI: <https://doi.org/10.31672/59.3>.

Disponível em:

<<https://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/161>>.

Acesso em: 13 fev. 2023

DULFE, P. A. M. et al. Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, Suppl 1, e20200863, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863>. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/3bkRbhwrNNPzDDsmjSDd34b/?lang=en>> . Acesso em: 28 fev. 2023.

ÉSTES, C. P. **Mulheres que correm com os lobos**. Rocco, 2018.

EURO-PERISTAT PROJECT. **Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019**. 2019. Disponível em: <<https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

EURO-PERISTAT PROJECT. **European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015**. 2018. Disponível em: <<https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

FALLON, V. *et al.* Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. **Journal of Psychiatric Research**, v. 136, p. 157-166, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.048>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395621000595>. Acesso em: 06 ago. 2021.

FEDELE, A; WHITE, J. Birthing matters in Portugal: introduction. **Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 22, n. 3, p. 607-618, 2018. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/etnografica/5951>>. DOI: <https://doi.org/10.4000/etnografica.5951>. Acesso em: 26 out. 2022

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**. Lisboa: Orfeu Negro, 2020.

FIOCRUZ. **Pesquisa sugere maior risco de reinfecção pela variante Delta**. 2021a. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-sugere-maior-risco-de-reinfeccao-pela-variante-delta>. Acesso em: 06 ago. 2021.

FIOCRUZ. PORTAL DE BOAS PRÁTICAS. Principais Questões sobre Atuação da Enfermagem Obstétrica na Equipe Multidisciplinar. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-atuacao-da-enfermagem-obstetrica-na-equipe-multidisciplinar/>>. Acesso em: 03 fev. 2023

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. 28 ed. São Paulo: Paz & Terra, 2014; 432p.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2020.

GENERO, I. K; SANTOS, K. R. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.**, v. 9, n. 3, p: 261-279, 2020. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v9i3.2915. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i3.2915>>. Acesso em: 03 mar. 2023

GOMES C. B. A, *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto Enferm.** v. 28, e20170544, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/3pLDtXNvjLGJWdFFHM3FQbv/?lang=pt>>. Acesso em: 28 fev. 2023

GOMES, C; LOURENÇO, M; RESENDE, C. Morbidade neonatal dos recém-nascidos de termo precoce comparados aos de termo. **Scientia Medica**, v. 27, n. 1:ID2587, 2017. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.25876>. Acesso em: 04 maio. 2023

GUO, Y. *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Military Medical Research**, v. 7, n. 11, p. 1-10, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>. Disponível em: <https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-00240-0>. Acesso em: 06 ago. 2021.

HCINI, N. *et al.* Maternal, fetal and neonatal outcomes of large series of SARS-CoV-2 positive pregnancies in peripartum period: A single-center prospective comparative study. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 257, p. 11-18, feb. 2021. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.068. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33310656/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10223, p. 497-506, fev. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5). Acesso em: 10 out. 2021.

HUGELIUS, K; HARADA, N; MARUTANI, M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 121, 104000, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921001474>>. Acesso em: 21 nov. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 06 fev. 2023

_INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). 2021. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE>. Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário do pai e Grupo etário da mãe; Anual.** 2021a. Disponível em: <<https://tabulador.ine.pt/censos2021/>>. Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **Partos (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Tipo de parto; Anual.** 2021b. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007537&contexto=bd&selTab=tab2> Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo, Grupo etário e Nacionalidade.** 2021c. Disponível em: <<https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011627>>. Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual.** 2021d. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias>. Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **Taxa de mortalidade infantil (%o) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual.** 2021e. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006196&contexto=bd&selTab=tab2>. Acesso em: 01 fev. 2023

INE. **Taxa de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos (N.º); Anual** 2021f. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2>. Acesso em: 01 fev. 2023

KOTLAR, B., *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reprod Health**, n. 18, v. 10, 2021. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01070-6#citeas>> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>. Acesso em: 14 nov. 2022

KUMARI, A., *et al.* Negative Emotions, Triggers, and Coping Strategies Among Postpartum Indian Women During Second Wave of COVID-19 Pandemic: Lessons for the Subsequent Waves and Beyond. **J Obstet Gynecol India**, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s13224-022-01713-z#citeas>>. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13224-022-01713-z>. Acesso em: 15 nov. 2022

KUMAR, S.; SAXENA, S. K. Structural and molecular perspectives of SARS-CoV-2. **Methods**, 2021. Article in press. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ymeth.2021.03.007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7959701/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LADDS, E. *et al.* Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. **BMC Health Serv Res** 20, v. 20, n. 1144, dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>. Disponível

em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-06001-y>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LAZZERINI, M. *et al.* Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. **The Lancet Regional Health – Europe**, v. 13, n. 100268, fev./2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776221002544?via%3Dihub> >. Acesso em: 02 fev. 2023.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LEAL, N. P. *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.3, 2021, p: 941–950. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>. Disponível em: [scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmnrqHQftKxfJQBm/?lang=pt#](https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmnrqHQftKxfJQBm/?lang=pt#). Acesso em: 28 mar. 2023

LIMA, S. P. *et al.* Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 11, n. 1, p: 248-254, jan./mar, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6853/pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2022

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MAKVANDI, S. *et al.* The 2019 Novel Coronavirus Disease in Pregnancy: A Systematic Review. *In*: Guest P.C. (eds) Clinical, Biological and Molecular Aspects of COVID-19. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 1321, p. 299-317, mar. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-59261-5_27. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-59261-5_27. Acesso em: 06 ago. 2021.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3: 320, p. 645-665, set./ dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ref/a/YtrhHLXVGJZQc59GmKGMmth/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 out. 2022.

MARTINS, M. S. F.; FREITAS, S. L. S.; MARTINS, C. S. F. Vacinação em mulheres gestantes, puérperas e lactantes. **Rev. bras. anal. clin.**, v. 53, n. 2, p. 143-147, 2021. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2021/10/RBAC-vol-53-2-2021_artigo06.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022

MAUADIE, R. A. *et al.* Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. **Interface**, Botucatu, v. 26, e220103, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220103>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/RJGMKWVBrCbDGJswgXBgypr/?lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2023

McFARLAND, M. J.; McFARLAND, C. A. S.; HILL, T. D. Postpartum Depressive Symptoms during the Beginning of the COVID-19 Pandemic: An Examination of Population Birth Data from Central New Jersey. **Matern Child Health J**, n. 25, p. 353–359, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03116-w>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-020-03116-w>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed., 5. reimpressão. São Paulo: Contexto, 2017.

MEIHY, J. C. S. B.; SEAWRIGHT, L. **Memórias e narrativas**: história oral aplicada. São Paulo: Contexto, 2020.

EDITORA MELHORAMENTOS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**.

2023. Disponível em:

<<https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=conseguir>>. Acesso em: 08 mar. 2023

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/4hkukaum>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MESQUITA, N. S, et al. Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. **Rev Fun Care Online**. 2019 jan/mar; 11(1):160-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.160-166>

MICROSOFT. **Office 365**. 2022. Disponível em: <<https://tinyurl.com/4ph8txu6>>. Acesso em: 05 abr 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MYNAIO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, S.; GOMES, R. **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 9-31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Glossário PNH. **Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH)**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/glossario-pnh>. Acesso em: 28 abr. 2023

MS. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **DOU**, 06/04/2022, edição: 66, seção: 1, pág: 591. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>>. Acesso em: 03 fev. 2023

MS. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 06 ago. 2021.

MS. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". 1993. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html>. Acesso em: 28 out. 2022.

MS. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 110-E, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021.

MS. SAPS. **Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019**. 2020b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-vigilancia-epidemiologica-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-nacional/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MS. SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 GABINETE. **Nota Técnica 02/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Trata-se da atualização das recomendações referentes à vacinação contra covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias após o parto. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/NotaTecnica_vacinacaocovid-19gestantespuerperas.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022

MONTENEGRO, C.A. B; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13. ed. [Reimpr.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MOTA, Z. M. M. *et al.* Potencial transformador da gestação e do parto na vida das mulheres: evidências qualitativas. **Rev baiana enferm.**, v. 33, e28286, 2019. DOI

10.18471/rbe.v33.28286. Disponível em:
<<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28286/20365>>.
Acesso em 02 mar. 2023

MOTRICO, E. *et al.* Good Practices in Perinatal Mental Health during the COVID-19 Pandemic: A Report from Task-Force RISEUP-PPD COVID-19. **Clínica y Salud**, v. 31, n. 3, nov. 2020, p. 155-160. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a26>. Disponível em: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a26>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, v. 25, p. 1-23, jul./dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>. Acesso em: 06 ago. 2021.

NICIDA, L. R. A. *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.11, p: 4531-4546, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.00752019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfVvk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt>>. Acesso em: 17 fev. 2023

NOAL, D. S; PASSOS, M. F. D; FREITAS, C. M. (Orgs). MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro, 2020, 342 p. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021.

NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO CULTURAL LADEÍSSE SILVEIRA. **Minicurso "A História Oral como metodologia para a pesquisa e o ensino no campo das humanidades" - Aula 1**. 2020, 1 vídeo (26 min 05s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LquoEUZnbjU>. Acesso em 26 set. 2022.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 6, n. 2, p: 93-103, 2017. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1194. Acesso em: 01 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 02 fev. 2023

PAES, L. B. O. *et al.* Mulheres e COVID-19: reflexões para uma atenção obstétrica baseada nos direitos sexuais e reprodutivos. **Rev Bras Enferm.**, n 74, edição suplementar 1: e20201164, p.1-4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>

PARANÁ; GOVERNO DO ESTADO; DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER. **Linha guia – atenção materno infantil: gestação**. 2022. Disponível e:

<https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi- gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023

PARANÁ. GOVERNO DO ESTADO. SECRETARIA DE SAÚDE. **Informe epidemiológico COVID-19 24/04/2023**. 2023. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>> Acesso em: 05 maio. 2023.

PARANÁ. GOVERNO DO ESTADO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Nota Orientativa nº 9**. Orientações às equipes e profissionais dos pontos de atenção da linha de cuidado materno infantil durante a emergência em saúde pública coronavírus COVID-19. 2020. Disponível em: https://corenpr.gov.br/portal/images/NO_09_LINHA_DE_CUIDADO_MATERNO_INFANTIL_V2.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

PASTORELLI, P. P. L *et al.* Significados e experiências culturais em amamentação entre mulheres de dois países. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e40605, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.40605>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40605>>. Acesso em: 09 fev. 2023

PEDROSO, C. N. L. S; LÓPEZ, C. L. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, v. 27, n. 04, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Y9Vn9ZkqJdvb6jdhTwPnCFJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2023

PIESZAK, G. M. *et al.* As relações de poder na atenção obstétrica e neonatal: perspectivas para o parto e o nascimento humanizados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, REAS**, v.sup. 26, e756, p: 1-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e756.2019>. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/756>>. Acesso em: 21 fev. 2023.

PINTASSILGO, S; CARVALHO, H. Trends and consequences of the technocratic paradigm of childbirth in Portugal: A population-based analysis of birth conditions and social characteristics of parents. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.06.003>. Acesso em: 01 fev. 2023

POLIT, D.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582714904. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714904/>. Acesso em: 17 out. 2022.

PORTAL DO GOVERNO. **Sobre Portugal**. Disponível em: <<https://portaldiplomatico.mne.gov.pt/sobre-portugal>>. Acesso em: 30 nov. 2022

PRANDINI, N. R. *et al.* Mental Health of Postpartum Women During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review. *Aquichan*. 2022;22(2):e2227. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.7>. Acesso em: 07 nov. 2022

PRESIDÊNCIA DOS CONSELHOS DOS MINISTROS. Decreto-Lei n.º 37/2022 de 27 de maio. **Diário da República**, 1ª série, nº 103, 27 de maio de 2022, pág. 03. Disponível em: <<https://files.dre.pt/1s/2022/05/10300/0000300004.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2023

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987: regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **DOU**, Seção 1, p: 8853, 9/6/1987. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 fev. 2023

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007: Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **DOU**, 28/12/2007, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm>. Acesso em: 17 fev. 2023.

RAGAZZO, M. S. M. et al. Acompanhante no parto e no período pós-parto durante a pandemia de COVID-19: experiência de puérperas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e268111234306, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34306>. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34306>>. Acesso em: 20 fev. 2023

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 595-602, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/m7dC74rXdMZqBXJH7p7Ljrh/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO (rBLH) Brasil. **Quem somos**. 2023. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/quem-somos>>. Acesso em: 08 fev. 2023.

REIS, C. C et al. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia Y Enfermeria XXIII**, v. 2, p. 45-56, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200045> DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200045>. Acesso em: 28 out. 2022.

RENFREW, M. J., et al. (2020). Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery**, v. 88, 102759. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247475/>>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>. Acesso em: 17 nov. 2022

REYNOLDS, P. C. **Stealing fire: the mythology of the technocracy**. 1991. Iconic Anthropology Press: Palo Alto, CA.

RITTER, S. K; GONÇALVES, A. C; GOUVEIA, H. G. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paul Enferm.** v. 33, eAPE20180284: 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>. Acesso em: 04 maio. 2023

ROCHA, N. F. F; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio De Janeiro, v. 44, n. 125, p: 556-568, abr./jun 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxl/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023

RODRÍGUEZ-GALLEGO, I., et al. Breastfeeding experiences during the COVID-19 pandemic in Spain: a qualitative study. **Int Breastfeed J**, v. 17, n. 11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00453-0>. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-022-00453-0#citeas>. Acesso em: 08 fev. 2023.

SANTOS, D. S et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, n. 11, p: 2068–2069, jun./2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/72/11/2068/5877027?login=false>. Acesso em: 03 fev. 2023

SANTOS, K. S. et al., O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 2, fev./2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprptS/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2023.

SCARDUA, O. F. et al. **Boletim Mensal do OOB**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44142656>.

SCHIAVO, R. **Cuidando de pessoas no início da vida**. Seminário Vídeo. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rbt17v-DbMM>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS). **Direção Geral da Saúde**. 2023. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/direcao-geral-da-saude/>. Acesso em: 01 fev. 2023

SNS. **Ministério da Saúde**. 2023a. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 01 fev. 2023

SNS. **O Serviço Nacional de Saúde**. 2023b. Disponível em: <<https://www.chs.min-saude.pt/guia-do-utente/o-servico-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 01 fev. 2023

SNS. **Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares**. 2023. Disponível em: <<https://tinyurl.com/2p84n7zw>>. Acesso em: 24 out. 2022.

SILVA, F. *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 171-184, jul./set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZBMXtHgcSpYZJrXfsBF87Nt/?lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2021.

SILVA, F. L.; RUSSO, J.; NUCCI, M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos** [Online], v. 59, p. 245-265, 2021. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/horizontes/5160>>. Acesso em: 21 fev. 2023

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. suplement., p. 115-120. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17062. Acesso em: 17 fev. 2023

SOLA, A. *et al.* COVID-19 perinatal en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, e. 47, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.47>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52522>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SOUTO, S. A.; ALBUQUERQUE, R. S.; PRATA, A. P. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(Suppl 2):e20200551. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, supl. 1, p. 253-256, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100253&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2021.

SOUZA, S. R. R. K. *et al.* Breastfeeding in times of COVID-19: a scoping review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, n. 56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cSX7LvTtm5s8FmtFTcgqXBc/?lang=pt#>. Acesso em: 08 fev. 2023

STEARDO JÚNIOR, L.; STEARDO, L.; VERKHRATSKY, A. Psychiatric face of COVID-19. **Transl Psychiatry**, v. 10, n. 261, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-00949-5>. Acesso em: 06 ago. 2021.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 333-339, 2017, abr./jun. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.333-339>.

Disponível em:

<<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4469>>. Acesso em: 28 out. 2022

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* & Brazilian Group for Studies of COVID-19 and Pregnancy. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 127, n. 13, p. 1618–1626, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16470>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7461482/>>. Acesso em: 03 fev. 2023

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, p. 154-156, jul./2020a. DOI: 10.1002/ijgo.13300. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 03 fev. 2023

TO, K. K. *et al.* Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic, **Emerging Microbes & Infections**, v. 10, n. 1, p. 507-535, feb. 2021. DOI: 10.1080/22221751.2021.1898291. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2021.1898291>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VALADÃO, C. L.; PEGORARO, R. F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 91-98, jan.-abr. 2020. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

VALE, A. J. M. *et al.* Susceptibility to COVID-19 in Pregnancy, Labor, and Postpartum Period: Immune System, Vertical Transmission, and Breastfeeding. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 2, p. 1-8, feb. 2021. DOI: 10.3389/fgwh.2021.602572. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fgwh.2021.602572>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VB-AUDIO SOFTWARE. **VoiceMeeter**. 2020. Disponível em: <https://vb-audio.com/Voicemeeter/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VARGAS, S; REGO, S; CODE, N. Cesarean Section Rate Analysis in a Tertiary Hospital in Portugal According to Robson Ten Group Classification System. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 42, n. 6, p. 310-315, 2020. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1712127.pdf>>. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712127>. Acesso em: 26 out. 2022

VIEIRA, L. G. *et al.* Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Pregnant and Puerperal Women: A Systematic Review. **The Open Nursing Journal**, v. 15, n. Suppl-1, M13, p. 388-398, 2021. Disponível em:

<<https://opennursingjournal.com/VOLUME/15/PAGE/388/#r18>>. DOI: DOI: 10.2174/1874434602115010388. Acesso em: 10 nov. 2022

VIERA, M; EVIA, V. Parir y nacer en tiempos de COVID-19 en Uruguay. **Alteridades**, Ciudad de México, v.31, n.61, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/viera>. Disponível em: scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172021000100051#B11. Acesso em: 13 fev. 2023

VON RIEBEN, M. A; BOYD, L; SHEEN, J. Care in the time of COVID: An interpretative phenomenological analysis of the impact of COVID-19 control measures on post-partum mothers' experiences of pregnancy, birth and the health system. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.986472>. Acesso em: 07 nov. 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.986472

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichán** [online], v. 8, n.1, p.85-96, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 out. 2022.

WERNER, E. A. *et al.* Addressing mental health in patients and providers during the COVID-19 pandemic. **Semin Perinatol.**, v. 44, n. 7, p. 1-9, nov. 2020. DOI: 10.1016/j.semperi.2020.151279. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32972778/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

WIELGANZUK, R.P. *et al.* Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 11, n.7, e605, 2019, p. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e605.2019>. Acesso em: 26 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report 51, mar./2020**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10. Acesso em: 06 ago. 2021.

WHO. Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstet Gynecol.**, 2013;122, p. 1139–40. Disponível em: < <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>>. Acesso em: 26 out. 2022.

WHO. **Weekly epidemiological update on COVID-19 - 28 March 2021**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--31-march-2021>. Acesso em: 06 ago. 2021.

WHO. **WHO recommendations: induction of labour at or beyond term**. Geneva: World Health Organization. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2023

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: WHO. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2022.

YANES-LANE, M. *et al.* Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 15, n. 11, e0241536, nov. 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0241536. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241536>. Acesso em: 06 ago. 2021.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Informações Gerais

Iniciais:

Idade:

Profissão:

Religião:

Idade gestacional no momento do parto:

Mês do parto:

Tipo de parto:

Número de gestações anteriores:

Acompanhante presente no pré-parto, parto e puerpério:

Alojamento conjunto:

Risco habitual/Alto risco:

2. Tópico principal

Conte-me como foi sua experiência de pós-parto/puerpério durante a pandemia COVID-19.

3. Tópicos complementares

- Sentimentos, sensações, emoções sentidas no pós-parto/puerpério durante a pandemia
- Como foi amamentar durante a pandemia
- Como foi o apoio recebido no pós-parto (de familiares, pessoas amigas)
- Ações de saúde que auxiliaram o processo de parto, nascimento e puerpério durante a pandemia
- Ações relativas ao processo de parto, nascimento e puerpério que poderiam ser adotadas em pandemias futuras.

ANEXO A – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS⁷

Curitiba, ___ de _____ de 20__.

Destinatário,

Eu, _____ (nome, estado civil, documento de identidade), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em ___/___/___ para a estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, doutoranda Naiane Ribeiro Prandini, e a professora orientadora, doutora enfermeira Silvana Regina Rossi Kissula de Souza, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à Universidade Federal do Paraná, que tem guarda da mesma.

Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

(nome e assinatura da colaboradora)

⁷ Adaptado de Meihy e Holanda (2017, p. 149).