

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

SANDRA CRISTINA DA SILVEIRA

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO NA MATERNIDADE: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MULHERES ASSISTIDAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2006

SANDRA CRISTINA DA SILVEIRA

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO NA MATERNIDADE: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MULHERES ASSISTIDAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

Orientador: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi

**FLORIANÓPOLIS
2006**


Sandra Cristina da Silveira

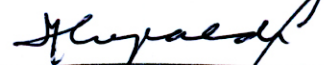
A assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

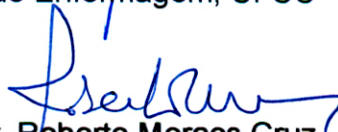
Florianópolis, 20 de fevereiro de 2006.


Prof.^a Dr.^a Andrea Vieira Zanella
Coordenadora


Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo
Departamento de Psicologia, UFSC
Orientador


Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi
Departamento de Psicologia, UFSC
Co-Orientadora


Prof.^a Dr.^a Marisa Monticelli
Departamento de Enfermagem, UFSC


Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Departamento de Psicologia, UFSC

Qualquer tempo

Qualquer tempo é tempo.
A hora mesma da morte
é hora de nascer.

Nenhum tempo é tempo
bastante para a ciência
de ver, rever.

Tempo, contratempo
anulam-se, mas o sonho
resta, de viver

Carlos Drummond de Andrade

Dedico este trabalho a todos (as) aqueles (as) que
acreditam no sonho de mudar a forma de nascer.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe pelo apoio hoje e sempre.

Ao meu pai por ter me proporcionado a oportunidade de estudar e chegar até aqui.

Ao meu orientador Professor Brígido Vizeu Camargo pela seriedade e competência com que me guiou no desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Maria Aparecida Crepaldi por ter aceitado ser co-orientadora deste estudo e dar sua importante contribuição.

À Cibele por ter compartilhado comigo de forma tão generosa grande parte das dúvidas, angústias e descobertas que envolveram este trabalho.

A todas as instituições e seus profissionais que tornaram este empreendimento possível.

A todas as mulheres que concordaram em me ceder o seu precioso tempo para contribuir nesta pesquisa.

À Liliana e Ana Paula que apenas em troca da oportunidade de aprender me acompanharam em algumas entrevistas e assim me fizeram sentir menos sozinha no estudo de campo, e também por terem me ajudado no árduo trabalho de transcrever fitas.

Aos meus amigos do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Parto e Nascimento, companheiros na luta pelo direito de dar à luz e nascer com dignidade e prazer. Especialmente à Suzi, ao Marcos e ao Maninho pela solicitude com que atenderam meus pedidos e pelos materiais disponibilizados.

Ao Marcelo por ter me ajudado de forma tão prestativa e amigável com as figuras e tabelas.

Às minhas amigas queridas Daniela e Raquel, pelas horas passadas juntas, nutrição preciosa nos intervalos do *rush*.

À Jaque que com sua presença doce me ajudou a manter o equilíbrio nas horas de maior dificuldade.

Ao Alejandro, amigo querido, mestre que me ensinou que o que importa nessa vida são as escolhas do coração.

DA SILVEIRA, Sandra Cristina. **A assistência ao parto na maternidade: Representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde.** Florianópolis, 2006, 154p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Maria Aparecida Crepaldi

Defesa: 20/02/2006

RESUMO

Objetivo: investigar quais as representações sociais (RS) de mulheres assistidas e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto na maternidade. **Método:** estudo de caráter descritivo e comparativo em que se empregou a técnica de observação indireta, por meio de entrevistas com um roteiro semi-estruturado. Participaram do estudo 20 mulheres com experiência recente de parto e 20 profissionais de saúde com formação universitária. Utilizou-se o software ALCESTE (Análise Lexical Contextual de Conjuntos de Segmentos de Texto) e a análise categorial para a análise dos dados. **Resultados:** entre os profissionais de saúde encontrou-se, de um lado, uma RS que aponta para uma visão medicalizada da assistência, predominante entre os profissionais pertencentes à categoria dos médicos e de outro lado, uma RS predominante entre a categoria das enfermeiras obstetras, que indica uma concepção da assistência identificada com o modelo proposto pelo Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Entre as mulheres assistidas não foram observadas RS tão claramente definidas. Os resultados indicam que a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde é o fator que maior influência exerce sobre a maneira como as mulheres percebem a assistência recebida.

Palavras chaves: assistência ao parto, humanização do parto, representações sociais.

ABSTRACT

Objective: investigate women and health care professionals' social representations (SR) of hospital labor assistance. **Method:** a descriptive and comparative study carried through indirect observation technique, by the means of interviews with a semi-structured script. Twenty women with a recent childbirth experience and 20 graduate health care professionals took part in the research. Data was analyzed by the ALCESTE software (Lexical and contextual analysis of a set of text segments) and categorical analysis. **Results:** among health care professionals, physicians have predominantly presented a medicalized SR of childbirth assistance, whilst obstetrical nurses have predominantly presented a SR of childbirth assistance identified with concept proposed by Social Movement of Labor and Birth Humanization. Among women, the social representation of childbirth assistance was not clearly defined. The results indicates that the quality of relationship established with the health care professionals is the factor that influences the most the way women perceive the childbirth assistance they received.

Key words: childbirth assistance, childbirth humanization, social representations.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Mulheres Assistidas Entrevistadas.....	63
Tabela 2: Profissionais de Saúde Entrevistados.....	64
Figura 1: Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Profissionais sobre o Tipo de Assistência Prestada ao Parto.....	71
Tabela 3: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.....	72
Tabela 4: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.....	75
Tabela 5: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.....	77
Tabela 6: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 3.....	79
Figura 2: Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Profissionais sobre a Relação Profissional-Parturiente.....	82
Tabela 7: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 3.....	83
Tabela 8: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.....	85
Figura 3: Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Mulheres Assistidas sobre o Tipo de Assistência prestada ao Parto.....	89
Tabela 9: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.....	90

Tabela 10: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.....	92
Tabela 11: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.....	94
Figura 4: Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Mulheres Assistidas sobre a Relação Profissional-Parturiente.....	100
Tabela 12: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 6.....	101
Tabela 13: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.....	103
Tabela 14: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.....	104
Tabela 15: Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 5.....	105
Tabela 16: Utilização de algumas práticas de assistência nas Maternidades A e B, segundo os profissionais entrevistados.....	107
Tabela 17: Distribuição da Frequência de Mulheres Atendidas nas Maternidades A e B que relataram Ter Sido Submetidas às Práticas de Assistência Investigadas.....	110

SUMÁRIO

Introdução	13
1 Marco Teórico	17
1.1 Aspectos Psicossocioculturais do Parto.....	17
1.2 O Modelo Hegemônico de Atenção ao Parto.....	20
1.2.1 Aspectos Históricos.....	20
1.2.2 Características do Modelo Hegemônico de Atenção ao Parto.....	22
1.3 O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento.....	29
1.4 A Teoria das Representações Sociais.....	35
1.4.1 Aspectos Históricos.....	36
1.4.2 O Conceito de Representações Sociais.....	37
1.4.3 Dimensões e Funções das Representações Sociais.....	38
1.4.4 Processos de Formação das Representações Sociais.....	39
1.4.5 A Relação entre Ciência e Senso Comum.....	40
1.4.6 Representações Sociais e Práticas Sociais.....	42
2 Pesquisas Sobre a Assistência ao Parto	44
2.1 Estudos de Representações Sociais e Assistência ao Parto.....	44
2.2 Outros Estudos sobre a Assistência ao Parto.....	45
2.2.1 Estudos Estrangeiros.....	46
2.2.2 Estudos Brasileiros.....	52
2.3 Algumas Conclusões dos Estudos sobre a Assistência ao parto.....	59
3 Método	62
3.1 Caracterização da pesquisa.....	62
3.2 Participantes.....	62
3.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	64
3.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	65
3.5 Análise dos Dados.....	67

4	Análise dos Dados.....	69
4.1	Análise do Grupo dos Profissionais de Saúde.....	69
4.1.1	Análise dos Resultados do Tipo de Assistência Prestada ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde.....	69
4.1.1.1	A Assistência Humanizada (Classe 2).....	72
4.1.1.2	A Assistência Medicalizada (Classes 4 e 1).....	74
4.1.1.2.1	O Papel do Médico e da Mulher no Parto (Classe 4).....	75
4.1.1.2.2	Importância do Espaço Físico e da Analgesia (Classe 1).....	78
4.1.1.3	Ingresso na Maternidade (Classe 3).....	80
4.1.2	Análise da Relação Estabelecida entre Profissionais de Saúde e Parturientes Segundo os Profissionais.....	81
4.1.2.1	Relação com a Parturiente e Envolvimento nas Decisões Não Emergenciais (Classe 3).....	83
4.1.2.2	Manifestações Emocionais e Participação da Parturiente nas Decisões do Parto na Ótica dos Profissionais.....	84
4.1.2.2.1	Reação dos Profissionais à Expressão de Sentimentos pela Parturiente (Classe 1).....	84
4.1.2.2.2	Participação da Parturiente nas Decisões Relacionadas ao Parto: Decisões em que É Permitida e em que Não é Permitida a Participação da Mulher (Classe 2).....	86
4.2	Análise do Grupo das Mulheres Assistidas.....	87
4.2.1	Análise dos Resultados do Tipo de Assistência Prestada ao Parto Segundo as Mulheres Assistidas.....	88
4.2.1.1	O Parto (Classes 2 e 4).....	90
4.2.1.1.1	Vivência do Processo de Parto (Classe 4).....	90
4.2.1.1.2	A Trajetória até a Internação, o Papel da mulher e do Profissional no Parto (Classe 2).....	91
4.2.1.2	A Assistência (Classes 1 e 3).....	94
4.2.1.2.1	Aspectos Positivos da Assistência (Classe 1).....	94
4.2.1.2.2	A Assistência Ideal (Classe 3).....	97
4.2.2	Análise da Relação Estabelecida entre Profissionais de Saúde e Parturientes Segundo as Mulheres Assistidas.....	98
4.2.2.1	Expressão de Sentimentos Durante o Processo de Parto (Classe 6).....	101

4.2.2.2	Participação nas Decisões não Emergenciais Relativas ao Parto (Classes 2 e 4).....	102
4.2.2.2.1	Decisões em que Era Permitida a Participação das Mulheres (Classe 2).....	103
4.2.2.2.2	Decisões em que Não Era Permitida a Participação das Mulheres (Classe 4).....	103
4.2.2.3	Qualidade da Relação Estabelecida com os Profissionais (Classe 5).....	105
4.3	Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B.....	106
4.3.1	Análise do Grupo dos Profissionais de Saúde.....	107
4.3.2	Análise do Grupo das Mulheres Assistidas.....	110
4.3.3	Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas – Uma Análise Comparativa.....	112
5	Discussão dos Resultados.....	114
5.1	A Assistência ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde.....	114
5.2	A Assistência ao Parto Segundo as Mulheres Assistidas.....	119
5.3	Relação Profissional-Parturiente Segundo os Profissionais de Saúde.....	124
5.4	Relação Profissional-Parturiente Segundo as Mulheres Assistidas.....	126
5.5	Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B Segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas.....	128
5.6	A Assistência ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas – Discussão Geral.....	131
	Considerações Finais.....	138
	Referências Bibliográficas.....	145
	Anexos.....	154

Introdução

Nos últimos 30 anos, tem-se presenciado em muitos países uma preocupação com a melhoria da assistência prestada ao parto. As altas taxas de cesariana e os altos índices de mortalidade materna e perinatal, ou seja, a morte de mulheres e crianças por causas relacionadas à gravidez e ao parto, tem levado agências de saúde a repensar a forma como essa assistência tem sido prestada.

O Dossiê Mortalidade Materna (Rede Feminista de Saúde, 2001) apresenta uma estimativa, segundo a qual 515 mil mulheres morrem por ano no mundo por complicações relacionadas à gravidez, ao aborto, parto e puerpério¹, sendo que 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento. Na América Latina, os dados apresentados revelam uma variação, em 1995, de 114 a 308 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo que em países desenvolvidos como o Canadá, no mesmo ano, os dados revelam uma taxa de 3,6 mortes por 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, um estudo recente (Laurenti, Jorge & Gotlieb, 2004), revelou que, de 7.332 mortes de mulheres com idade entre 10 e 49 anos ocorridas no primeiro semestre de 2002 nas capitais brasileiras, 239 representavam óbitos por causas maternas, o que significa uma razão de mortalidade materna de 54,3 por 100.000 nascidos vivos no conjunto dessas cidades. Destas, 67,1 % correspondeu a mortes obstétricas diretas, ou seja, mortes em decorrência de causas ou estados que ocorrem somente no ciclo gravídico puerperal.

Quanto à mortalidade perinatal², os dados são mais escassos. Porém identificou-se que, no Rio de Janeiro, sua incidência chegou a 23,66 por 1.000 nascidos vivos em 2002 (Data/SUS, 2004). Em Santa Catarina, no mesmo período, ela foi de 16,14 por 1.000 nascidos vivos (Data/SUS, 2004).

No que concerne à cesariana, a elevação das taxas de sua utilização é um fenômeno que vêm ocorrendo em muitos países, mostrando-se mais problemática no continente americano. No ano de 2000, o Chile era o campeão mundial na realização de

¹Puerpério: período em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto retornam à situação na qual se encontravam antes da gravidez. Inicia-se uma ou duas horas após a saída da placenta, no parto, e tem seu término imprevisto, dependendo da experiência de cada mulher (MS, 2001).

²Mortalidade perinatal: Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente (Data/SUS, 2003).

cesáreas, apresentando uma taxa de 33% do total de partos ocorridos. O Brasil apresentava, na mesma época, uma taxa não muito diferente, que se situava em 28%, o que levou a cesariana a ser considerada como epidêmica em nosso país (Ministério da Saúde, 2001). É importante considerar que o nível máximo tecnicamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15% (OMS, 1985). Em Florianópolis, encontramos também taxas de cesárea preocupantes. Em 2001, a taxa de cesáreas em maternidades públicas variou de 31,6 % a 37,9%. Nas maternidades particulares, esse número é alarmante, girando em torno de 80 % no mesmo ano (Gouchert, 2003).

Em decorrência dessa assustadora realidade, há um esforço mundial, com apoio da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de melhorar e humanizar a assistência ao parto. Desde 1985, a OMS tem elaborado diversos documentos que apontam para uma mudança no atendimento ao nascimento e parto. Um deles chama-se “Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto”, em que já se observa uma preocupação com a necessidade de transformar profundamente a maneira como essa assistência vinha sendo prestada até então (OMS, 1985).

Outro documento importante, “Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático”, publicado em 1996, também faz considerações e sugere medidas na mesma direção. Trata-se de uma nova tendência, cerne do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN), o qual tem na Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) o seu mais conhecido representante no Brasil. O Ministério da Saúde (MS) também tem acompanhado essa discussão e desenvolvido estratégias no sentido de melhorar a assistência ao parto. Em 2001, foi publicado o guia intitulado “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, que aborda detalhadamente essa questão (MS, 2001).

Além disso, estudos que revelam a forma como é conduzida essa assistência, ferindo diretamente os direitos de mulheres e crianças, conforme será mostrado posteriormente, vêm a reforçar a necessidade urgente de repensar a forma de tratamento do parto. É preciso buscar alternativas para que as mulheres possam dar à luz com dignidade, de maneira prazerosa, e que as crianças possam nascer sem complicações desnecessárias e encontrar uma mãe satisfeita e confirmada em suas necessidades.

A esses fatos soma-se minha experiência com grupos de gestantes na rede municipal de saúde de Florianópolis. Nesse trabalho, tenho constatado, além da insatisfação de muitas dessas mulheres com partos anteriores, relatos de violência sofrida na assistência recebida, que incluem, além de humilhações, agressões físicas e

verbais. Nesse trabalho, tem sido possível identificar também o medo que outras mulheres, grávidas pela primeira vez, têm quanto ao tipo de tratamento que receberão na maternidade, sentimento este despertado pelo relato da experiência de atendimento de outras mulheres de sua rede social. Durante este trabalho, tem sido possível observar também o quanto essas experiências repercutem negativamente na vivência da maternidade pelas mulheres, bem como em outros aspectos de sua vida.

Esses dados revelam, então, a necessidade de realizar estudos na área em questão. A pesquisa desenvolvida insere-se no campo de estudos das representações sociais (RS), aqui compreendidas segundo a definição de Moscovici (1978), como teorias do senso comum, destinadas à interpretação e elaboração da realidade social. Partiu-se do pressuposto de que representações sociais e práticas sociais estão em íntima relação (Abric, 2001; Rouquette, 1998 & Wagner, 1993) e, para promover mudanças significativas na atenção ao parto, seria importante conhecer como os sujeitos envolvidos representam a assistência e qual a relação entre as representações encontradas.

Esta pesquisa teve como participantes profissionais de saúde com formação universitária que trabalham diretamente na assistência ao parto em duas maternidades distintas, entre médicos e enfermeiras, e mulheres que tiveram uma experiência recente de parto nessas maternidades. Este estudo tomou como base a definição de que a assistência ao parto compreende o conjunto de cuidados e procedimentos em saúde dispensados à mulher, ao recém-nascido e a sua família durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Portanto, o problema de pesquisa que se buscou elucidar foi: *Quais as concepções de mulheres com experiência recente de parto e de profissionais de saúde envolvidos no processo a respeito da assistência ao parto na maternidade?*

Objetivo geral: investigar quais as representações sociais que mulheres assistidas e profissionais de saúde têm sobre a assistência ao parto na maternidade.

Objetivo específico 1: identificar as representações sociais de mulheres assistidas em duas maternidades distintas (Maternidade A e Maternidade B) quanto à assistência ao parto na maternidade;

Objetivo específico 2: identificar as representações sociais de profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto em duas maternidades distintas (Maternidade A e Maternidade B) quanto a essa assistência;

Objetivo específico 3: comparar as representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto.

A apresentação deste trabalho tem a seguinte ordem: após essa introdução, segue o Capítulo I, que compreende o marco teórico utilizado para a fundamentação da pesquisa, dividido em quatro partes principais: a primeira parte trata dos aspectos psicossocioculturais do parto; na segunda parte, aborda-se os aspectos históricos, bem como algumas características do modelo hegemônico de atenção ao parto; a terceira parte caracteriza o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento; na última parte é apresentada a Teoria das Representações Sociais adotada neste estudo.

No Capítulo II é exposto um levantamento bibliográfico sobre alguns estudos relacionados à assistência ao parto publicados no Brasil e no exterior, assim como algumas conclusões que foi possível observar a partir de seus resultados.

No Capítulo III, referente ao método utilizado, são apresentados os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa, as técnicas usadas para a coleta de dados e para a análise do material coletado.

O Capítulo IV trata da análise dos quatro *corpora* que compuseram a pesquisa: “Assistência ao Parto” (um referente ao grupo de mulheres e outro referente ao grupo de profissionais), e “Relação Profissional-Parturiente” (um referente a cada grupo). Esse capítulo aborda, ainda, a análise sobre a utilização de algumas práticas de assistência nas Maternidades A e B, segundo os profissionais de saúde e as mulheres assistidas, e a análise da opinião dos profissionais da Maternidade A sobre a utilização de uma dessas práticas, o enema³.

O Capítulo V apresenta a discussão dos resultados e sua articulação com o referencial teórico utilizado, e nas Considerações Finais são expostas uma síntese da pesquisa, algumas questões que remetem à necessidade de outros estudos e ainda algumas sugestões para a melhoria do atendimento.

As Referências contêm todas as obras utilizadas nesta pesquisa, e o Anexo os dois roteiros de entrevistas utilizadas no estudo, os dois modelos dos termos de consentimento livre e esclarecido assinados pelos participantes da pesquisa, e os quatro relatórios emitidos pelo ALCESTE (versão resumida), programa de informática que realizou a primeira parte da análise dos dados.

³ Enema: introdução de soluções no reto e cólon, para que a atividade intestinal seja estimulada e também para que seja provocado o esvaziamento da parte inferior do intestino (Taber, 2000).

1 Marco Teórico

1.1 Aspectos Psicossocioculturais do Parto

Entende-se como premissa básica para a compreensão dos eventos que cercam o parto a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica, social e cultural presentes nesse fenômeno. Isto implica admitir que, como qualquer ação humana, o parto é também uma construção social, sujeita aos diferentes aspectos da cultura em que ele ocorre.

De acordo com Maldonado (2000), a maneira como o parto será experienciado pela mulher é uma questão complexa que sofre a influência de diversos fatores: história pessoal, contexto sociocultural, nível de informação a respeito do processo de parto, características de personalidade, a forma como o parto e o bebê são simbolizados e o contexto assistencial.

Quanto à interferência dos aspectos culturais no processo do parto, a Antropologia, conforme aponta Paim (1998), tem trazido contribuições fundamentais no sentido de demonstrar que mesmo uma compreensão do que seja a natureza já é feita com base em um universo cultural. A partir dessa perspectiva, compreende-se que o corpo, ainda que seja algo natural e individual, é moldado socialmente. A autora cita o texto clássico de Mauss, “As Técnicas Corporais”⁴, no qual o autor demonstra o quanto manifestações corporais não são apenas reflexo de um corpo físico, mas de fenômenos sociais, o que se pode observar por meio da diversidade de formas que uma mesma atividade pode tomar. A título de exemplo, cabe citar os estudos de Paciornick (1983), na década de 1970, com grupos indígenas no interior do Paraná e Santa Catarina, que identificaram ser costume entre as mulheres desses grupos parir na posição de cócoras, ao passo que o costume entre as mulheres brancas é adotar a posição deitada. Esse exemplo permite compreender o quanto questões como a posição a adotar na hora do parto não são somente um reflexo de escolhas individuais, mas principalmente o resultado de um processo educativo que tem início na infância.

Quanto aos aspectos sociais, não é difícil imaginar a sua influência sobre a experiência do parto. A própria condição social da mulher vai interferir enormemente na maneira como a vinda de uma criança será por ela representada. Ter um filho numa

⁴ Mauss, M.(1974). Sociologia e antropologia. São Paulo:EPU.

situação de vida economicamente difícil pode significar mais preocupação e angústia do que normalmente o evento desperta.

Estudos que enfatizam a assistência (Diniz, 2001 & Videla, 1997) têm observado que mulheres pertencentes a camadas populares da sociedade estão mais sujeitas a humilhações e violência por parte da equipe que presta o atendimento ao parto. Com relação ainda aos aspectos socioculturais, considera-se que o contexto assistencial é determinante na maneira como o parto será experienciado. Conforme assinala Maldonado (2000), “muitas vezes, o descontrole, o pânico e até alterações da contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente” (p.70).

Contudo, a despeito da interferência dos fatores culturais e sociais, os aspectos psíquicos e aqueles próprios da personalidade de cada mulher conferem um tom particular à experiência do parto. Não é objetivo aqui fazer uma ampla abordagem sobre a psicologia do parto, mas tão somente apresentar alguns conflitos psicológicos vivenciados nesse período e que permitirão compreender a sua influência na maneira como o processo poderá ser experienciado.

Nas palavras de Maldonado (2000), há uma tendência atual na Psicologia a “conceber o desenvolvimento psicológico como um contínuo que se prolonga muito além da adolescência, marcado por vários períodos de crise, que constituem verdadeiros pontos decisivos no crescimento emocional e que em parte determinam o estado de saúde ou doença mental” (p.22).

Neste sentido, o ciclo vital da mulher pode conter períodos críticos, como a gravidez, com seus desdobramentos e o climatério. Mudanças metabólicas complexas, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade são alguns dos elementos citados pela autora como característicos desses períodos.

O parto, por sua vez, é um acontecimento singular no universo feminino. Trata-se de um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas na vida da mulher e na rede social em que está inserida. É experienciado como uma situação de passagem de um estado a outro, marcada por características próprias. Entre estas, se destacam a irreversibilidade, a imprevisibilidade quanto ao processo, a impossibilidade de controlá-lo, as transformações abruptas, como a mudança do esquema corporal, além da separação do bebê, sua chegada e todas as outras mudanças que seu nascimento acarretará na vida familiar (Maldonado, 2000).

Do ponto de vista psicológico, trata-se de um momento de grande vulnerabilidade, uma vez que a gravidez e o parto conduzem a mulher a um estado de regressão emocional marcado pela revivência de situações infantis, especialmente sua relação primitiva com sua própria mãe, conforme demonstra Langer (1986). De acordo com Soifer (1980), o significado do parto é a separação real de dois corpos antes unidos, vivendo uma total dependência. A mulher pode sentir essa separação como a perda de uma parte de si mesma, e tal acontecimento pode levá-la a reviver a angústia de separação da mãe, experienciada em seu próprio nascimento.

Rosfelter (1994) destaca que, no momento do parto, pode ocorrer a lembrança de situações extremas nas quais a mulher se sentiu abandonada. Avalia-se que tal experiência acaba muitas vezes sendo potencializada pela rotina, ainda presente em algumas maternidades, de não permitir a presença de um acompanhante escolhido pela mulher no momento do parto, situação que pode levá-la a sentir-se ainda mais sozinha e desamparada. Moraes (2001) assinala que, nesse momento, algumas mulheres lembram de pessoas queridas que já morreram, talvez pelo medo da própria morte e da morte do bebê. De acordo com Rosfelter (1994), bloqueios psíquicos que podem ocorrer no momento do parto podem ser tão intensos a ponto de conduzir a mulher a uma dificuldade para reconstituir-se e reconhecer seu bebê, assim como levar a um processo de ingresso na psicose.

Dessa forma, é possível compreender que o momento do parto é marcado por conflitos psicológicos importantes. A maneira como esses conflitos são vivenciados determinará o nível de satisfação da mulher em sua experiência com a maternidade.

Do ponto de vista da criança, o nascimento é a primeira experiência com o mundo externo, em que nascem também as primeiras impressões dele. Videla (1997) destaca o quanto o período que vai desde o início do trabalho de parto até o momento de encontro entre a mãe e o bebê é de importância vital, e tudo que se passa dentro da mulher e no mundo externo determinarão o tipo de vínculo inicial que se estabelecerá entre mãe e filho.

Outros autores, como Klaus, Kennell e Klaus (2000) e Odent (2000), reconhecem também o momento do parto como especialmente importante para a formação do apego entre mãe e filho. Para que isso ocorra, no entanto, é necessário que mãe e bebê estejam alertas e em condições de iniciar um contato mais profundo. Porém, o que a experiência demonstra é que um contexto de assistência desfavorável acaba interferindo negativamente na formação do vínculo entre mãe e filho. Muitas vezes

drogas são administradas dificultando que mãe e bebê permaneçam num estado de alerta favorável ao contato, o bebê é rapidamente separado da mãe para receber as intervenções da pediatria, cesáreas são realizadas sem indicação precisa, o que acaba por dificultar a liberação dos movimentos da mãe para acolher seu filho.

Dessa forma, conclui-se que a experiência do parto é fortemente marcada por fatores sociais, culturais e psicológicos. Considerar esses aspectos é de crucial relevância para a compreensão da maneira como o parto ocorre em contextos diversos, assim como para o entendimento das diferentes representações sociais que emergem dos grupos envolvidos no processo.

1.2 O Modelo Hegemônico de Atenção ao Parto

1.2.1 Aspectos Históricos

Entender como a administração dos eventos que cercam o nascimento passou das mãos das parteiras leigas para as mãos dos médicos é fundamental para a compreensão dos valores e atitudes que subsidiam o atual modelo de assistência ao parto.

Melo (1983), numa ampla pesquisa realizada sobre a evolução histórica da obstetrícia, demonstra que foram as próprias mulheres que, no início da história e até muito recentemente, assistiram a parturiente. Antes disso, o parto era um episódio solitário do qual participavam somente a mãe e o conceito. Segundo esse autor, a obstetrícia se originou no período neolítico (cerca de 10.000 anos a.C.) como uma prática exclusivamente feminina e à margem da prática social da medicina. Isso se deu no momento em que a família monogâmica começou a se esboçar sob a tutela do patriarcado, em função do interesse masculino em transmitir os bens adquiridos a seus filhos legítimos. Portanto, o auxílio à parturiente teve uma forte determinação econômica, ou seja, visava garantir uma assistência à esposa do patriarca. Conseqüentemente, se instituiu no âmbito social a obrigatoriedade da fidelidade conjugal por parte da mulher como garantia de que gerasse filhos de um único pai. Por isso, não era admitida a presença de outros homens no momento do parto, o que inviabilizou o auxílio masculino à parturição⁵.

⁵ Parturição: ato de dar à luz uma criança (Taber, 2000).

Posteriormente, analisa o autor, ocorreu a profissionalização das mulheres que auxiliavam a parturiente, processo que deu origem às primeiras parteiras, profissionais responsáveis por todos os assuntos referentes à gravidez, parto e puerpério. Segundo o autor, indícios históricos apontam que essas mulheres que acompanhavam e ajudavam outras mulheres em seu parto eram múltíparas⁶ que tinham uma prática de assistência a partos. O autor conclui afirmando que “a obstetrícia surgiu como um aspecto marginal da prática médica, coerente com a própria marginalidade social da mulher” (Melo, 1983, p.153).

Durante os períodos da Antigüidade clássica greco-romana e todo o período medieval, a prática da obstetrícia esteve sob a hegemonia das parteiras. No Renascimento, observou-se a intervenção do Estado no exercício dessa profissão pela necessidade de garantir o crescimento numérico da população. Era necessário exercer o controle e a vigilância sobre a prática das parteiras, muitas vezes acusadas de matarem os recém-natos. Assim, as parteiras foram a categoria profissional mais perseguida nesse período devido ao seu íntimo contato com os aspectos da reprodução e da fertilidade femininas. Surge, então, a necessidade de regulamentar a prática das parteiras, mediante a licenciatura, ficando essa função a cargo do monarca, da Igreja e das municipalidades (Melo, 1983).

Os novos conhecimentos anatomo-fisiológicos adquiridos a partir desse período, investigados pelos médicos-cirurgiões e impulsionados pela monarquia absolutista, permitiram o surgimento de novas descobertas no campo da obstetrícia. Entre elas, destacaram-se a realização da operação cesariana na mulher com vida, o aperfeiçoamento do fórceps e o entendimento dos mecanismos da parturição. A partir de então, na medida em que os médicos-cirurgiões passaram a adentrar no campo de trabalho das parteiras, observou-se uma organização desses profissionais no sentido de exercer uma pressão para que as mulheres se afastassem da prática obstétrica ou ao menos trabalhassem sob a sua dependência (Melo, 1983).

A partir do capitalismo industrial, a obstetrícia, que até então se encontrava à margem do ensino médico oficial, se instituiu como especialidade, incorporada ao saber médico. Nessa época, a medicina científica havia se estruturado, e a obstetrícia pôde se utilizar das descobertas no campo da anestesiologia e da profilaxia das infecções

⁶ Múltipara: mulher que procriou mais de um feto viável, estivesse ou não viva a prole por ocasião do nascimento (Taber, 2000).

bacterianas. Desde então, “o conhecimento médico-científico da parturição se sobrepôs ao saber empírico das parteiras, subjugando-as, regulamentando sua prática e, por fim, oficializando a sua marginalidade. O exercício da tocológia tornou-se exclusividade dos médicos” (Melo, 1983, p.155).

Conforme demonstra Spink (2003), a ascensão dos parteiros se deu na segunda metade do século XIX. Desde então, embora em muitos países as parteiras tenham sobrevivido, sua prática esteve subjugada ao poder médico. De acordo com a autora, desse processo histórico resultou o fato de que o próprio parto sofreu uma redefinição: todo parto passou a ser visto como um risco potencial, como se mãe e bebê estivessem sujeitos a desenvolver sinais inesperados de doença. Assim, de um evento natural pertencente ao universo feminino, o parto sofreu um processo de patologização, cujos cuidados estariam sob a responsabilidade da prática médica. Spink (2003) compreende essa mudança como consequência de aspectos como o fato de que os médicos até então eram chamados para resolver os partos mais difíceis, o desenvolvimento de sua prática baseada em partos hospitalares e a tendência da pesquisa científica médica em focalizar o anormal.

1.2.2 Características do Modelo Hegemônico de Atenção ao Parto

Na atualidade, a assistência ao parto se caracteriza mais acentuadamente por utilizar uma abordagem intervencionista. Spink (2003) analisa que esse modelo tem suas origens no desenvolvimento progressivo de técnicas especializadas para atender os partos difíceis, como o fórceps e a cesariana, e que aos poucos foram sendo transferidas também para os partos sem complicações. A autora discute também que, quando os médicos passaram a intervir nos partos normais, passou a ser uma vantagem acelerar o trabalho de parto para aumentar a competitividade por pacientes.

Com o tempo, outras técnicas de intervenção no parto foram adotadas, como as lavagens intestinais, a ruptura artificial das membranas e a aceleração das contrações uterinas por meio de drogas. Spink (2003) assinala também que as intervenções também têm sua origem nas tentativas de aliviar a dor e o sofrimento associados ao parto. Desta forma o uso de anestésicos e analgésicos se tornou uma rotina nos partos modernos. A autora analisa ainda que, a despeito do fato de que seu uso trouxe conforto para muitas mulheres, eles tornaram-se também maneiras efetivas de controlar a mulher em trabalho de parto.

Aos poucos as intervenções passaram a ser utilizadas também como uma maneira de “prevenir” alguns problemas. Neste sentido, o uso rotineiro da episiotomia⁷ a fim de prevenir o rasgo do períneo é o exemplo mais surpreendente, conforme discute a autora. Até hoje esse procedimento é usado habitualmente em muitas maternidades, apesar de não haver evidências científicas sobre as vantagens de sua utilização de forma liberal.

Davis-Floyd e St. John (2004) compreendem a abordagem intervencionista como um reflexo do pensamento que norteia a medicina moderna e que as autoras denominam de “paradigma tecnocrático”, o qual está fundamentado nas idéias mecanicistas de Descartes. Conforme demonstram as autoras, no século XVII, durante um período de rápido crescimento econômico, a sociedade ocidental, influenciada pelas idéias de Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores, passou por profundas modificações na sua maneira de compreender a organização do universo, até então fundamentada no paradigma dominante na Europa, que concebia a Terra como um organismo vivo. De acordo com essa forma de pensar, o Planeta seria imbuído de uma “alma feminina”, que interagiria com a humanidade e toda a natureza de uma forma vibrante e participativa.

Santos (2002), analisando as origens do modelo tecnocrático, demonstra como esses e outros pensadores desenvolveram e disseminaram uma filosofia que assumia uma concepção mecanicista do universo, regido por leis capazes de serem previstas pela ciência e dominadas pela tecnologia, ou seja, o universo passou a ser compreendido como uma máquina. Conforme analisa o autor, na filosofia de Descartes, o método que possibilitaria a compreensão do universo consistiria em subdividir qualquer problema em seus níveis mínimos para chegar a seus componentes fundamentais e, a partir daí, perceber suas relações.

Embora Descartes não tenha atingido seu objetivo, ou seja, formar uma descrição racional completa de todos os fenômenos naturais em um único sistema preciso de princípios mecânicos regidos por relações matemáticas lineares, seu método de raciocínio e os aspectos gerais da sua teoria dos fenômenos naturais fundamentam o pensamento científico ocidental até os dias de hoje, com repercussões diretas na medicina e na obstetrícia em particular (Santos, 2002).

⁷ Episiotomia: incisão cirúrgica da vulva para evitar laceração por ocasião do parto ou para facilitar a cirurgia vaginal (Stedman,1999).

Como demonstram Davis-Floyd e St. John (2004), no século XVII, a metáfora mecanicista foi aplicada ao corpo humano e se iniciou um processo que levaria a retirar a compreensão do corpo do âmbito da religião e da filosofia para entregá-lo à ciência. De acordo com essa forma de pensar, aspectos como sentimento, contexto social, crenças espirituais e personalidade não são consideradas no estudo do corpo, porquanto desafiam a possibilidade de mensuração e manipulação. Na medicina, a influência dessa concepção pode ser observada na dificuldade de boa parte dos profissionais da área em compreender a relação das enfermidades com fatores culturais, sociais, psicológicos e ambientais.

Conforme analisa Santos (2002), quando o modelo mecanicista tornou-se a base para a compreensão do universo, a responsabilidade sobre o corpo humano, que antes pertencia à Igreja, passou a pertencer à profissão médica. Assim, a medicina tomou o modelo mecanicista cartesiano como sua base filosófica, o que resultou na equiparação do corpo à máquina.

Dessa forma, o modelo biomédico hegemônico, denominado por Davis-Floyd e St. John (2004) de “tecnocrático”, “é baseado na ciência, influenciado pela tecnologia, e conduzido por instituições que possuem em sua filosofia fundamental valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo” (Santos, 2002, p. 109).

De acordo com Davis-Floyd e St. John (2004), são princípios básicos do modelo tecnocrático: a separação entre corpo e mente; a compreensão do corpo como uma máquina e do paciente como um objeto; o distanciamento entre o médico e o paciente; a realização do diagnóstico e tratamento de fora para dentro; a organização hierárquica e a padronização do cuidado; a atribuição da autoridade e da responsabilidade pelo tratamento ao médico, não ao paciente; a supervalorização da ciência e da tecnologia; intervenções agressivas com ênfase nos resultados a curto prazo; a compreensão da morte como uma derrota; a organização do sistema baseado no lucro; e a intolerância a outras modalidades de tratamento.

Alguns desses princípios exigem uma explicação mais detalhada a fim de permitir uma melhor compreensão de alguns tópicos que serão discutidos neste trabalho posteriormente. O princípio da organização hierárquica implica o uso de uma ideologia de progresso tecnológico como fundamento do poder político. Conforme as autoras, no sistema médico, essa hierarquia se faz notar de três formas principais. A primeira delas está na subordinação do indivíduo à instituição, o que é perceptível na forma como se dá

a organização das rotinas hospitalares nas maternidades, de modo a atender muito mais às conveniências médicas do que às necessidades das mulheres. A título de exemplo, cabe citar uma pesquisa realizada recentemente nos Estados Unidos pela Maternity Center Association (2004) com 1.583 mulheres, na qual as participantes mencionaram uma série de restrições a que foram submetidas na assistência recebida, como a proibição de comer, beber e de se movimentar durante o trabalho de parto, imobilidade em consequência de várias intervenções, separação do bebê na primeira hora após o parto em parto sem intercorrências (somente 40% das mulheres pesquisadas disseram que o bebê foi colocado primeiramente em seus braços na primeira hora após o parto), imposição de água ou suplementação alimentar para o bebê nos casos em que a mãe desejava alimentá-lo exclusivamente ao peito (47% das mães que desejavam amamentar exclusivamente no peito relataram que, enquanto seu bebê estava no hospital, receberam água ou suplemento alimentar). Outra forma por meio da qual a hierarquia se faz notar é pela colocação dos médicos como um grupo em posição social e política superior a qualquer outro grupo de profissionais de saúde, bem como a outros profissionais que trabalham com modalidades diferentes de cura. Isso acabou levando profissionais como os da área da enfermagem a trabalharem dentro de um campo de ação restringido e controlado pelos profissionais médicos. Finalmente, outra forma de hierarquia é aquela que acontece dentro da própria medicina, em que as especialidades são supervalorizadas em detrimento da atenção prestada pelos generalistas.

A padronização do cuidado, aqui compreendida como a determinação de regras sob as quais outros profissionais e clientes deverão se comportar, é uma das características da organização hierárquica. Conforme destacam as autoras, o seguimento dessas regras toma a forma de um ritual tão incorporado pelo profissional, devido à sua constante repetição, que acaba se tornando um reflexo impensado e raramente questionado. Santos (2002) destaca que a adoção rotineira, em muitas maternidades brasileiras, de procedimentos como o enema, a tricotomia⁸, a episiotomia e a monitorização fetal contínua exemplifica essa padronização do cuidado, que muitas vezes ocorre sem haver um questionamento acerca de sua real necessidade. Davis-Floyd e St. John (2004) analisam a adoção dessas rotinas ritualizadas como uma forma de demonstrar clara competência e manter o medo a distância, dando aos profissionais de

⁶ Tricotomia: secção ou corte de cabelos ou pêlos (Fortes, 1968).

saúde uma sensação maior de confiança e controle sobre situações que de maneira geral são imprevisíveis.

Outro princípio que norteia o modelo tecnocrático da medicina moderna é aquele que investe autoridade ao médico, às instituições e aos seus profissionais e não ao paciente. De acordo com esse modelo, o médico é presumivelmente o perito, enquanto que o paciente fica sem responsabilidade pelo seu próprio tratamento. Esses profissionais são treinados para apresentar uma opção como a única resposta e recusam-se a discutir uma alternativa que esteja fora do seu paradigma. Nesse cenário, conforme destacam as autoras, o papel mais confortável para o paciente acaba sendo o da abdicação de sua preferência pessoal para fazer aquilo que o médico elege como procedimento correto. Nesse sentido Foucault (1985) demonstra como o hospital, em nossa sociedade, se constituiu historicamente como espaço de exercício do poder médico em que o indivíduo aparece como objeto do saber e da prática médicos.

No modelo tecnocrático, observa-se também uma supervalorização da ciência e da tecnologia. As autoras destacam o quanto os profissionais médicos tendem a pressupor a existência de bases científicas para tudo o que fazem, o que tem se mostrado um mito em muitas áreas da medicina. Nesse sentido, foi decisivo o papel da Medicina Baseada em Evidências, movimento internacional que nasceu do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, conforme aponta Diniz (2004). No caso particular da obstetrícia, tem se observado o emprego rotineiro de numerosas intervenções na assistência ao parto que têm sido provadas como ineficazes ou até prejudiciais, conforme apontam as recomendações da OMS, estabelecidas com base em estudos na área (OMS, 1996).

Grande parte da prática médica é baseada também no princípio de que se deve curar de fora para dentro, o que tem por consequência o emprego de táticas agressivas para alterar o curso da enfermidade. Conforme a investigação médica progrediu, produziu mais tecnologias no intuito de aperfeiçoar essas táticas, sendo que grande ênfase sempre foi dada nos resultados a curto prazo. A título de exemplo cabe citar novamente o *survey* realizado nos Estados Unidos pela Maternity Center Association (2004) e que levantou dados importantes sobre a realização de intervenções durante o trabalho de parto e parto naquele país.

No estudo mencionado, o monitoramento fetal eletrônico foi referido por 93% das mulheres. É importante destacar que esse procedimento é recomendado pela OMS

apenas nas gestações de alto risco, estando o seu uso em gestações de baixo risco associado ao aumento no número de intervenções desnecessárias no parto (OMS, 1996). O uso da analgesia peridural⁹ para aliviar as dores no trabalho de parto foi referido por 63% das mulheres, e o uso da ocitocina¹⁰ para tornar mais fortes as contrações e acelerar o trabalho de parto, por 53%. Cabe ressaltar, quanto a essa última prática, que segundo dados da OMS, os estudos na área ainda não comprovaram que o seu uso liberal traz benefícios para mulheres e bebês (OMS, 1996). A tentativa de induzir o parto foi referida por 44% das mulheres, e a episiotomia, por 35% delas. Segundo dados da OMS, a porcentagem aceitável de utilização desse último procedimento situa-se em torno de 10% (OMS, 1996). A ruptura artificial das membranas foi referida por 67% das participantes. Quanto a esse procedimento, as recomendações da OMS são no sentido de que deveria haver um motivo válido para interferir no momento espontâneo de ruptura das membranas (OMS, 1996).

De acordo com Davis-Floyd e St. John (2004), os médicos, ao adotarem esse modelo, acabam por contribuir para a disseminação e perpetuação dos princípios básicos desse sistema tecnologizante. As autoras interpretam a estafante e longa formação médica como um rito de passagem, por meio do qual os médicos são iniciados para se tornarem não somente profissionais, mas também representantes dos valores e crenças mais profundos da sociedade ocidental. Assim, afirmam as autoras: “apesar de pretender o rigor científico, o sistema médico americano é menos baseado na ciência do que no seu contexto cultural mais amplo”¹¹ (Davis-Floyd & St. John, 2004, p. 24).

De acordo com Santos (2002), a medicina de maneira geral e, em particular a obstetrícia, se baseia não somente na ideologia da sociedade tecnocrática, mas também na ideologia de uma sociedade patriarcal, entendida como a institucionalização da dominação masculina sobre a mulher, a criança e a família. Assim, enquanto o modelo tecnocrático compreende o corpo como uma máquina, a ideologia patriarcal trata de conferir ao corpo masculino qualidade de máquina superior ao corpo feminino, mais sujeito a falhas. Assinala o autor: “não somente o corpo masculino é aceito enquanto a norma dentro da qual o corpo feminino deve ser entendido, mas o processo reprodutivo

⁹ Analgesia peridural: consiste na infusão de opióides ou anestésicos, no espaço peridural, para promoção da analgesia sem bloqueio motor.

¹⁰ Ocitocina: droga que estimula a contração da musculatura lisa do útero por efeito indireto, aumentando a amplitude e duração das contrações uterinas com a conseqüente dilatação e esvaecimento do cérvix (Kolkovas, 1999).

¹¹ “A pesar de sus pretenciones de rigor científico, el sistema médico norteamericano está menos basado en la ciencia que en su amplio contexto cultural” (tradução da autora).

feminino é entendido nos termos das necessidades masculinas. No modelo tecnocrático a mulher espera o filho do homem” (Santos, 2002, p.111).

A esse respeito, Davis-Floyd e St. John (2004) salientam que, de acordo com o modelo tecnocrático, as características anatômicas próprias do gênero feminino, tais como o útero, ovários e seios, e processos biológicos tais como menstruação, gravidez, parto e menopausa, devido a um desvio extremo do protótipo masculino, são intrinsecamente sujeitos a falhas ou, no mínimo, causadores de incômodo ou potencialmente patológicos. A própria literatura médica utiliza termos pejorativos, como “degeneração” ou “decadência”, para descrever alguns processos inerentemente femininos, ao passo que aos masculinos são reservados termos como “regeneração” e “abundância”. A título de exemplo, cabe aqui citar algumas expressões encontradas no livro “Obstetrícia”, uma das mais importantes referências na formação de obstetras no Brasil, em alusão à gravidez: “função instável”, “intranqüila”, “frágil”, “perigosa”, “lindeira à patologia” (Rezende, 1995).

Santos (2002) salienta que nos livros de medicina as figuras para demonstrar processos fisiológicos são comumente de modelos masculinos, ao passo que as disfunções são representadas por modelos femininos. Afirma o autor: “em suma, dentro do modelo tecnocrático o corpo feminino é abordado como anormal, imprevisível e, inerentemente, uma máquina defeituosa” (p.112).

Davis-Floyd (1994) demonstra também o quanto a obstetrícia se desenvolveu adotando como metáfora o modelo industrial da linha de montagem, haja vista que, no hospital, o sistema reprodutor feminino é tratado como uma máquina de nascimento, e os técnicos especializados trabalham sujeitos a rotinas inflexíveis, cujo objetivo é otimizar a “produção” e garantir o “controle de qualidade”. Nesse modelo, analisa a autora, o hospital é uma fábrica tecnológica altamente sofisticada cuja principal função é produzir um novo membro da sociedade, o bebê perfeito. A ênfase no monitoramento constante da parturiente traz consigo uma visão subjacente de que o corpo feminino é uma máquina inerentemente defeituosa e geralmente incapaz de produzir bebês perfeitos sem a assistência tecnológica dos profissionais. Nesse sentido, quanto mais aparelhada for a maternidade, quanto maior a disponibilidade de tecnologia de ponta, melhor será o seu conceito entre os profissionais de saúde e a população de maneira geral.

Conforme assinala Santos (2002): “o modelo tecnocrático nos mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica, e sob a

ótica masculina. A parturiente, assim, é vista enquanto um objeto sobre o qual alguns procedimentos e rotinas deverão ser realizados em todos os partos, como por exemplo, a episiotomia.” (p. 113). O autor assinala ainda que, dentro dessa concepção, é o obstetra quem “faz” o parto. Com o processo de medicalização, o parto passou a ser visto não como uma atividade na qual a mulher está engajada, mas como um serviço a ser prestado pela medicina. Por conseqüência, as mulheres passaram a ser vistas não como sujeitos de um processo, mas como objetos de uma prática, ou seja, pacientes ao lado de outros doentes.

Os profissionais, a partir dessa orientação mecanicista e reducionista que recebem em sua formação, acabam adotando com os seres humanos os mesmos critérios aplicados às máquinas e, assim, desconsiderando o que lhes confere características humanas, como sua subjetividade e sua inserção em um contexto cultural e social mais amplo.

1.3 O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento

Embora a atual assistência ao parto e nascimento em muitos países seja ainda fortemente orientada pelo modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado, cresce em muitos países uma tendência no sentido de propor mudanças a esse modelo. Conforme aponta Diniz (2005), uma vez que o uso irracional de tecnologia demonstrou causar mais danos à mulher e ao bebê do que benefícios, “há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores e a desincorporação da tecnologia danosa.” (p.629). Esse movimento recebeu nomes diversos em diferentes países, tendo como base consensual as propostas da Organização Mundial de Saúde difundidas a partir de 1985. No Brasil, em geral, é chamado de Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN).

Tornquist (2002) vê no MHPN o desdobramento das idéias difundidas na década de 1950 por Dick e Lamaze, obstetras que estavam preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, por meio de técnicas comportamentalistas. Posteriormente, conforme aponta a autora, outros obstetras, como Frédérick Leboyer, Michel Odent e Moisés Paciornik, tendo em vista a mesma preocupação, desenvolveram experiências concretas de preparação para o parto. Essas experiências incorporavam novos ideais, entre os quais se destacam a compreensão do

parto como dimensão da sexualidade da mulher, a participação do pai no processo de parto, a valorização do feto e do recém-nascido como sujeito dotado de individualidade, a valorização da natureza, a crítica à medicalização da saúde, a inspiração em métodos e técnicas não ocidentais de cuidados com o corpo e a saúde e a incorporação de outras categorias profissionais na assistência.

Conforme demonstra Diniz (2001), a sistematização da reflexão crítica sobre o modelo hegemônico de assistência ao parto teve início no contexto do Ano Internacional da Criança, em 1979, quando foi criado, na Europa, um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir as taxas de morbidade¹² e de mortalidade perinatal e materna naquele continente. Esse estudo identificou, entre outros problemas, a falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a extrema variabilidade de opiniões. A partir de então, vários grupos de profissionais passaram a se organizar visando sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto.

Esse processo envolveu, além de especialistas, representantes de grupos de mulheres e de organizações de consumidores dos serviços de saúde. Um dos seus resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificados quanto à sua efetividade e segurança. Esse trabalho foi coordenado por obstetras e teve a colaboração de pediatras, enfermeiras, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras etc., e durou quase uma década, recebendo o nome de “Iniciativa Cochrane” em homenagem ao epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane que teve uma forte influência no movimento que ficou conhecido como Medicina Baseada na Evidência Científica (MBEC). Assinala a autora:

Assim, com base nestes estudos, já na metade da década de 80, a avaliação científica das práticas de assistência vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de, se alguma, intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes – ao invés de organizados em função das necessidades das instituições de assistência (Diniz, 2001, p. 3).

¹² Taxa de morbidade: número de casos de uma doença específica em determinado período de tempo por unidade populacional ou de pessoas vivas (Taber, 2000).

Assim, além de ser tributário dessa história das vanguardas obstétricas, conforme demonstra Tornquist (2002), o MHPN hoje tem incorporado as lições da MBEC, concepção que critica a medicina convencional na medida em que esta se utiliza e abusa de crenças e valores que não têm respaldo científico, mas estão, na verdade, apoiados em concepções culturais. Nesse sentido, tem sido amplamente criticada dentro do MHPN a utilização rotineira de práticas de assistência como o enema, a tricotomia e a episiotomia, entre outras, por não haver base científica que as justifique, sendo essas críticas respaldadas por recomendações técnicas da OMS (OMS, 1996).

Conforme demonstra Diniz (2005), o termo “humanizar” é utilizado atualmente com os sentidos mais diversos, mas nas suas muitas versões, a humanização da assistência “expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento de outro humano” (p. 628).

A autora, a partir de uma pesquisa realizada em duas maternidades públicas de São Paulo identificadas com a proposta de humanização, constatou serem vários os sentidos atribuídos à humanização do parto pelos sujeitos envolvidos na assistência e que permitem compreender as muitas facetas dessa mudança na maneira de concebê-la:

- a) humanização como legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência, que consiste em defender uma prática orientada por revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição;
- b) humanização como legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças e famílias) na assistência ao nascimento. Esse sentido atribuído à humanização implica defender uma assistência baseada nos direitos, de modo a promover um parto seguro e não-violento e que dá às usuárias inclusive o direito de conhecer os procedimentos e decidir quais deverão ser utilizados no parto sem intercorrências. Além desse direito, as mães ainda têm o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos), a estar livre de tratamento cruel, desumano e degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), à equidade, tal como definida pelo SUS, entre outros. Essa abordagem baseada nos direitos busca combinar direitos sociais em geral e direitos reprodutivos sexuais em especial;
- c) humanização relativa ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população, o que está relacionado à reivindicação de políticas públicas no sentido de uma legitimidade epidemiológica, ou de saúde pública, visando alcançar os melhores

resultados com menos agravos iatrogênicos¹³ maternos e perinatais. Conforme destaca a autora, esse sentido ganha maior importância à proporção que crescem as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbi-mortalidade¹⁴ materna e neonatal, e se preconiza uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde;

d) humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na assistência ao parto. Esse sentido atribuído à humanização inclui o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião obstetra para a enfermeira obstetritz, o que foi legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Segundo a autora, essa abordagem desloca também o local privilegiado do parto do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto;

e) humanização considerada como legitimidade financeira dos modelos de assistência, visando à racionalidade no uso dos recursos. Essa racionalidade é apontada tanto como desvantagem, na medida em que é vista como economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, quanto uma vantagem, na medida em que é percebida como economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações;

f) humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhoria na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente. Nesse sentido atribuído à humanização é dada ênfase à importância do diálogo com a paciente, à inclusão do pai no parto, à presença de doulas¹⁵, em alguma negociação nos procedimentos de rotina, à necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Essa forma de ver a humanização inclui a defesa da mudança arquitetônica de vários serviços particulares, de modo a promover maior privacidade e conforto para as pacientes, com a instalação de salas do tipo “PPP”¹⁶ (pré-parto, parto e pós parto), entre outras inovações;

g) humanização como direito ao alívio da dor, que defende a inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes só disponíveis às

¹³ Iatrogênico: qualquer condição mental ou física adversa induzida num paciente por efeitos de tratamento por um médico ou cirurgião (Taber, 2000).

¹⁴ Taxa de morbidade acrescida à taxa de mortalidade (Diniz, 2004).

¹⁵ Doula: mulher que acompanha outra mulher durante o trabalho de parto, oferecendo contínuo apoio físico e emocional antes, durante e após o parto (Klaus, Kennell & Klaus, 1993).

¹⁶ Sala PPP: salas de parto onde a mulher é internada em trabalho de parto, tem seu bebê e passa algum tempo depois do nascimento (Diniz, 2004).

pacientes da rede privada, como a analgesia de parto. Para alguns médicos, parto humanizado é sinônimo de acesso à anestesia peridural¹⁷, como destaca a autora.

Conforme citado anteriormente, essa nova forma de pensar a assistência tem sido respaldada pela OMS que, desde 1985, tem elaborado diversos documentos que apontam para uma mudança no atendimento ao parto e nascimento. Em 1996, a OMS sistematizou todos os procedimentos meta-analisados pela iniciativa Cochrane e classificou em quatro categorias as práticas mais comumente utilizadas no parto normal. São elas:

A) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, entre as quais se encontram o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto, o respeito à sua escolha dos seus acompanhantes durante o trabalho de parto e o parto, o fornecimento de todas as explicações e informações que a parturiente desejar, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (massagens e técnicas de relaxamento, entre outros) durante o trabalho de parto, a estimulação do contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, entre outras práticas;

B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, entre as quais se destacam o uso rotineiro do enema, da tricotomia e da posição de litotomia¹⁸ durante o trabalho de parto;

C) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão. Aqui se incluem práticas como a manipulação ativa do feto no momento do parto e o pinçamento precoce do cordão umbilical;

D) práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado. Entre essas práticas estão o controle da dor por analgesia peridural, a correção da dinâmica do trabalho de parto com a utilização da ocitocina, o parto operatório e o uso liberal ou rotineiro da episiotomia (OMS, 1996). Tal classificação buscou tornar mais objetiva a consulta dos profissionais a respeito de suas decisões.

No Brasil, segundo Tornquist (2002), pode-se falar de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento pelo menos desde o final da década de 1980, período em que se observou a organização de algumas associações de tipo não-

¹⁷ Anestesia peridural: tipo de anestesia em que o médico introduz uma cânula na coluna vertebral e injeta uma solução anestésica a cada período de tempo, ou mesmo continuamente (Diniz, 2004).

¹⁸ Posição de litotomia: posição em que a mulher fica deitada de costas com as nádegas na extremidade da mesa cirúrgica, as coxas e os joelhos completamente fletidos e os pés apoiados em alças (Stedman, 1999).

governamental e redes de movimentos identificadas principalmente com a crítica ao modelo medicalizado de assistência. Entre essas redes, destaca-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), constituída em 1993 e com representantes em todo o País, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e que têm desenvolvido ações importantes para a implementação efetiva dessa nova proposta. Entre essas ações, destacam-se a realização de campanhas como a que defendeu o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto e que contribuiu para a criação de uma lei federal¹⁹ garantindo esse direito a todas as usuárias do SUS, além daquela que defende a abolição da realização de episiotomias de rotina, bem como a organização de diversos eventos nacionais e internacionais.

O Ministério da Saúde também aderiu à nova proposta e, em 2000, foi implementado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Na publicação do manual intitulado “Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher”, em 2001, é possível notar o reconhecimento da gravidez e parto como eventos sociais. Aspectos como a consideração da individualidade da mulher na assistência, a percepção das suas necessidades, a importância de ela assumir o comando da situação e do vínculo com o profissional de saúde que presta o atendimento são ressaltados (MS, 2001).

Dessa forma, o MHPN representa uma oposição à medicalização do parto, caracterizada pela exacerbação do paradigma médico que trata o parto como evento patológico e está centrado no intervencionismo técnico. Conforme foi demonstrado, dentro dessa nova proposta, encontra-se uma preocupação que abrange, além de aspectos relativos à saúde pública, como a redução da taxa de cesáreas e mortalidade materna, também uma preocupação com o bem-estar da mulher e do bebê, acentuando-se a importância dos aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos no parto. Há também uma tentativa de resgatar o trabalho das parteiras e integrá-las ao Sistema de Saúde.

Diniz (2001) aponta que essas mudanças na maneira de compreender a assistência resultaram em um novo paradigma de atenção, segundo o qual qualquer intervenção sobre a fisiologia do parto só deve ser feita quando se prova mais segura e/ou efetiva do que a não-intervenção. Esse novo paradigma postula também o direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde, o que implica uma mudança importante na maneira de conceber a relação médico-paciente, na medida em que supõe que a decisão deve ser compartilhada entre os envolvidos, em vez de tomada de forma

¹⁹ Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

unilateral pelo profissional ou pela instituição que presta a assistência. Porém, conforme analisa a autora, no Brasil, essas e outras recomendações vêm sendo sistematicamente desconsideradas, quando muito são conhecidas.

A despeito das contribuições inquestionáveis que a proposta da humanização tem trazido para a melhoria da assistência ao parto no Brasil, na prática, o que se observa é que mesmo os serviços de saúde com ela identificados apresentam lacunas importantes na atenção. Em estudo etnográfico, realizado numa maternidade pública identificada com o ideário da humanização, Tornquist (2003) aponta para a necessidade de colocar em perspectiva os próprios valores e as representações que sustentam as iniciativas humanizadoras. De acordo com a autora, se de um lado o ideário do parto humanizado advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro parece estar desatento às diferenças socioculturais existentes entre essas mulheres e se basear em aspectos técnicos isolados e em um modelo universalista de família e feminilidade.

Se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater.” (Tornquist, 2003, p. 426).

Dessa forma, a presente pesquisa assumiu como pressuposto a idéia de que, para transformar a assistência, há que se conhecer as representações sociais que a sustentam.

1.4 A Teoria das Representações Sociais

Conforme mencionado anteriormente, a pesquisa a ser realizada insere-se no campo de estudos das representações sociais. Com o intuito de permitir a compreensão dos pressupostos que fundamentam a Teoria das Representações Sociais, serão apresentados alguns aspectos desse campo teórico que se relacionam com a investigação em tese.

1.4.1 Aspectos Históricos

A teoria das Representações Sociais foi elaborada inicialmente pelo psicólogo romeno, naturalizado na França, Serge Moscovici, a partir dos dados levantados em estudo realizado entre 1952 e 1959 e que resultou em sua tese de doutorado. O objetivo de sua pesquisa era compreender como uma novidade no campo do conhecimento especializado, no caso a psicanálise, era recebida pelo público francês na década de 1950 e reconstruída no imaginário social, transformando-se em “saber prático do senso comum” (Nóbrega, 2001).

Conforme demonstra Sá (1993), uma das preocupações de Moscovici era a construção de uma psicologia mais socialmente orientada em oposição à perspectiva individualista da tradição norte-americana dominante. Foi com esse intuito que Moscovici buscou na tradição sociológica de Durkheim o conceito de Representações Coletivas, desenvolvido pelo sociólogo francês em sua obra intitulada “As formas elementares da vida religiosa”, publicada em 1912. Porém, na noção durkheimiana, as representações “constituíam uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, abrangendo o que designamos por ciência, ideologia mito, etc.” (Moscovici, 1978, p.42).

Conforme analisa Nóbrega (2001), o conceito de Representações Coletivas de Durkheim continha uma “interpretação dicotômica de um social estático e impermeável à instabilidade das mudanças individuais” (p.58). Estabelecia uma “oposição entre o individual e o coletivo, pessoa e sociedade, estável e instável” (p.58). Estas limitações, conforme demonstra a autora, acabaram contribuindo para que o conceito tenha sido negligenciado pelos estudiosos durante muito tempo. Dessa forma,

essas clivagens fizeram-se obstáculos à elaboração epistemológica do conceito de representação. Nessa lacuna teórica dos estudos de Durkheim, abre-se, para MOSCOVICI, o campo de pesquisa propício à construção da teoria das representações sociais. Objeto que se encontra não mais no terreno da sociologia, mas na interseção indivisível do individual e do social, captado pela psicossociologia deste autor (p.58).

Com a publicação de *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961, Moscovici introduziu a teoria das Representações Sociais, inaugurando um novo campo de estudo na interpretação da realidade cotidiana da vida moderna.

Conforme analisa Nóbrega (2001), Moscovici reconheceu a importância da comunicação como fenômeno presente nas relações entre os indivíduos e que permite transformar o individual em social e vice-versa. Esse autor recusou a noção de homogeneidade das representações sociais, considerando a interferência que sofrem de condições sociais desiguais às quais estão sujeitos os diferentes grupos que compõem uma sociedade. Moscovici opunha-se também à visão durkheimiana que enfatiza a ideia de reprodução do pensamento e caracteriza as representações como processo criativo. No entanto, seria somente a partir da década de 1970 que a teoria ganharia destaque e suscitaria o interesse de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento e em diversos países.

1.4.2 O Conceito de Representações Sociais

Como consequência da grande difusão da Teoria das Representações Sociais no meio científico a partir da década de 1970 e devido à complexidade do fenômeno em questão, surgiram diferentes concepções sobre a noção de representação social. Nesse sentido, é importante destacar que está se falando aqui de um fenômeno que envolve processos psíquicos, sociais, cognitivos e comunicacionais, o que justifica em parte a dificuldade em definir o conceito.

Moscovici (1978) define assim as representações sociais:

sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações que assenta em valores e em conceitos. Um estilo de discurso que lhes é próprio. Não os consideramos como ‘opiniões sobre’ ou ‘imagens de’, mas como ‘teorias’, ‘ciências coletivas’ *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real. (p. 50).

Posteriormente, o autor afirma que o estudo das representações sociais:

focaliza-se na maneira pela qual os seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam e resolver os ‘lugares comuns’ e quebra-cabeças que envolvem seu nascimento, seus corpos, suas humilhações, o céu que vêem, os humores de seu vizinho e o poder a que se submetem: quebra-cabeças que os tem preocupado desde a tenra infância e que continuam a preocupá-los e oferecer-lhes tópicos para a conversa (Moscovici, 1981, p. 182).

Abric (1998) define as representações sociais como: “uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo e ao grupo dar um sentido às suas

condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade” (p.28).

Jodelet (2001) elaborou o seguinte conceito de representações sociais: “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p.22).

Assim, tem-se que a noção de representação social é compreendida como sistemas de interpretação, teorias não oficiais e espontâneas, saber prático de senso comum que rege a relação do homem com o mundo, além de orientar e organizar a sua conduta e as comunicações sociais (Jodelet, 2001& Moscovici, 1981).

1.4.3 Dimensões e Funções das Representações Sociais

Moscovici (1978) formula a hipótese de que as representações sociais possuem três dimensões, as quais são de grande utilidade metodológica para a comparação de grupos diferentes quanto ao seu grau de estruturação. A dimensão “informação” refere-se à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social. Assim é possível, por exemplo, que em determinados grupos não exista informação coerente a respeito de um tema e, em outro grupo, encontrem-se informações mais consistentes sobre o mesmo tema. A dimensão “campo de representação” remete à idéia de imagem, de modelo social, e ao conteúdo concreto das proposições sobre um aspecto preciso do objeto das representações sociais. Por último, a dimensão “atitude” refere-se à uma orientação global em relação ao objeto da representação, que pode variar de favorável à desfavorável, assim como posições intermediárias.

Moscovici (1981) atribui às representações sociais a função de tornar uma novidade algo familiar. Percebe, assim, a sua importância como fonte de segurança para um grupo, na medida em que representar o novo permite ao grupo manter seu sentimento de estabilidade diante de algo estranho e desprovido de significado.

Abrieu (1998) reconhece quatro funções das representações sociais. São elas a função de saber, função identitária, função de orientação e função justificadora. A primeira função relaciona-se à necessidade dos indivíduos e grupos de explicar e compreender a realidade. Dessa forma, o novo conhecimento pode ser integrado ao quadro de referência preexistente. A segunda função está ligada à preservação da imagem positiva que os grupos sociais têm de si, bem como sua especificidade na

inserção social. A função de orientação, por sua vez, está relacionada à determinação das representações sociais nos comportamentos e práticas sociais. Conforme aponta o autor, “ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social” (p.30). A função justificadora, por fim, permite aos grupos justificar e explicar sua conduta perante outros grupos. Nesse sentido, as representações sociais podem preservar e justificar a diferenciação social, contribuindo para a discriminação e manutenção da distância social entre diferentes grupos.

1.4.4 Processos de Formação das Representações Sociais

Conforme demonstra Moscovici (1981), são dois os processos que atuam na gênese das representações sociais: objetificação e ancoragem.

A objetificação compreende em “descobrir o aspecto icônico de uma idéia ou ser mal definido, isto é, fazer equivaler o conceito com a imagem” (Moscovici, 1981, p. 199). Por isso, o autor vai falar em “núcleo figurativo” das representações sociais. De acordo com Nóbrega (2001), trata-se de “materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado” (p.73).

Moscovici (1981) vai mostrar que a objetificação permite aos grupos falar mais facilmente sobre o conteúdo de uma representação. Fórmulas e clichês são desenvolvidos, simplificando e unificando imagens que antes não faziam sentido. Como exemplo, o autor cita os resultados de sua pesquisa em que constatou que, para o público francês, um conceito psicanalítico como o de “complexo”, passa a ser um atributo quase físico de uma pessoa, e o conceito de “aparelho psíquico” adquire elementos concretos. Moscovici (1981) vai ainda mostrar que, com o tempo, a diferença entre a imagem e a realidade é eliminada, ou seja, a imagem deixa de ser um símbolo para ser tomada como uma cópia da realidade.

A ancoragem é o processo constituinte da representação social por meio do qual o que é desconhecido é incorporado a um repertório de conhecimentos preexistentes. Trata-se de ordenar a novidade dentro de categorias antigas, de uma rede de significações disponíveis para interpretar o real (Nóbrega, 2001). Moscovici (1981) demonstra que o processo de ancoragem envolve classificar e rotular. Classificar significa impor um conjunto de regras e comportamentos a alguém, atribuir um valor positivo ou negativo a cada coisa e dar-lhe um lugar dentro de uma ordem hierárquica.

Rotular relaciona-se à nomeação com uma palavra que pertença à linguagem do grupo que o faz, significa receber uma posição segura dentro da matriz de identidade da cultura a qual o grupo pertence. Assim, conforme demonstra o autor, o produto final desse processo é que o não identificável passa a ter uma identidade, o que permite, por exemplo, que um conceito científico penetre na linguagem do dia-a-dia.

1.4.5 A Relação entre Ciência e Senso Comum

Um aspecto importante, abordado pela Teoria das Representações Sociais e que se relaciona diretamente ao problema de pesquisa deste estudo, diz respeito à relação entre ciência e senso comum.

Moscovici considera coexistirem nas sociedades contemporâneas duas formas diferentes de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados. À primeira classe, Moscovici faz corresponder o mundo do senso comum e à segunda, o mundo da ciência (Sá, 1993). Nos universos reificados

é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social e cotidiana pelas quais são produzidas as Representações Sociais (Sá, 1993, p.28).

Bangerter (1995) propõe reexaminar a relação entre ciência e senso comum como é concebida pela Teoria das Representações Sociais. O autor critica a oposição que Moscovici faz entre ciência e senso comum e propõe um incremento da complexidade na análise da comparação entre essas duas formas de conhecimento. Para esse autor, a relação entre conhecimento comum e conhecimento restrito é relativa, na medida em que, dentro de uma dada cultura, há muitas outras subculturas. Assim, uma subcultura ou subgrupo pode ser considerado um *expert* quanto a um determinado tema em relação a outro subgrupo e, ao mesmo tempo, ser considerado um leigo em relação a outro subgrupo sobre o mesmo tema.

Esse autor cita Flick²⁰ para mostrar que existe uma classificação de diferentes categorias de conhecimento na sociedade ocidental pós-industrial, como mito, religião, senso comum pré-científico, entre outros. Assim, Bangerter (1995) conclui que a

²⁰ Flick, U. (1995). Alltagswissen in der sozialpsychologie. In U. Flick (Hg.), Psychologie des sozialen, pp. 54-77, Rowohlt Verlag.

simples dicotomia entre ciência e senso comum é apenas uma parte de um ciclo transformativo de conhecimento muito mais complexo. Portanto, a ciência é apenas uma parte desse ciclo sujeita também à influência de diferentes aspectos do conhecimento não científico.

Bangerter (1995) propõe uma designação mais realística de ciência, que a veja como um sistema social complexo, ou um conjunto de diferentes sistemas em interação, e não como uma estrutura homogênea. Dessa forma, o conhecimento científico não é mais homogêneo do que outras formas de conhecimento, e um exemplo disso é a especialização cada vez maior dos cientistas. Nesse sentido, analisa o autor, não há uma, mas muitas ciências, sendo que cada disciplina tem subdisciplinas ou especializações, por sua vez, com suas tradições e sua história.

Ele também defende a idéia de que existem representações sociais não somente na interface entre ciência e público geral, mas também dentro da própria ciência. Há uma distribuição desigual de competência e *status* nas ciências, ou seja, alguns cientistas podem ser leigos para outros cientistas no que concerne a determinada matéria. Portanto, dessa premissa resulta a implicação de que, ao se afirmar como Moscovici o fez, que a função da representação social é transformar o não familiar em familiar, será necessário deixar claro em relação a qual sistema de conhecimento está se fazendo a afirmação. Portanto, conclui o autor, é importante ter-se em conta que a familiaridade é sempre específica a uma determinada cultura. Por último Bangerter (1995) vai considerar a influência da sociedade leiga na ciência, já que esta não é produzida por máquinas, mas por seres humanos.

Levando em consideração a assistência ao parto, está-se diante de dois tipos de conhecimentos distintos: o saber das mulheres, construído a partir das interações sociais e com base em sua própria experiência de parir, e o saber dos especialistas, aprendido no meio científico, que sofre a influência de diferentes aspectos do conhecimento não científico, conforme aponta Bangerter (1995). Na pesquisa em questão, procurou-se saber como esses dois tipos de conhecimentos convivem e que tipo de relação se estabelece entre os dois. Espera-se que o estudo desenvolvido possa trazer uma importante contribuição a essa discussão.

1.4.6 Representações Sociais e Práticas Sociais

A respeito da relação entre representações sociais e práticas sociais, a literatura aponta para idéia de que as mudanças nas práticas alteram a visão de mundo de grupos sociais. Andrade (1998) afirma não haver discordâncias entre os especialistas de que tais mudanças alteram progressivamente as representações sociais. Nesse sentido, Rouquette (1998) considera as práticas como agentes de transformação das representações.

No entanto, conforme demonstra Andrade (1998), não existe um consenso entre os especialistas a respeito da influência ou determinação das representações sociais de grupos sociais sobre suas respectivas práticas. Abric (2001) tem se dedicado ao estudo experimental das representações sociais e defende a hipótese de que “os comportamentos dos sujeitos ou dos grupos não são determinados pelas características objetivas das situações, mas pela representação desta situação” (p.156).

O autor relata uma série de estudos que vêm a corroborar esta hipótese. Uma destas pesquisas, relativa ao efeito das representações sobre o comportamento interpessoal, demonstra que o comportamento de uma pessoa não é ditado pelo comportamento efetivo do parceiro com o qual ela se relaciona, mas pela representação desse parceiro. O comportamento é interpretado em função dessa representação. Assim, conclui o autor, um mesmo comportamento efetivo pode dar lugar a reações comportamentais completamente diferentes, segundo a significação que lhe é atribuída.

Outra pesquisa realizada por Abric (2001) demonstra que o comportamento de um grupo, assim como seu desempenho e sua estrutura de comunicação são determinados não pelo tipo de tarefa que ele efetua, mas pela representação dessa tarefa. Constata-se que para uma mesma tarefa, duas representações diferentes levam o grupo a adotar dois processos cognitivos diferentes. O autor conclui que não é a natureza do problema proposto que é determinante no desempenho do grupo, mas sim a relação do indivíduo com o problema, como a situação é representada por ele. Dessa forma, afirma o autor:

Grade de interpretação e de decodificação da realidade, as representações produzem a antecipação dos atos e dos comportamentos (seus e dos outros), a interpretação da situação num sentido preestabelecido, graças a um sistema de categorização coerente e estável. Inibidoras das condutas, elas permitem sua justificação em relação às normas sociais e sua integração. O funcionamento operatório tanto dos indivíduos quanto dos grupos é diretamente dependente do funcionamento simbólico (Abric, 2001, p. 168).

Wagner (1993) vai defender a idéia de que a representação social não pode ser considerada como explicação causal do comportamento. O autor sugere que a relação entre representação e comportamento é uma relação de descrição. Assim, a correlação não pode ser a de uma prova, mas apenas a de uma ilustração ou exemplo. Segundo o autor, não é possível conceber que uma representação determine um comportamento, pois de acordo com seu ponto de vista, representação e ação formam um complexo inseparável. O comportamento é parte e parcela da representação e por isso não pode ser separado conceitualmente.

Rouquette (1998), analisando a questão da relação entre representações sociais e práticas sociais, também defende a posição de que existe uma influência das representações sobre as práticas, mas que esta não é a de uma determinação. O autor considera aspectos importantes nessa relação e que dizem respeito ao grau de liberdade quanto à interpretação da realidade, assim como a questão da individualidade nas escolhas que orientam uma ação. Assim, conclui o autor: “Essa influência das representações sobre as práticas é, portanto, uma condição de coerção variável e não uma determinação propriamente dita” (p.42).

A despeito das diferentes visões encontradas na literatura sobre a relação entre representações e práticas sociais, é possível concluir que existe uma influência das primeiras sobre as últimas. Essa relação é de extrema importância para esta pesquisa, em que se assumiu como pressuposto a idéia de que, para promover melhorias na assistência ao parto, seria importante conhecer como mulheres que já passaram por essa experiência e os profissionais a representam. Quais são as diferenças e semelhanças nessas representações e como elas podem influenciar a assistência que se espera e aquela que se presta? Acredita-se que a mudança não passa apenas por questões técnicas, mas principalmente pela maneira de ver os diferentes aspectos que cercam o momento do parto e, entre eles, a assistência.

2 Pesquisas Sobre a Assistência ao Parto

2.1 Estudos de Representações Sociais e Assistência ao Parto

Na literatura consultada, foram encontradas poucas pesquisas sobre representação social (RS) relacionados à assistência ao parto. Observou-se que os estudos de representação social na área de reprodução humana são escassos e têm focado outros temas. Dessa forma, foram encontrados estudos a respeito de representações maternas sobre filho internado em UTI neonatal e sobre a saúde de bebês prematuros; RS da maternidade e paternidade entre mães com filho recém-nascido internado em UTI neonatal e por adolescentes grávidas; RS de gravidez entre mulheres com doenças como diabetes e hipertensão, entre meninas de rua e na Revista Capricho; RS de adolescentes grávidas sobre gravidez na adolescência; RS da gestante sobre o conceito e valorização da auto-estima; RS de mulheres no puerpério sobre práticas educativas no pré-natal relacionadas à gestação, parto e maternidade. Foram encontrados também trabalhos relacionados aos temas aborto e esterilização tubária.

Quatro foram os estudos encontrados sobre representação social relacionados à assistência ao parto. Um estudo de Valverde e Diniz (2001) procurou compreender o entendimento de enfermeiras que trabalhavam numa maternidade pública em Salvador e de alunas em um curso de especialização em enfermagem obstétrica sobre a assistência humanizada. As autoras identificaram que, para as participantes, a humanização é representada como um procedimento que na maior parte das vezes é isolado de qualquer atividade técnica e que sobrecarrega o seu trabalho, já que estas não dispõem de tempo. As enfermeiras expressaram também uma visão de que essa forma de atendimento se restringe às atividades de um profissional e não requer a participação de uma equipe e ou de políticas de saúde adequadas.

Por sua vez, um estudo de Soares e Silva (2001) buscou compreender a RS de puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da USP sobre essa unidade de internação. O resultado do estudo mostrou o sentimento de medo e submissão das mulheres em relação às rotinas institucionais e à equipe de saúde e um misto de acomodação e resistência com relação à maneira muitas vezes impessoal como são tratadas. Por outro lado as autoras identificaram que a disponibilidade de alguns profissionais em interagir efetivamente com essas mulheres atuou como elementos de resignificação das representações descritas anteriormente.

Outra pesquisa encontrada (Wolff & Moura, 2003) estava em fase de desenvolvimento quando foi publicada e por isso não foi possível apresentar seus resultados aqui. Seus objetivos foram caracterizar a assistência prestada às parturientes na visão das usuárias e identificar suas RS acerca dessa assistência.

Dias e Deslandes (2004) procuraram analisar as representações sociais de médicos sobre os riscos inerentes da cesariana que influenciam a sua indicação e utilizaram técnicas de observação e entrevista para a coleta de dados. A pesquisa identificou que as indicações feitas pelos obstetras da unidade pública investigada sofrem influências de diversos fatores não obstétricos: a insegurança quanto a manobras obstétricas que poderiam evitar a realização da cesariana, a fragmentação do atendimento e o medo da responsabilização jurídica, entre outros. A percepção dos profissionais é de que são cirurgias seguras, rápidas e sem complicações, melhores para as mulheres, para os bebês e também para os médicos, além de que não haveria problemas em se indicar cesarianas de forma liberal sem seguir estritamente os critérios obstétricos. Assim: “A visão dos médicos obstetras e dos residentes é de que a cesariana seria uma forma de ‘profilaxia das complicações’ que não saberiam manejar, de um acompanhamento clínico que não poderiam oferecer e de evitar processos por conta dos mal resultados” (p.114).

Os autores observaram que a fragmentação da assistência obstétrica faz com que o médico plantonista não acompanhe o pós-operatório das pacientes por ele operadas. Assim, não ocorre uma avaliação rotineira das complicações maternas ou fetais decorrentes de uma cesariana realizada desnecessariamente e reitera-se a idéia de que é mais seguro realizar este tipo de parto.

2.2 Outros Estudos sobre a Assistência ao Parto

Na literatura consultada, foi encontrada uma variedade de estudos relacionados à maneira como ocorre a assistência em instituições especializadas em obstetrícia e à forma como as mulheres a percebem, assim como os fatores que interferem em sua avaliação. Contudo, entre os estudos encontrados, observaram-se objetivos diversos, bem como a investigação de diferentes aspectos da assistência o que tornou difícil o apontamento de conclusões gerais sobre esses aspectos.

Observou-se também que as pesquisas relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência ao parto parecem ser mais escassas, além de atenderem a

objetivos diversos. Um dos fatores responsáveis pelas diferenças encontradas na estruturação desses estudos parece ter sido o fato de terem sido realizados em diferentes países, com realidades distintas tanto nos aspectos referentes ao tipo de atenção prestada quanto à cultura e condição social das mulheres investigadas.

Por esse motivo, considerou-se necessário fazer uma descrição sucinta dos objetivos e resultados desses estudos, sendo que foram privilegiados aqueles que tinham maior relação com os objetivos e com os resultados que se relacionam mais diretamente com os aspectos investigados neste trabalho. Num primeiro momento, são apresentados os trabalhos estrangeiros e depois, então, os estudos nacionais. É importante assinalar que foram privilegiadas as pesquisas publicadas nos últimos 10 anos. Por fim, são apresentadas algumas conclusões a partir da análise dos resultados desses trabalhos.

2.2.1 Estudos Estrangeiros

Hodnett (2002) realizou uma revisão sistemática que incluiu 137 relatórios de pesquisas publicados entre os anos de 1965 e 2000 na língua inglesa sobre fatores que podem influenciar a avaliação da mulher sobre sua experiência de parto, com particular atenção aos papéis da dor e do alívio da dor nessa avaliação. A autora salienta que os estudos sobre satisfação, em geral, têm encontrado altos níveis de satisfação quando avaliam cuidados de saúde em geral e níveis mais baixos e mais variáveis quando medem aspectos particulares da experiência.

O estudo concluiu que a qualidade da relação estabelecida com os cuidadores e o apoio recebido no parto são os fatores que maior influência exercem sobre a satisfação da mulher com a assistência recebida. A autora destaca que fatores como a experiência de sentir dor, obter alívio da dor e ser submetida a intervenções médicas durante o parto não exercem uma influência tão óbvia, direta e poderosa na satisfação no parto quanto os aspectos citados anteriormente. Entre os aspectos da relação e do apoio recebido analisados pelas pesquisas foram encontrados: o tipo de comunicação estabelecida com os profissionais, as informações recebidas, o sentimento de ser envolvida nas decisões e o quanto se sentiram livres para expressar sentimentos durante o parto.

Quanto aos aspectos demográficos, a autora observou que os estudos têm encontrado pouca ou nenhuma relação entre características demográficas, como idade, educação e *status* socioeconômico, *status* marital e aulas de preparação para o parto e satisfação no parto. Outros trabalhos realizados posteriormente têm apontado também

pouca ou nenhuma relação entre características demográficas e satisfação no parto (Green & Baston, 2003; Waldenström, 2004; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004). A cultura e etnia da mulher parecem ter um papel importante na determinação da satisfação apenas quando afetam as atitudes e os comportamentos dos cuidadores para com ela, em particular a habilidade destes para se comunicarem com ela e envolvê-la nas decisões que cercam o seu parto. Nos estudos analisados, a autora observou ainda que as múltíparas tendem a apresentar níveis mais altos de satisfação do que as primíparas²¹. Green e Baston (2003) também encontraram relação entre paridade e satisfação no parto.

Analisando a questão da quantidade de tempo ideal para proceder às pesquisas após o parto, o estudo identificou que não há evidências suficientes nas quais se basear para concluir sobre o impacto desse fator na avaliação da satisfação no parto, pois, segundo a autora, não há tempo ótimo para a realização da pesquisa. Nas suas palavras, essa questão vai depender dos objetivos do estudo, ponderando, contudo, que a avaliação da satisfação no pós-parto imediato pode ser mascarada pelo que ela chama de *halo effect*²², pelos fenômenos da negação e *what is, must be best*²³.

Segundo a autora, o primeiro fenômeno é o resultado do alívio de a mulher de ter passado pela experiência de maneira segura e ter um bebê saudável. O fenômeno da negação, por sua vez, é o primeiro estágio de uma reação de dor quando as expectativas quanto a uma experiência não foram satisfeitas. O último fenômeno é uma função da consciência da mulher a respeito do seu próprio papel no processo. A autora cita como exemplo a escolha dos provedores de cuidado e do lugar do parto.

Hodnett (2002) destaca que a relação do pesquisador com o participante da pesquisa parece interferir mais negativamente na validação dos estudos do que o tempo transcorrido após o parto, uma vez que os pacientes tendem a ser especialmente relutantes em avaliar negativamente o cuidado recebido por medo de não serem aceitos e de sofrerem represálias.

Waldenström (2004), a partir dos resultados de uma pesquisa anterior realizada pela autora²⁴, a qual havia identificado que 40% das mulheres investigadas haviam modificado sua avaliação da experiência do parto um ano após o evento (24% delas

²¹ Primípara: mulher que teve um bebê de 500g (ou 20 semanas de gestação), independente de estar vivo ou morto (Taber, 2000).

²² Efeito de alívio (tradução da autora).

²³ O que é pode ser melhor (tradução da autora).

²⁴ Waldenström, U. Women's memory of childbirth at two months and one year after birth. Birth 2003;30:248-254.

havia avaliado a experiência de forma mais negativa, e 16%, de forma mais positiva), buscou compreender em estudo posterior os fatores que poderiam ter contribuído para que a avaliação do parto tendesse a se tornar mais negativa com o tempo.

O estudo citado mostrou que o fator de risco mais importante foi a mulher ter sido submetida à cesariana de emergência. Outro fator relacionado à mudança de opinião das mulheres no sentido mais negativo foi ter experienciado uma dor pior do que haviam imaginado; além disso, mulheres solteiras e aquelas que demonstraram excessiva preocupação com o parto ou que apresentaram sintomas depressivos no início da gravidez também tendem a apresentar índices de insatisfação maiores. Com relação à assistência ao parto, esse estudo identificou que não se sentir satisfeita com os cuidados recebidos durante o parto, sob a alegação de que a parteira responsável não estava suficientemente atenta às suas necessidades e continuava não respondendo às suas perguntas no acompanhamento que se seguiu dois meses após o parto, foi o fator estatisticamente mais significativo para que a opinião das mulheres se tornasse menos positiva com o decorrer do tempo. A autora conclui que os aspectos negativos levam mais tempo para serem integrados à experiência e concorda com a visão de que medidas de satisfação investigadas muito próximas ao parto tendem a ser mascaradas pelo alívio decorrente do fato de o parto ter tido um desfecho feliz. Outros estudos também têm apontado para essa conclusão (Domingues, Santos & Leal, 2004; Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004).

Waldenström *et al.* (2004), num estudo realizado na Suécia procurou investigar a prevalência de uma experiência negativa no parto e os fatores de risco determinantes para a sua ocorrência, identificaram, em uma amostra de 2.541 mulheres abordadas um ano após parto, um total de 7% que se referiram a uma experiência negativa.

Em contraste com outros estudos, a pesquisa identificou que dor no parto e as intervenções médicas estão associadas com experiências negativas. Assim, para a mulher, ser submetida a uma cesárea de emergência e ter experimentado uma dor pior do que o que havia imaginado foram os mais fortes determinantes de uma experiência negativa no parto.

Os autores salientam que fatores sociodemográficos e aqueles sobre educação no parto são menos importantes como determinantes de uma experiência negativa no parto do que fatores como falta de apoio dos cuidadores, falta de controle e o não

envolvimento nas decisões relacionadas ao parto. A falta de controle é destacada como um importante fator de risco.

O estudo identificou também que, entre as mulheres com o mesmo nível de dor, aquelas que receberam analgesia peridural tiveram quase o dobro de risco de experienciar o parto de maneira negativa. A pesquisa mostra que o alívio da dor não necessariamente melhora a experiência da mulher com o parto e sugere que o apoio do cuidador pode ser uma maneira mais efetiva de lidar com a dor no parto do que a analgesia peridural. Os autores destacam que estudos randomizados têm demonstrado que a analgesia peridural está associada com maior alívio da dor do que métodos não peridurais, mas há uma escassez de trabalhos demonstrando o efeito do uso daquele método na experiência de parto.

Uma pesquisa realizada pela Maternity Center Association (2004), já citada anteriormente, revelou também dados importantes acerca da utilização da analgesia peridural. Embora esse tenha sido o método mais utilizado para obter o alívio da dor e de as mulheres o terem avaliado como o mais eficaz para tal fim, entre 38% e 83% destas não tinham certeza ou não concordavam quanto às várias afirmativas sobre os riscos potenciais desse método.

Outros estudos estrangeiros têm revelado que a sensação de controle é um dos mais fortes determinantes para uma experiência positiva no parto. Green e Baston, (2003), em um estudo realizado com 1146 mulheres inglesas um mês antes e seis semanas depois do parto, investigaram três medidas de controle durante o processo: se sentir no controle sobre o que a equipe de saúde faz para si, se sentir no controle do próprio comportamento e se sentir no controle durante as contrações. O estudo identificou que a experiência de se sentir no controle sobre o que a equipe faz tem a contribuição mais significativa para a satisfação no parto. Essa forma de controle envolve ser hábil em conseguir conforto, sentir-se tratada com respeito e como um indivíduo e perceber a equipe como atenciosa e delicada. Com relação à influência dos fatores demográficos, a paridade foi a única variável associada fortemente com as três medidas de controle, sendo que as multíparas expressaram se sentir mais no controle do que as primíparas.

Fowles (1998), em uma pesquisa que investigou as considerações de 77 mulheres dois meses após o parto, identificou duas categorias a partir de suas respostas: experiências positivas e frustrações. As experiências positivas estiveram relacionadas às pessoas que as ajudaram durante o parto, entre acompanhantes de sua rede social e

profissionais de saúde, e ao contexto da experiência, que foi reportado pelas mulheres como o próprio parto em si. As frustrações estiveram relacionadas à dor, a reações negativas por parte dos cuidadores, bem como à falta de controle e de conhecimento sobre o processo de parto. Entre esses aspectos a dor foi a que teve maior prevalência, tendo sido mencionada por 45 mulheres, incluindo dores atuais, como aquelas decorrentes de procedimentos como episiotomia e cesariana, e as dores que sentiram no próprio processo de parto, como aquelas causadas pela indução ao parto. A percepção negativa dos cuidadores foi o segundo aspecto mais citado na categoria “frustrações” (25 mulheres), sendo que estas se referiram aos comportamentos dos profissionais avaliados como “grosseiros”, “não cuidadosos” e “indesejáveis”.

Outra pesquisa, realizada por Campero et al., (1998) numa maternidade pública no México e que teve por objetivo avaliar os efeitos do apoio psicológico fornecido por uma doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, trouxe contribuições importantes no sentido de compreender como se dá a assistência naquele país. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 16 mulheres, oito que receberam acompanhamento de uma doula e oito que não o tiveram.

As autoras identificaram que, de maneira geral, as mulheres apresentaram uma atitude passiva em relação ao sistema hospitalar, sendo que um comportamento submisso predominou mesmo entre as que foram acompanhadas por uma doula. Observou-se também uma tendência entre as mulheres entrevistadas em confiar nos médicos e percebê-los como os mais apropriados para tomar as decisões relacionadas a elas e a seus bebês. As autoras identificaram que as mulheres, ao serem admitidas no hospital, procuravam se adaptar o melhor que podiam às suas normas e, durante a sua estadia, aprendiam a lógica de funcionamento da instituição, ou seja, que comportamentos tidos como histéricos, como emitir gritos, por exemplo, despertavam atitudes negativas nos profissionais médicos, o que elas procuravam evitar.

As autoras constataram também que as mulheres aprendiam quais comportamentos eram aceitáveis testemunhando como outras mulheres se comportavam e eram tratadas, pois aquelas que não incomodavam a equipe eram melhor tratadas. Mesmo assim, quando as mulheres sem o acompanhamento de uma doula foram questionadas especificamente sobre a maneira como foram tratadas no hospital, a maioria afirmou que foi bem tratada e que tudo correu bem, apesar do fato de terem reportado que quase não houve interação da equipe com elas e de que se sentiram muito sozinhas e abandonadas. As mulheres dos dois grupos fizeram referências constantes à

falta de informação por parte da equipe de saúde e, apesar disso, ao serem questionadas a respeito do assunto, elas respondiam que estava tudo bem.

Quanto às intervenções no parto, as mulheres dos dois grupos demonstraram supor que cada procedimento deveria ser realizado por fazer parte do processo normal de assistência ao parto. As mulheres dos dois grupos que receberam analgesia peridural afirmaram não ter recebido explicações claras sobre o que seria feito, além de serem informadas sobre a realização do procedimento apenas quando ele estava prestes a ser realizado.

Um estudo de Chen, Wang e Chang (2001) analisou a percepção das mulheres taiwanesas quanto ao seu encontro com enfermeiras obstétricas durante o processo de parto. A investigação foi conduzida com 50 mulheres entre primíparas e multíparas, 48 horas após o parto, e identificou que 60% das mulheres se referiram somente a comportamentos de grande ajuda por parte das enfermeiras, 38% se referiram a comportamentos de grande ajuda e comportamentos de não ajuda e uma mulher, somente a comportamentos de não ajuda. Entre os comportamentos de grande ajuda mencionados pelas mulheres, os mais mencionados foram as ações da enfermagem que facilitaram seu autocontrole, além de terem aliviado a sua dor e aumentado a sua segurança e tranquilidade durante o trabalho de parto. Entre os comportamentos identificados pelas mulheres como de não ajuda, a falha em prestar informações corretas e adequadas foi a mais citada. Outros comportamentos classificados nessa categoria foram: falha em prover apoio emocional, conforto e no desempenho de funções técnicas.

Estudo realizado na China por Ip, Chien, e Chan (2003), sobre as expectativas de 186 mulheres grávidas pela primeira vez em relação ao seu parto, revelou uma alta expectativa de apoio por parte dos familiares e parteiras. As mulheres expressaram ainda uma grande preocupação quanto à severidade da dor, sendo que a maioria delas demonstrou preferir o parto vaginal (93%), e a utilização de exercícios respiratórios foi mencionada como o melhor método para aliviar a dor durante o trabalho de parto.

Estudo realizado por Teijlingen *et al.* (2003), na Escócia, com 1.137 mulheres, detectou que aproximadamente 80% das participantes ficaram satisfeitas com as três fases do cuidado (pré-natal, parto e pós-parto). O estudo também teve por objetivo analisar estudos anteriores sobre satisfação no parto e identificar fatores que podem influenciar os altos níveis de satisfação encontrados. Os autores observaram que um aspecto comum entre esses estudos é que todos concordam no sentido de que a

satisfação é um conceito multidimensional determinado por uma variedade de fatores, tais como: a disponibilidade de suporte social, ou seja, ter um acompanhante permanente; ter contato imediato com o bebê; participação em aulas de pré-natal; o fato de a mulher sentir-se no controle do que acontece com ela, o que inclui ser envolvida nas decisões do seu parto; a qualidade da relação e comunicação estabelecida com a equipe, entre outros.

Os autores colocam em dúvida a habilidade dos *surveys* sobre satisfação em detectar diferenças reais nas opiniões dos usuários, questionando como a mulher pode expressar insatisfação com o serviço se ela não tem conhecimento de outras alternativas de cuidado. Eles apontam também algumas razões que podem levar as mulheres a responder positivamente a questões sobre satisfação: a relutância em criticar seus cuidadores; o fato de que a visão dos usuários é limitada pela sua experiência e há complexas ligações entre expectativas, preferências e satisfação; há uma tendência das mulheres em dizer que preferem o cuidado que receberam; e o fato de que as experiências e preferências das pessoas são moldadas pelo conhecimento que elas possuem.

2.2.2 Estudos Brasileiros

A revisão da literatura permitiu constatar que há poucos estudos científicos nacionais que investiguem a implantação de modelos de assistência, assim como a percepção das usuárias e dos profissionais de saúde em relação a eles.

Domingues, Santos e Leal (2004) realizaram um estudo que buscou analisar os fatores associados à satisfação das mulheres, com a assistência ao parto normal, na Maternidade Leila Diniz, na cidade do Rio de Janeiro. Foram conduzidas entrevistas a partir de um questionário fechado com 246 mulheres, entre multíparas e primíparas em um período de no mínimo 24 horas após o parto. O estudo identificou que 67% das mulheres entrevistadas avaliaram o seu parto como “bom” ou “muito bom”, e 16,7% acharam-no “ruim” ou “muito ruim”. Os fatores associados com uma percepção negativa do parto foram classificados em ordem de importância: o sofrimento experienciado, a má atenção da equipe, complicações do bebê e o parto demorado e/ou difícil. Os fatores associados a uma experiência positiva foram: o parto rápido, o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento e o bom estado da mãe e do bebê.

A pesquisa também revelou que as principais imagens citadas pelas mulheres quando pensavam no parto durante a gravidez eram de dor/sofrimento (48%), medo (9,4%) e outras idéias negativas (4,3%). Em apenas 33% dos casos, as mulheres relataram idéias positivas associadas à vida e à alegria no nascimento.

O estudo verificou também que a informação recebida pelas mulheres durante a internação sobre diversos aspectos relacionados à assistência ao trabalho de parto e o parto se mostrou variável e, de modo geral, insuficiente. Apenas 60% das mulheres sentiram-se suficientemente informadas sobre a evolução do trabalho de parto, e 63%, sobre a saúde e o bem-estar do bebê. Em relação aos exames realizados (toques vaginais, exames de sangue etc.), esse valor caiu para 34%. As informações recebidas pelas mulheres durante a assistência ao trabalho de parto e parto apresentaram uma clara associação com a satisfação no parto. Quanto mais completa ou suficiente a informação foi considerada pela mulher, maior a satisfação relatada com a assistência.

A percepção da mulher em relação à equipe que prestou a assistência ao trabalho de parto e parto também foi associada à satisfação. Mulheres que tiveram apenas opiniões positivas sobre a equipe que prestou assistência apresentaram maior satisfação com o parto. Duas opiniões específicas – “profissionais que fornecem pouca atenção” e “profissionais confusos” – foram associadas a uma menor satisfação no parto. Entre as mulheres que consideraram os profissionais pouco atenciosos durante a assistência, 65% avaliaram o parto como “nem bom, nem ruim”, “ruim” ou “muito ruim”. Das mulheres que acharam os profissionais confusos, 75% avaliaram o parto como “ruim” ou “muito ruim”. O estudo identificou também relatos de violência percebida pelas mulheres, dado que também aparece em outros estudos (Alves, 2002; Fernandes, 2000; Hotimsky, Rattner, Venâncio, Bógus & Miranda, 2002).

A presença do acompanhante foi um fator que contribuiu para a satisfação no parto, sendo citado por 12,4% do total de mulheres que tiveram um acompanhante e que avaliaram o parto como “bom” e “muito bom”. Embora esse valor tenha se mostrado relativamente baixo, outra pesquisa realizada na mesma maternidade (Domingues, 2002) sobre a presença do acompanhante familiar durante a assistência demonstrou que ela é altamente valorizada pelas mulheres (97% das mulheres avaliaram-na como “boa” ou “muito boa”). A pesquisa revelou ainda que ela está associada a outros aspectos da assistência, como maior acesso à informação, percepção mais positiva sobre a atenção fornecida pelos profissionais e maior satisfação com o parto. Verificou-se

também que as mulheres sem acompanhante manifestavam sentimentos negativos em relação ao fato de estarem sozinhas.

Os efeitos de um acompanhamento contínuo por pessoas que oferecem apoio emocional e físico à parturiente têm sido tema de várias pesquisas na área da assistência ao parto. Motta (2003), em um levantamento bibliográfico sobre o tema e que constituiu parte de seu estudo, identificou na literatura 10 estudos, incluindo duas meta-análises sobre esse aspecto da assistência, sendo que todos indicam que essa prática traz inúmeros benefícios à mulher e ao bebê. Os resultados de dois estudos de revisão da literatura sobre o tema, realizados recentemente, apontaram igualmente para os benefícios do apoio contínuo à mulher durante o trabalho de parto (Brüggemann, Parpinelli & Osis 2005; Hodnett, 2005). Os benefícios apontados por esses estudos incluem: redução do uso de medicamentos para dor, do uso de ocitocina; menor número de partos vaginais realizados por meio de instrumentos; menor índice de cesariana, bem como do tempo de trabalho de parto; aumento no índice de amamentação; maior interação da mãe com o bebê; e uma maior satisfação no parto.

Uma ampla pesquisa realizada em quatro maternidades de São Luís do Maranhão, no período de março de 1997 a fevereiro de 1998, avaliou a assistência prestada por essas instituições (Alves, 2002). Um dos aspectos avaliados foi a percepção do atendimento pelas mulheres, sendo que o estudo identificou que, apesar de elas o terem avaliado como bom, no decorrer das entrevistas foram surgindo queixas a seu respeito. Nesse sentido, o que mais marcou no depoimento das mulheres foi o incômodo com os toques vaginais, muitas vezes realizados sem aviso prévio e sem explicação. A solidão no pré-parto também aparece em destaque nas entrevistas.

A mesma pesquisa, analisando a linguagem e o comportamento dos profissionais, por meio da técnica de observação participante, constatou que a temática predominante no atendimento foi a da violência institucional a que é submetida a mulher. Essa violência se manifestou de três formas: de negação do atendimento, que foi definida nesses termos por falta de pessoal ou por falta de estrutura institucional e também pela recusa de atendimento do profissional ou negligência no desempenho de suas funções; de inadequação de recursos materiais e humanos, como condições inadequadas de higiene, deficiência de equipamentos e materiais e transferência de responsabilidade dos profissionais titulares para outros não habilitados; da relação dos profissionais com as usuárias. Quanto a esse último aspecto, observou-se que a relação é marcada pela repetição de procedimentos técnicos, pela distância e pouca cordialidade.

A autora identificou também um desrespeito pela dor da parturiente, sendo observadas situações em que, diante de manifestações de dor pela parturiente, o profissional responsável pelo atendimento a mandava calar a boca.

Hotimsky (2001), em pesquisa realizada no ambulatório e casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, buscou investigar, entre outros aspectos, o motivo que levou as mulheres a escolherem esse local para ter o seu bebê. A pesquisa revelou que tal escolha devia-se, sobretudo, ao fato de as mulheres já terem um relacionamento prévio com os profissionais que lá trabalhavam, à percepção de riscos em relação ao parto e à possibilidade de poder contar com acompanhantes de sua escolha no momento do parto. A autora identificou também entre as mulheres o medo de não ter acesso a um leito no parto hospitalar e ainda de serem submetidas a uma cesárea desnecessária.

Hotimsky *et al.* (2002), ao investigarem as expectativas de mulheres grávidas usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica, utilizando como técnica para coleta de dados o grupo focal, observaram que, mais do que medo da dor do parto, as mulheres temiam as reações dos profissionais de saúde às suas queixas. As autoras identificaram que esse medo está baseado em experiências de suas gestações anteriores, bem como de membros de suas redes de relações. São muito frequentes as queixas das mulheres sobre desrespeito por parte dos profissionais durante o trabalho de parto e o parto, sendo mencionadas situações de violência física e verbal.

O estudo revela ainda que diversas estratégias individuais são empregadas pelas mulheres na tentativa de se expor menos à brutalidade e às humilhações que marcam o encontro clínico no processo reprodutivo. Para algumas, o silêncio é adotado como estratégia privilegiada na tentativa de procurar se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde.

As autoras concluem que, por um lado, as mulheres “temem não encontrar vagas no momento do parto; serem negligenciadas ou desrespeitadas pelos profissionais de saúde; não receberem explicações sobre o trabalho de parto, sobre sua saúde e de seus conceitos; ou a perspectiva de ficarem sozinhas” (Hotimsky *et al.*, 2002, p.1309). Por outro lado, a gestante deseja:

obter vaga; ser respeitada, ter espaço para sua dor e vulnerabilidade, poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade; com acesso à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos

e necessidades e, finalmente, poder compartilhar com os profissionais os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e parto (p. 1310).

Caron e Silva (2002), numa pesquisa realizada em dois hospitais da rede do SUS de São Paulo com 15 mulheres, procuraram avaliar como ocorria a comunicação entre os profissionais que assistem partos de baixo risco e a mulher que vivencia o processo de parturição. O estudo utilizou a observação e entrevista como técnicas para coleta de dados e constatou que, entre profissionais e parturientes, prevalece a comunicação não terapêutica. Essa categoria foi definida em termos de não saber ouvir, usar linguagem inacessível, usar jargões e termos técnicos, ou usar frases estereotipadas que podem denotar falta de empatia e bloquear a comunicação. Esse tipo de comunicação envolve também o julgamento do comportamento da paciente, tirando-lhe o direito de tomar decisões em geral, o que demonstra a não valorização do outro na relação.

Embora o estudo não tenha identificado uma diferença qualitativamente significativa entre as atividades das enfermeiras e dos demais profissionais, observou-se que elas foram as que mais se comunicaram terapêuticamente com as parturientes, percebendo os seus sentimentos de medo, dor e ansiedade, o que resultou numa assistência efetiva, adequada e menos intervencionista.

A empatia foi o elemento de comunicação que ocorreu com menor frequência, destacam as autoras. O estudo observou que a comunicação instituída entre os profissionais e sua clientela evidencia, mesmo que subliminarmente, o exercício de relações de poder. Esse tipo de relação foi observado em situações em que o profissional se dirigia à mulher de maneira ameaçadora, cerceando-lhe a liberdade de expressão, limitando-se a dar ordens à parturiente, sem lhe dar oportunidade de manifestar seus sentimentos.

A pesquisa identificou também que as parturientes que não mantêm autocontrole sobre suas ações provocam nos profissionais julgamentos e sinais de desaprovação. As autoras observaram ainda situações de desrespeito para com a parturiente, presentes em atitudes como aproximar-se dela e tocá-la, mesmo que instrumentalmente, sem lhe pedir permissão ou sequer lhe dirigir a palavra, o que acarretava, em sua avaliação, um bloqueio na comunicação.

O estudo conclui que essas interações estabelecidas pelos profissionais nesse processo de trabalho estão longe de ser uma relação humanizada. Destaca, ainda, que aos apelos das mulheres, expressos por meio de choro, gemidos e gritos, são atribuídos um significado padrão de mau comportamento e incapacidade de compreensão e

participação da mulher no seu processo de parto. Os profissionais julgam as parturientes de forma generalizada e exigem que estas se comportem dentro de um padrão moldado por eles. As autoras discutem o fato de que, se o parto institucionalizado tem por objetivo diminuir os riscos do processo para mãe e filho, ao mesmo tempo os expõe a outros riscos, causados pelas atitudes dos profissionais, como aquelas que fazem a parturiente se sentir desamparada nos momentos em que solicita ajuda.

Três pesquisas realizadas numa maternidade pública de Florianópolis foram consultadas e permitem ter uma idéia da realidade encontrada nesse município. Um desses estudos (Santos & Siebert, 2001) investigou a opinião das usuárias sobre o atendimento recebido, por meio da realização de entrevistas abertas na maternidade. Os aspectos avaliados mais positivamente foram a relação com a equipe, as atitudes humanísticas, a presença do acompanhante, a familiarização prévia com a unidade e a possibilidade de decidir a posição do parto vaginal. As atitudes humanísticas incluíram: dar atenção, orientação, estar junto, usar terminologia compreensível, prover uma sensação de segurança e confiança, compartilhar conhecimento e facilitar a compreensão do cuidado prestado. As autoras concluem que a percepção da qualidade da assistência pelas usuárias não depende somente de aspectos técnicos, mas da relação com a equipe.

Tornquist (2004), em pesquisa realizada na mesma maternidade, identificou que as usuárias, quando entrevistadas, avaliaram o atendimento recebido como “bom”. A autora observou também que, no âmbito dessa maternidade, os profissionais esperam que o momento do parto seja vivido de forma controlada e que, em geral, as mulheres demonstram uma grande preocupação com seu desempenho em termos de controle das emoções. O estudo constatou também que as mulheres procuram expressar sua dor dentro de parâmetros considerados adequados, ou seja: não gritar, não entrar em desespero, não “dar fiasco”, nem fazer escândalo, obedecer às ordens médicas e acatar os conselhos da equipe. O enfrentamento adequado à dor supõe a evitação do escândalo e da manifestação de descontrole, sendo esse comportamento “ideal” compartilhado pela equipe e pelas pacientes. No entanto, aponta a autora, nem sempre as mulheres se mantêm nos limites dessas expectativas e têm consciência disso. Assim, identificou em entrevistas com as mulheres que elas demonstravam certo orgulho por não terem feito escândalo, apesar da vontade de gritar.

A pesquisa de Motta (2003), por sua vez, constatou que o atendimento oferecido pela instituição é avaliado pelas usuárias como “bom”. As mulheres entrevistadas

referem como aspectos positivos a atenção recebida e a paciência demonstrada pelos profissionais. No entanto, algumas queixas também foram relatadas, como a falta de informação quanto ao desenvolvimento do trabalho de parto, a ausência de orientação, a falta de delicadeza dos profissionais nos exames e a subjugação da mulher, entre outros.

Gualda (1994), numa pesquisa que buscou compreender a vivência do parto entre um grupo de mulheres residentes em favelas, identificou que essas mulheres o caracterizam como um acontecimento natural em suas vidas, sendo que cada parto tem características próprias e únicas para cada uma delas. A dor no parto é considerada como um elemento natural e essencial da maternidade. Embora ela represente sofrimento, as mulheres expressam desejo de experimentá-la e sentem-se capazes de tolerá-la.

Paim (1998), em estudo que buscou analisar alguns significados sociais atribuídos aos eventos biológicos da reprodução em classes populares na cidade de Porto Alegre, identificou entre os membros desse grupo uma compreensão da dor no parto como uma manifestação da natureza que independe da vontade da mulher e também como parte da experiência de se tornar mãe. Para as mulheres investigadas, a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da experiência de se tornar mãe, o que por sua vez lhes confere um *status* superior em relação às mulheres que não possuem filhos.

Na literatura consultada, observou-se que são poucos os trabalhos que investigam a percepção de profissionais de saúde sobre a assistência ao parto. Faúndes, Pádua, Osis, Cecatti e Sousa (2004), em pesquisa realizada com 656 mulheres brasileiras e 147 médicos obstetras, procuraram conhecer a preferência dessas mulheres quanto às vias de parto e a opinião dos médicos a respeito dessa preferência.

O estudo observou haver um contraste entre o que os médicos declaram perceber como sendo a opinião das mulheres e o que as próprias mulheres manifestaram como suas preferências e seus respectivos motivos. Os autores destacam que, além do equívoco quanto à via de parto preferida pelas mulheres, majoritariamente a via vaginal e não a cesárea, como os médicos supunham, houve uma total discrepância entre os motivos que os médicos percebiam como razão para preferir o parto cesáreo e a opinião expressa pelas mulheres. Assim, a questão do medo do parto vaginal e da dor durante o parto, que figurou prioritariamente na percepção dos médicos, foi raramente expressa pelas mulheres, as quais, contrariamente ao que afirmaram os profissionais,

manifestaram que a dor após a cesariana é o principal motivo para preferirem o parto vaginal.

Por sua vez, estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, utilizando entrevistas e observação participante, avaliou os dois anos (de 1994 a 1996) de funcionamento da referida instituição (Ratto, 2001). Os sujeitos do estudo foram 14 profissionais de saúde, entre obstetras, pediatras, enfermeiros obstetras e algumas chefias que haviam passado por um treinamento específico objetivando mudanças de comportamento mais favoráveis à proposta de humanização daquela maternidade. A análise das situações vivenciadas nos dois primeiros anos evidenciou sentimentos como “medo, insegurança, falta de experiência, falta de coragem” para lidar com uma proposta nova, diferente da que os profissionais tinham experienciado em sua formação.

Com relação à presença do acompanhante, os profissionais afirmaram ter sido essa a experiência mais importante da nova proposta de assistência ao parto.

Quanto ao uso indiscriminado de intervenções obstétricas, o estudo identificou que as intervenções são percebidas pelos profissionais como necessárias e até benéficas. Seu uso visa acelerar o trabalho de parto não só nos casos com indicação precisa, mas principalmente para diminuir o tempo em trabalho de parto e proporcionar uma alta rotatividade do pré-parto.

Outro fator avaliado no estudo foi a possibilidade de escolha da mulher com relação às condutas da equipe no momento do parto. Apesar de se referirem a essa possibilidade como algo positivo, a maior parte dos profissionais se contradiz ao afirmar que quem deve determinar essas condutas é o médico.

2.3 Algumas Conclusões dos Estudos sobre a Assistência ao Parto

Apesar das diferenças encontradas entre os estudos analisados quanto aos seus objetivos e aspectos investigados, conforme apontado anteriormente, foi possível perceber alguns pontos de convergência quanto aos seus resultados.

A bibliografia consultada parece apontar para uma tendência de pesquisas que investigam a satisfação no parto, realizadas tanto na abordagem qualitativa, quanto na abordagem quantitativa, em apresentar altos níveis de satisfação (Campero *et al.*, 1998; Domingues *et al.*, 2004; Maternity Center Association, 2004; Motta, 2003; Teijlingen *et al.*, 2003; Tornquist, 2004; Waldenström *et al.*, 2004). Parece haver uma tendência de as

mulheres avaliarem bem seus cuidadores, mesmo quando apontam descontentamento quanto à forma como foram tratadas.

Esses estudos têm investigado também fatores que podem interferir na avaliação da mulher sobre a assistência recebida. Os resultados parecem indicar que pesquisas sobre satisfação realizadas no pós-parto imediato tendem a apresentar níveis mais altos de satisfação, os quais nem sempre correspondem à realidade. Entre as razões apontadas como justificativa para esses resultados, estão o fato de que, logo após a parturição, a mulher se encontra sob o efeito do alívio pelo parto ter tido um desfecho feliz (Domingues *et al.*, 2004; Hodnett, 2002; Teijlingen *et al.*, 2003; Waldenström *et al.*, 2004), e também a dificuldade que as usuárias costumam ter em criticar seus cuidadores, principalmente enquanto ainda estão sob os seus cuidados (Hodnett, 2002; Teijlingen *et al.*, 2003).

As pesquisas têm apontado pouca ou nenhuma relação entre fatores demográficos como idade, escolaridade e nível socioeconômico e satisfação no parto (Green & Baston, 2003; Hodnett, 2002; Waldenström, 2004; Waldenström *et al.*, 2004). Um dos aspectos que se destacou na análise das pesquisas encontradas foi a forte influência que a qualidade da relação com os cuidadores exerce sobre a satisfação das mulheres no parto, aspecto encontrado tanto nos estudos estrangeiros quanto nos brasileiros (Domingues *et al.* 2004; Fowles, 1998; Green *et al.*, 2003; Hodnett, 2002; Motta, 2003; Santos & Silbert, 2001; Waldenström, 2004; Waldenström *et al.* 2004). Observou-se também que os estudos que investigam expectativas de mulheres grávidas quanto à assistência ao parto apontam para a importância que elas atribuem à relação com seus cuidadores quando imaginam o seu parto (Hotimsky, 2002 & Ip *et al.*, 2003).

Quanto à questão da expressão dos sentimentos durante o parto, as pesquisas têm apresentado resultados semelhantes, demonstrando que as equipes de saúde tendem a esperar que as mulheres se comportem dentro de um padrão previamente determinado, o qual envolve o controle sobre as emoções, como não gritar e não fazer escândalo. Os estudos também demonstram que as mulheres normalmente percebem essas expectativas e procuram se amoldar a elas, ainda que nem sempre o consigam (Campero *et al.*, 1998; Caron & Silva, 2002; Hotimsky, 2002; Tornquist, 2004; Valverde & Diniz, 2001).

Constatou-se, ainda, que os estudos estrangeiros apresentam resultados controversos sobre o papel da dor na satisfação no parto, sendo que alguns destacam esse fator como determinante na ocorrência de uma experiência negativa para a mulher

(Fowles,1998; Waldenström, 2004; Waldenström *et al.* 2004), ao passo que outros minimizam a sua importância (Hodnett, 2002). Por outro lado, nos estudos brasileiros, o medo da dor no parto vaginal não aparece em destaque quando se investigam as expectativas e preferências das mulheres durante a gestação (Faúndes *et al.*, 2004 & Hotimsky *et al.*, 2002). Contudo, os estudos sobre satisfação no parto na realidade brasileira são escassos e pouco elucidativos quanto ao papel da dor na experiência das mulheres, muito embora algumas pesquisas realizadas com classes populares tenham apontado para a idéia de que, entre esse grupo, a dor é considerada como um elemento natural e essencial da maternidade (Gualda, 1994; Hotimsky *et al.*, 2002 & Paim, 1998).

Situações de desrespeito e/ou violência para com a mulher durante a assistência ao parto têm sido um tema recorrente nos resultados dos estudos brasileiros (Alves, 2002; Hotimsky *et al.* 2002; Domingues *et al.*, 2004; Caron & Silva, 2002 & Fernandes, 2000).

Com relação à visão dos profissionais sobre a assistência, conforme citado anteriormente, os estudos sobre o tema são mais escassos e abordam aspectos diferentes, o que torna difícil apontar conclusões quanto aos seus resultados. Porém, um aspecto que parece ser alvo dessas pesquisas é o uso indiscriminado de intervenções técnicas por profissionais de saúde. Os estudos realizados até o momento parecem apontar para uma visão entre esses profissionais, principalmente os da área de medicina, de que estas intervenções são necessárias e até benéficas, o que tem sido indicado como um dos fatores responsáveis pelas altas taxas de cesariana no Brasil (Dias & Deslandes, 2004; Faúndes *et al.*, 2004 & Ratto, 2001).

3 Método

3.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se a presente pesquisa de um estudo descritivo, comparativo, no qual se empregou a técnica de observação indireta, por meio de entrevistas conduzidas a partir de um roteiro semi-estruturado. O objetivo do emprego dessa técnica foi coletar dados textuais a respeito da assistência ao parto como indicadores de representações sociais de mulheres assistidas em duas maternidades públicas previamente selecionadas e profissionais de saúde que trabalham nessas maternidades.

3.2 Participantes

Participaram da pesquisa dois grupos de 20 pessoas, totalizando 40 participantes. O primeiro grupo foi constituído de 20 mulheres assistidas em duas maternidades públicas de Florianópolis, sendo 10 na Maternidade A e as outras 10 na Maternidade B. O segundo grupo foi constituído de 20 profissionais de saúde que atuam nessas mesmas maternidades, sendo 10 da Maternidade A e 10 da Maternidade B. Ambos os grupos foram entrevistados entre os meses de junho e agosto de 2004.

Optou-se por analisar mulheres assistidas nas duas maternidades mencionadas pelo fato de essas instituições apresentarem modelos diferentes de assistência ao parto. A Maternidade A segue uma forma de assistência cujas características a aproximam mais do modelo medicalizado, no sentido de que preserva práticas hoje desaconselhadas pela OMS (OMS, 1996) na implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, tais como, o uso rotineiro do enema e da tricotomia. A Maternidade B, por sua vez, possui uma filosofia de atenção explicitamente identificada com a proposta de humanização do parto, conforme se pode observar no Manual de Rotinas Médicas desta Maternidade. Neste manual pode-se notar também o estabelecimento de algumas condutas em conformidade com aquelas definidas pela OMS (OMS, 1996) na implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, entre elas a extinção de práticas como a episiotomia, o enema e a tricotomia na rotina da assistência e ainda o estímulo à posição verticalizada durante o trabalho de parto. Dessa forma, optou-se por analisar mulheres atendidas nas duas maternidades com o intuito de identificar se havia ou não diferença entre as representações sociais dos dois grupos de mulheres.

Os critérios utilizados para a seleção desse grupo de participantes foram os seguintes: a puérpera deveria ter idade mínima de 18 anos completos, ter sido atendida numa das maternidades investigadas pelo Sistema Único de Saúde, encontrar-se entre o trigésimo e sexagésimo dia após o parto, ter sido aquela a sua primeira experiência de parto. Esse último critério foi escolhido em função de ser objetivo da pesquisa obter dados sobre as representações sociais da assistência ao parto prestada atualmente. Acreditava-se que mulheres com experiências anteriores provavelmente se reportariam a essas experiências ocorridas em diferentes períodos, o que não atenderia a esse objetivo. A Tabela 1 apresenta as variáveis relacionadas ao grupo das mulheres assistidas.

Tabela 1

Mulheres Assistidas Entrevistadas.

Maternidade	Idade		Estado Civil		Escolaridade		Acompanhamento pré-natal		Participação em grupo de gestante		Acompanhante no parto		Tipo de parto	
	Menos de 24 anos	Mais de 24 anos	Solteira	Casada	Até o ensino médio completo	Superior ao ensino médio completo	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Vaginal	Cesáreo
A	5	5	2	8	8	2	10	0	4	6	6	4	7	3
B	5	5	3	7	5	5	10	0	4	6	9	1	3	7
Total	10	10	5	15	13	7	20	0	8	12	15 ^a	5	10	10

Nota.

^a: Entre as mulheres que contaram com acompanhante na hora do parto, 10 escolheram o companheiro, e as outras cinco escolheram outras mulheres.

O grupo de profissionais de saúde também foi constituído de 20 sujeitos, 10 que atuam na Maternidade A, e 10 que atuam na Maternidade B. Optou-se por fazer essa divisão com o objetivo de verificar se, à prática desses diferentes grupos de profissionais, correspondem representações sociais diferentes ou não.

Os critérios utilizados para a seleção desse grupo de participantes foram os seguintes: o profissional deveria ter formação universitária, ser o responsável pela assistência na sala de parto, médico ou enfermeiro e estar atuando diretamente na

atenção ao parto. Considerando a hipótese de que o sexo dos profissionais pode interferir em suas representações sobre a assistência ao parto, procurou-se, na medida do possível, controlar essa variável, dividindo-se a participação de profissionais homens e mulheres em cada maternidade.

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas ao grupo dos profissionais entrevistados.

Tabela 2

Profissionais de Saúde Entrevistados.

Maternidade	Sexo		Idade		Profissão	
	M	F	Entre 24 e 36	Entre 37 e 49	Médico	Enfermeira
A	4	6	7	3	10 ^a	0 ^b
B	3	7	1	9	5	5
Total	7	13	8	12	15	5

Nota

^a: Entre os médicos entrevistados na Maternidade A, cinco eram residentes em ginecologia e obstetrícia e os demais eram médicos obstetras.

^b: Na maternidade A não foram entrevistadas enfermeiras porque nesta Maternidade essas profissionais não são autorizadas a atender partos.

Vale mencionar que entre os profissionais que relataram ter filhos (11), observou-se que pouco mais de três quartos tinham nascido por meio de parto cesáreo, e pouco menos de um quarto tinham nascido por parto vaginal.

3.3 Instrumento de Coleta de Dados

Utilizou-se a técnica de entrevista conduzida a partir de um roteiro semi-estruturado. Os dois roteiros de entrevista utilizados (Anexos A e B) tinham, na medida do possível, uma correspondência de perguntas com o intuito de permitir a obtenção de dados equivalentes, de modo a possibilitar, na análise, a comparação dos dois grupos estudados. Optou-se por essa técnica por ser uma das mais indicadas para a obtenção de

material textual que permita ao pesquisador identificar possíveis representações sociais acerca do fenômeno investigado. As entrevistas realizadas tiveram uma duração que variou de 20 minutos à uma hora e meia, sendo que o tempo médio foi em torno de 40 minutos.

3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Num primeiro momento, obteve-se autorização das instituições envolvidas (Maternidade A, Maternidade B e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) para realizar a pesquisa e a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da UFSC. Posteriormente foi realizado um estudo piloto em que foram entrevistadas duas mulheres que atendiam aos critérios preestabelecidos, cada qual assistida em uma das maternidades estudadas. O objetivo deste estudo preliminar foi testar o roteiro de entrevista e aprimorar a técnica de aplicação de entrevista de pesquisa. Tais participantes e as demais foram contatadas por telefone a partir de dados obtidos em Unidades Locais de Saúde (ULS), localizadas em diferentes bairros de Florianópolis.

Os dados mencionados acima foram obtidos nos livros de agendamento de consultas médicas comumente realizadas com puérperas e bebês num período de até 45 dias após o parto na ULS e foram os seguintes: nome da puérpera, maternidade em que ocorreu o parto, data de nascimento do bebê, endereço e telefone. A partir desses dados, foi possível realizar uma seleção prévia das mulheres que atendiam alguns dos critérios para participar da pesquisa, conforme exposto no item 3.2.

No contato telefônico realizado com as mulheres selecionadas, a pesquisadora se identificava e explicava os objetivos da pesquisa e verificava se estas atendiam aos demais critérios necessários para participar do estudo. Quando se identificava que a mulher contatada preenchia os critérios estabelecidos, esta era convidada a participar da pesquisa. No caso de concordância, eram oferecidas à mulher as opções de realizar a entrevista na ULS mais próxima de sua residência, ou na sua própria residência. Apenas duas, entre as 20 mulheres que participaram da pesquisa, optaram por realizar a entrevista na ULS. Nas demais situações, a pesquisadora, acompanhada de uma aluna do curso de psicologia da UFSC, deslocava-se até a casa da participante para realizar a entrevista. As entrevistas eram conduzidas de acordo com o roteiro apresentado no Anexo A.

Algumas dificuldades foram encontradas para a realização dessas entrevistas, principalmente porque as participantes, por vezes, tinham que interromper a entrevista para atender às necessidades de seus bebês, ou realizar outras atividades relacionadas à rotina doméstica, como atender ao telefone, por exemplo.

É importante ressaltar que se optou por abordar as mulheres no segundo mês após o parto e fora da maternidade, devido a alguns dados encontrados na literatura, os quais indicam que pesquisas sobre satisfação realizadas no pós-parto imediato tendem a apresentar níveis mais altos de satisfação que nem sempre correspondem à realidade (Domingues et al., 2004; Hodnett, 2002; Teijlingen et al., 2003 & Waldenström et al., 2004). Os mesmos dados apontam também para uma dificuldade maior das mulheres em criticar seus cuidadores, principalmente enquanto ainda estão sob os seus cuidados (Hodnett, 2002 & Teijlingen et al., 2003), conforme abordado no item 2.3.

A partir dos dados obtidos no estudo piloto, identificou-se a necessidade de realizar algumas alterações no roteiro de entrevista utilizado. Os dados coletados nessa etapa não foram considerados na análise dos dados.

Os participantes do grupo dos profissionais de saúde, por sua vez, foram contatados nas maternidades estudadas no período em que realizavam plantão. A pesquisadora se deslocava até as maternidades, identificava os profissionais que estavam de plantão naquele dia e os convidava para participar da pesquisa. Na Maternidade A, encontrou-se uma certa dificuldade em selecionar os participantes pelo fato de alguns profissionais não se mostrarem disponíveis para participar da pesquisa, o que não ocorreu na Maternidade B.

Havendo concordância do profissional em participar da pesquisa, verificava-se a possibilidade de realizar a entrevista no mesmo dia; em caso de impossibilidade, era agendada outra data de acordo com a disponibilidade do profissional e da pesquisadora. A grande maioria dos profissionais foi entrevistada durante sua permanência no plantão na maternidade, em local disponível na ocasião e que fosse considerado mais apropriado pelos sujeitos pesquisados. Apenas um profissional preferiu realizar a entrevista em seu consultório particular. A entrevista foi conduzida de acordo com o roteiro encontrado no Anexo B.

A realização da entrevista durante os plantões trouxe algumas dificuldades para a sua condução. Por vezes, foi necessário interrompê-la para que o profissional realizasse algum procedimento técnico por solicitação de seus colegas. A pesquisadora procurava, na medida do possível, assegurar a privacidade do local em que era realizada

a entrevista. No entanto, observou-se que a maioria dos profissionais não demonstrou preocupação quanto a realizar a entrevista em local com pouca privacidade.

A todos os participantes da pesquisa foi explicado o propósito do estudo, revelado o tempo aproximado de duração da entrevista e garantido o caráter sigiloso do material coletado e o acesso aos resultados, se houvesse interesse em conhecê-los. A todos foi solicitado também que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos C e D) e a autorização verbal para o uso do gravador. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. Nessa etapa, a pesquisadora contou com o auxílio de duas alunas do curso de psicologia da UFSC.

3.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o software ALCESTE (Análise Lexical Contextual de Conjuntos de Segmentos de Texto) e também a análise categorial. Esse programa foi criado na França, no final da década de 1980, por Reinert (1990) e introduzido no Brasil em 1998 (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999). De acordo com Camargo (2005), as vantagens em utilizar o ALCESTE residem no fato de o *software* apresentar uma classificação hierárquica descendente, permitir uma análise lexicográfica do material textual e oferecer contextos que exemplificam as classes encontradas pelo programa, que realiza uma análise quantitativa de dados textuais de um certo número de entrevistas. De acordo com o autor, esse tipo de análise toma como base as leis de distribuição dos seus respectivos vocabulários.

O ALCESTE realiza a análise a partir de um único arquivo formado por Unidades de Contexto Inicial (UCI) que, juntas, constituem um *corpus* de análise. Na presente pesquisa, cada entrevista realizada representou uma UCI. Quatro foram os *corpora* de análises produzidos, dois referentes ao grupo das mulheres assistidas e outros dois referentes aos profissionais de saúde. O material textual produzido por cada grupo foi dividido em dois *corpora* por se considerar que tratavam de aspectos diferentes relacionados ao tema em estudo. Cada *corpus* foi constituído pelo conjunto de respostas de cada um dos grupos de participantes a um determinado número de perguntas.

Num primeiro momento, o programa prepara o *corpus* e reconhece as UCI. Estas sofrem, então, uma divisão em segmentos de texto de tamanho similar, as Unidades de Contexto Elementar (UCE). Em resumo, as UCE são trechos do material textual

divididos de acordo com regras estabelecidas pelo programa. Nessa etapa, o programa agrupa a ocorrência de palavras em função de suas raízes e faz o cálculo da frequência dessas formas reduzidas.

Posteriormente, são realizados cálculos, os quais têm por objetivo classificar as UCE de acordo com a distribuição das formas reduzidas (palavras ou léxicos) que elas apresentam. Utiliza-se o teste Qui-quadrado para obter classes de UCE que apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente das UCE de outras classes. Assim, o programa apresenta uma classificação hierárquica descendente, que consiste nessa divisão das UCE em classes, de acordo com o vocabulário que as compõe, de maneira que se obtenham *subcorpora* com conteúdos significativamente diferentes. Numa terceira etapa, ocorre a descrição das classes de UCE. O programa apresenta o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que mostra as relações entre as classes. Em nível interpretativo, as classes obtidas são consideradas indicadores de diferentes aspectos das representações sociais. Por último o programa calcula e fornece as UCE mais características de cada classe, o que permite a contextualização do vocabulário típico destas, sendo algumas delas utilizadas na análise para exemplificar o seu conteúdo.

A análise categorial foi empregada em duas questões relacionadas à utilização de algumas práticas de assistência nas maternidades investigadas (questão 6 do roteiro dos profissionais de saúde e questão 7 do roteiro das mulheres assistidas), que pela sua natureza, não puderam ser submetidas à análise realizada pelo ALCESTE. De acordo com Bardin (1977), “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (p.117).

Na primeira parte da questão feita aos profissionais, a categoria considerada foi o caráter rotineiro ou não das práticas de assistência; já para as mulheres, as categorias diziam respeito ao seu caso: se determinada prática foi empregada ou não, ou ainda se ela não soube informar quais os procedimentos empregados. Na segunda parte da questão para os profissionais de saúde, analisou-se sua opinião a respeito da classificação do enema pela OMS como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz.

4 Análise dos Dados

4.1 Análise do Grupo dos Profissionais de Saúde

O material textual produzido pelo grupo dos profissionais de saúde foi dividido em dois *corpora*. O primeiro – “Assistência ao Parto” – refere-se principalmente às questões relativas ao tipo de assistência prestada ao parto (aspectos positivos e negativos da assistência), e também à concepção do que seria uma assistência ideal. O *corpus* “Relação Profissional-Parturiente” refere-se ao tipo de relação que os profissionais estabelecem com as parturientes (como se dá a relação, envolvimento da mulher nas decisões não emergenciais do parto e a liberdade oferecida à mulher para expressar seus sentimentos durante o processo do parto). Ambos os *corpora* foram compostos de 20 UCI, representando 20 entrevistas com 10 profissionais de cada maternidade. As análises das classes de cada *corpus* seguem uma ordem que leva em conta o tamanho da classe, ou seja, sua importância para compreender as representações sociais que profissionais de saúde têm sobre a assistência ao parto e ainda a relação entre essas classes.

4.1.1 Análise dos Resultados do Tipo de Assistência Prestada ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde

O *corpus* “Assistência ao Parto” foi dividido em 1.244 Unidades de Contexto Elementar (UCE), e a dupla classificação hierárquica descendente realizada pelo ALCESTE levou em conta 1.012 UCE, ou seja, 81,3 %, o que demonstra a estabilidade dessa análise. Houve nesse *corpus* um total de 53.742 ocorrências de palavras e 4.615 formas distintas, indicando uma média de 12 ocorrências por palavras. Para a análise que se segue, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior a uma vez e meia o valor da média, ou seja, 18 e $\chi^2 \geq 3,84$. É importante destacar que se optou por este valor do teste Qui-quadrado em todas as análises porque a associação entre a palavra e a classe foi calculada através de uma tabela 2 X 2, portanto com grau de liberdade igual a um.

A Figura 1 representa o resultado da classificação hierárquica descendente e ilustra a relação entre as classes encontradas pelo programa. Num primeiro momento, o

corpus “Assistência ao Parto” foi dividido em dois *subcorpora*, aquele que originou as classes 1, 4, e 2 e o que originou a classe 3. Num segundo momento, o primeiro *subcorpus* foi subdividido em dois *subcorpora*, de um lado aquele que deu origem às classes 1 e 4 e, de outro, aquele que originou a classe 2.

Considerando que as classes são compostas por unidades de contexto elementar com vocabulário semelhante e agrupadas de acordo com sua semelhança, observa-se, por um lado, uma íntima relação entre as classes 1 e 4, as quais, por sua vez, diferenciam-se da classe 2. Embora a classe 3 ocupe uma posição de diferenciação em relação às demais classes, ela não representa grande relevância para esta análise, uma vez que seu conteúdo gira em torno de uma questão que, no roteiro de perguntas, tinha como função principal apenas introduzir o assunto objeto da pesquisa.

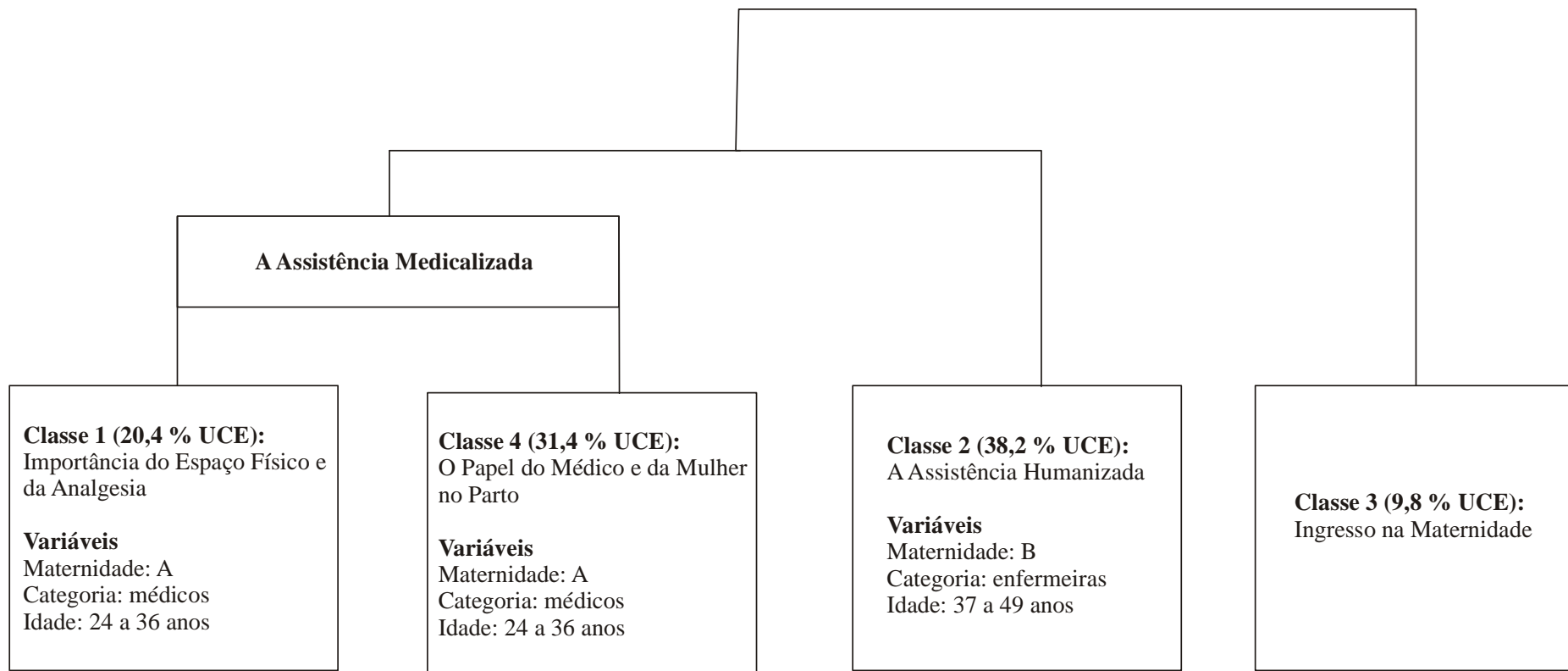


Figura 1 Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Profissionais sobre o Tipo de Assistência Prestada ao Parto

4.1.1.1 A Assistência Humanizada (Classe 2)

Em função do número de UCE que compõem a classe 2 (387 ou 38,2% do total), ela foi considerada uma das mais significativas para a compreensão das representações sociais do grupo dos profissionais de saúde. Contribuíram para essa classe as UCE produzidas fundamentalmente por profissionais que trabalham na Maternidade B, com predominância no exercício da função de enfermeiras e pertencentes ao sexo feminino, com idade entre 37 e 49 anos. Porém, não se pode considerar o sexo como uma variável determinante na compreensão da referida classe, já que todos os profissionais da categoria dos enfermeiros que foram entrevistados eram do sexo feminino, uma vez que a Maternidade B não contava com profissionais do sexo masculino dessa categoria em seu quadro na época em que foi realizada a pesquisa.

Como já foi mencionado, essa classe é a que melhor representa os profissionais que exercem a função de enfermeiros, por concentrar 62,4% das UCE produzidas pelas enfermeiras. Os profissionais que trabalham na Maternidade B tiveram 56,8% das suas UCE classificadas aqui.

Tabela 3
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.

Palavra	Frequência	χ^2
Mulher	122	49,2
Assistência	73	13,3
Pessoa	67	20,2
Enfermeira	42	51,7
Profissionais	57	13,8
Acompanhante	38	6,3
Entrar	37	10,2
Obstetra	35	15,8
Atender	32	8,9
Humanização	30	34,6
Prestada	30	22
Nascimento	29	20,7
Filosofia	23	15,8
Importante	23	10,4
Sente	23	10,4
Enfermagem	22	9,3
Positivos	20	29,5
Diferente	20	11,9
Ambiente	20	4,7
Respeito	19	24,7

continua

Palavra	Frequência	χ^2
Presença	19	17,4
Instituição	18	20,4
Permitir	18	20,4
Positivo	18	6,2

A Tabela 3 apresenta as palavras associadas significativamente à classe 2, cuja análise revela que tais palavras expressam conteúdos relacionados ao que os profissionais consideram como aspectos positivos da assistência prestada na maternidade, entre os quais se destaca a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante sua internação. Além disso, essa classe revela outros aspectos da assistência prestada na maternidade que os profissionais destacam ao relatarem a sua prática, como a preocupação em prestar um atendimento de acordo com a filosofia da maternidade que se organiza em torno da idéia de humanização, a participação da enfermeira obstetra na assistência ao nascimento e também algumas dificuldades que encontram na tentativa de implementar a proposta da humanização. Tais palavras são identificadas nas UCE que representam essa classe e encontram-se destacadas em negrito.

A gente sempre procura fazer um trabalho **humanizado**, e dentro da **humanização**, uma das coisas que eu acho extremamente **importante**, que eu vejo como um aspecto **positivo** da **assistência** que é **prestada** aqui é **permitir** a **presença** de um **acompanhante**. (Enfermeira, Maternidade B)

Como se constata no trecho acima, para os profissionais que compõem essa classe, o fato de a Maternidade B, desde a sua abertura em 1995, permitir a presença do acompanhante na assistência prestada à mulher na maternidade é um aspecto positivo muito importante desse processo.

Então o fato da gente ter introduzido a penumbra e a música, mostra para aquela **mulher** que esse **ambiente** é dela e isso traz **humanização** para o local, porque você tem que decidir, ou fala, ou ouve a música. (Enfermeira, Maternidade B)

A preocupação em prestar uma assistência que os profissionais classificam como humanizada, conforme a filosofia da instituição, é muito característica dessa classe, haja vista a frequência com que a palavra “humanização” nela aparece.

Para os profissionais entrevistados, atitudes como permitir a presença do acompanhante, incentivar a participação ativa da mulher no nascimento de seu filho,

conversar com a parturiente, viver com ela o processo do parto, ter uma postura “não intervencionista” no sentido de evitar a realização de procedimentos técnicos que a ciência classifica como desnecessários ou prejudiciais, introduzir a penumbra e a música no momento do parto e, por fim, ter sensibilidade para cuidar do outro são algumas das características da assistência humanizada.

É muito **importante** ter o **acompanhante**. Quanto à **assistência** em si, é **positivo** que a **enfermeira obstetra** também **atende** ao parto. (Enfermeira, Maternidade B)

Outra característica dessa classe está relacionada ao reconhecimento que as enfermeiras obstetras têm da importância da participação de sua categoria profissional na assistência ao parto.

Nós, **enfermeiras**, quando intervimos, de um modo geral, estamos seguindo uma prescrição médica. De um modo geral, o que a gente aprende é que o cuidado é a essência da **enfermagem**. (Enfermeira, Maternidade B)

A atuação dessa categoria profissional, na visão das participantes, está ligada a uma postura profissional mais relacionada ao cuidado e menos à intervenção no nascimento, o que elas avaliam como um aspecto positivo da assistência prestada na Maternidade B.

A questão da **humanização**, da sensibilidade de cuidar do outro, muitas vezes é interpretada como frescura ou como o pensamento de que o **profissional** é que quer aparecer, quando na verdade, ele está fazendo tudo aquilo pelo outro. (Enfermeira, Maternidade B)

A palavra “profissionais” tem uma ocorrência muito significativa nesta classe e está associada principalmente a algumas dificuldades que esses profissionais identificam em sua prática de assistência. Essas dificuldades estão relacionadas ao fato de que, na visão dos participantes, nem todos os profissionais que trabalham na Maternidade B incorporaram a filosofia de atendimento, ou seja, não há uma homogeneidade na maneira de pensar como deve ser a assistência, e isso acaba tendo uma interferência negativa no atendimento e gerando atritos dentro da equipe.

4.1.1.2 A Assistência Medicalizada (Classes 4 e 1)

De acordo com a Figura 1, a classe 4, em conjunto com a classe 1, faz parte da ramificação que, após análise do seu conteúdo, denominou-se “A assistência

medicalizada”, tendo sido ambas produzidas predominantemente por profissionais que trabalham na Maternidade A, exercem a função de médico e têm idade entre 24 e 36 anos. Dessa forma, enquanto a classe 2 representa os profissionais que trabalham na Maternidade B e a categoria das enfermeiras obstetras, as classes 4 e 1 juntas representam os profissionais que trabalham na Maternidade A, assim como a categoria dos médicos.

4.1.1.2.1 O Papel do Médico e da Mulher no Parto (Classe 4)

A classe 4 foi composta por 318 UCE, equivalente a 31,4% do total. A análise dessa classe permite constatar que ela é a que, sozinha, melhor representa a Maternidade A, já que 43% das UCE produzidas pelos profissionais que lá trabalham são encontradas nessa classe e o restante está distribuído entre as demais. Além disso, também é a que melhor representa os profissionais que exercem a função de médico, já que 35,7% das UCE produzidas por estes profissionais encontra-se na classe 4.

Tabela 4
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.

Palavra	Frequência	χ^2
Parto	123	8,3
Paciente	119	19,6
Bebê	98	89
Fazer	84	4
Fica	72	14,6
Mãe	50	46,6
Cesariana	47	58,1
Nasce	43	64,1
Quer	37	8,3
Dia	30	16,4
Chega	30	8,8
Dor	29	28,7
Parto normal	27	28,7
Acaba	26	12,1
Ajuda	25	23,2
Dar	24	4,4
Consegue	22	9,8
Analgesia	21	6,3
Normal	21	23,2
Indicação	19	42,2
Contrações	18	36
Orientar	18	15,9

A Tabela 4 apresenta as palavras/noções mais importantes dessa classe, e a análise das UCE que a caracterizam revela a relação destas com a idéia que os profissionais médicos têm sobre o seu papel e o da mulher no momento do parto, a decisão pelo parto normal ou pela cesariana e sobre a dor como algo inerente ao parto. Tais palavras são identificadas nas UCE que representam a classe 4.

Nesses casos é mais emocionante **fazer o parto**, você fica mais feliz, dá mais ânimo de **fazer um parto** às 4h30min da manhã. Já aconteceu de eu **fazer parto** de madrugada, cansado, passar o maior sofrimento para **ficar** acordado, e depois que o **bebê nasceu**, a **mãe** dizer que não **queria** nem vê-lo. (Médico, Maternidade A)

Conforme evidenciado no trecho acima, o verbo “fazer” é bastante recorrente na classe 4 (84 vezes), sendo que, entre os verbos que a compõem, este é o que tem maior ocorrência. Além disso, aparece associado à idéia de que é o médico quem faz o parto e não a mulher, assim como também a procedimentos que os profissionais acreditam precisar fazer para que o parto ocorra, tais como a indução por meio do uso de ocitócitos²⁵, a episiotomia e a cesariana.

No começo, até por insegurança, tu **acabas fazendo** (a episiotomia), por **ficar** nervosa de ver a cabeça do **bebê** que vem e vai e não **nasce**, daí tu dás a anestesia e faz, porque **ajuda** um pouco. (Médica, Maternidade A)

Alguns profissionais reconhecem que alguns desses procedimentos muitas vezes são realizados não por uma indicação técnica precisa, ou seja, com base em evidências científicas atuais, mas por sentimentos como insegurança, nervosismo, medo e ansiedade por parte do profissional.

Nessas horas, às vezes, a gente tem que **fazer** aumentar as **contrações**, colocar mais ocitocina, **orientar** e até ser um pouco mais firme com a **mãe**, porque se tu falas num tom ameno, ela não **faz**, mas se tu falas com firmeza para ela **fazer** força, sim. (Médico, Maternidade A)

O verbo “fazer” também aparece ligado a ações da parturiente, sobretudo à idéia de “fazer força”. Também nesse caso o profissional acredita que é ele quem deve saber a hora de fazer força e orientar a mulher usando a sua autoridade. Por sua vez, o verbo “orientar” também teve uma recorrência importante e acompanha a idéia de que é papel do profissional orientar a mulher em trabalho de parto.

²⁵ Ocitócitos: conjunto de agentes que aumentam a intensidade das contrações uterinas e a sua frequência (Rezende, 1995).

Por isso, muitas vezes, a **indicação** para **cesariana** é materna, porque a gente vê que a **mãe** não vai **ajudar** e não tem suporte para ter um **parto normal**. A gente vai obrigá-la a parir um filho por via natural, se ela está se **acabando** de tanto berrar, se a gente não **consegue** nem **fazer** uma episiotomia porque ela está se batendo na mesa? (Médica, Maternidade A)

“Parto normal” e “cesariana” são duas noções que aparecem associadas e são recorrentes nessa classe. Os profissionais demonstram preocupação quanto a decidir se é possível permitir que o parto evolua para “normal”, ou se será necessário indicar uma cesariana. Entre os motivos mencionados para indicar a cesariana estão o fato de os médicos avaliarem que a paciente não tem suporte emocional para passar pelo parto normal, o fato de ela estar exausta após ter passado uma noite inteira na indução do parto, o fato de que o bebê que nasce pela via vaginal já nasce respirando melhor, a falta de paciência de alguns profissionais para esperar a evolução do parto normal, assim como complicações no trabalho de parto.

A palavra “dor” também teve uma ocorrência significativa na classe 4 e aparece ligada à idéia de que o parto normal é algo intrinsecamente doloroso.

Para quem está de fora parece muito simples a cesariana, parece que você abriu e puxou o **bebê** ali de dentro e ele saiu. E o **parto normal** não, porque você vê a **mãe** gritando, vê a **mãe fazendo** força, você na verdade só **ajuda**, mas a atuante é a **mãe**, você só está ali cooperando, e na **cesariana** não. (Médica, Maternidade A)

A palavra “ajuda” também é recorrente nessa classe e aparece relacionada principalmente aos papéis desempenhados pela parturiente e pelos profissionais na hora do parto. Aqui parece haver uma contradição no discurso considerando as falas anteriores já que, embora os profissionais acreditem que cabe a eles fazer o parto, em alguns momentos aparece a idéia de que no parto normal cabe à mulher o papel principal e que ao profissional cabe apenas ajudá-la.

Ela não **ajuda** na hora do **parto** e **fica** um **parto** muito difícil. A gente vai **ficando** muito ansioso às vezes, porque está vendo que a **mãe** não está **ajudando**, a gente não pode **ajudar** muito no final se a **mãe** não **ajudar**. (Médico, Maternidade A)

Em outros momentos, porém, reaparece a idéia de que o profissional faz o parto e cabe à mulher ajudá-lo.

4.1.1.2.2 Importância do Espaço Físico e da Analgesia (classe 1)

A classe 1 foi composta por 207 UCE, o que representa 20,4% do total. Conforme citado anteriormente, contribuíram para essa classe as UCE produzidas principalmente por profissionais que trabalham na Maternidade A, que exercem a função de médico e têm idade entre 24 e 36 anos.

Tabela 5
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.

Palavra	Frequência	χ^2
Paciente	108	74,1
Parto	86	9,9
Ideal	53	91,6
Assistência	48	19,1
Sala	31	20
Físico	25	75,1
Negativo	25	45,2
Espaço	22	63,5
Lugar	21	15,8
Poderia	20	40,5
Fosse	20	26,6
Falta	20	33,8
Problema	20	19,8
Tivesse	19	42,4
Precisaria	19	19,9
Analgesia	19	15,5
Ganhar	18	21,3
Maior	18	5,3

A Tabela 5 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 1, e a análise dessa classe revela que tais palavras estão relacionadas a como os profissionais que a produziram pensam que seria uma assistência ideal, como eles percebem a assistência prestada atualmente e ainda ao aspectos negativos desta assistência.

Na opinião dos profissionais que compõem essa classe, o espaço físico tem um papel determinante na maneira de ver a assistência prestada atualmente e de pensar como seria uma assistência ideal.

A **assistência ideal** seria cada **paciente** no seu leito, no seu quarto, no seu apartamento. Ali ela ficaria à vontade, faria todo o trabalho de **parto**, com toda a **assistência**, como se faz hoje com as **pacientes** particulares, e depois elas iriam para a **sala** de **parto ganhar**. (Médico, Maternidade A)

Conforme exemplificado no trecho acima, para esses profissionais, a assistência ideal implicaria modificações na estrutura física da maternidade de modo a proporcionar privacidade para as parturientes, a exemplo do que é oferecido para as pacientes particulares.

mas o **ideal** mesmo é que no mesmo quarto você tivesse o pré-parto e o **parto**, e que tudo **fosse** individualizado e não uma enfermaria, ou uma **sala de partos**.

Outra característica da assistência ideal, na opinião desses profissionais, é que, além de proporcionar privacidade, o espaço físico deveria ser organizado de maneira que a mulher pudesse passar por todo o processo de parto no mesmo lugar, sem ter que se deslocar da sala de pré-parto para a sala de parto, como ocorre atualmente nas maternidades investigadas.

Então o que acontece às vezes, é que a **sala de parto** fica tão cheia que acaba criando aquele ambiente de estresse. Se o **espaço físico** fosse **maior**, ajudaria, porque a demanda é muito grande, então às vezes essa superlotação conturba o ambiente, e isso é o aspecto **negativo** da **assistência**. (Médico, Maternidade A)

As palavras “espaço”, “físico” e “pequeno” guardam relação entre si, associação recorrente nessa classe. O espaço físico reduzido para o tamanho da demanda atendida pela Maternidade A é um aspecto da assistência bastante citado pelos profissionais da classe 1.

Outro aspecto **negativo** é o pequeno número de profissionais, o que **poderia** ser **maior**, desde que o **espaço físico fosse maior**, pois nós já estamos nos esbarrando aqui dentro. Se a gente quer operar, não tem vaga, se quer ampliar o ambulatório para atender mais gente, não tem **sala** e nem profissional. (Médica, Maternidade A)

De acordo com os profissionais, o espaço físico pequeno acaba acarretando outros problemas como um ambiente conturbado, já que há uma grande concentração de pessoas num espaço reduzido, restrições na contratação de profissionais, pois não há lugar disponível para alocá-los, bem como a impossibilidade de ampliar o atendimento.

Um aspecto **negativo** da **assistência** que é prestada aqui, é que a estrutura do governo não possibilita dar **parto** sob **analgesia** para todas as **pacientes** (Médica, Maternidade A).

Outra correlação percebida nessa classe é entre as palavras “falta” e “analgesia”. A impossibilidade de oferecer parto com analgesia peridural para todas as usuárias do SUS é identificada de forma significativa por esses profissionais como um aspecto negativo da assistência prestada. Além disso, na opinião da maioria dos participantes

que compõem essa classe, o parto com analgesia é destacado como uma característica importante da assistência ideal. Para eles, o parto com analgesia deveria ser proporcionado para todas as pacientes que não tivessem contra-indicação para o referido procedimento, não sendo destacado o uso de outros recursos não farmacológicos para o alívio da dor. Os profissionais da Maternidade A revelaram que seriam tomadas providências para que a analgesia fosse oferecida a todas as pacientes que não apresentarem contra-indicação para o seu uso.

4.1.1.3 Ingresso na Maternidade (Classe 3)

A classe 3 foi composta por 100 UCE, correspondendo a 9,8% do total. Considerando o seu conteúdo, entende-se que ela tem pouca importância na compreensão das representações sociais sobre a assistência ao parto entre os profissionais de saúde, contribuindo apenas para caracterizar a amostra.

Tabela 6
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 3.

Palavra	Frequência	χ^2
Trabalhar	38	15,9
Maternidade	34	42,9
Médica	29	18
Residência	28	83,9
Fiz	26	107,8
Maternidade A	23	87,1
Serviço	22	55,9
Ano	20	47,2
Estágio	19	156,4
Obstetrícia	19	63,7

A Tabela 6 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 3, cuja análise indica que o seu conteúdo se refere ao caminho percorrido pelos profissionais até chegarem a trabalhar nas maternidades investigadas.

Entre os profissionais que compõem essa classe, a forma mais comum de ingresso em seus respectivos locais de trabalho foi ter feito estágio e fazer residência em ginecologia e obstetrícia dentro da instituição. Além disso, há o caso daqueles que já trilharam esse caminho também dentro da instituição e atualmente lá trabalham como profissionais contratados. Esse é o caso dos profissionais que trabalham na Maternidade A.

Porém, vale ressaltar que, como a Maternidade A é a única da cidade que oferece residência em obstetrícia, esse dado apenas revela sua especificidade, ou seja, o fato de propiciar a estudantes de medicina a possibilidade de seguir uma trajetória de formação para se tornarem especialistas em ginecologia e obstetrícia dentro do mesmo serviço e, além disso, terem a oportunidade de, após terminar a formação, serem contratados pelo serviço que os formou.

4.1.2 Análise da Relação Estabelecida entre Profissionais de Saúde e Parturientes Segundo os Profissionais

O *corpus* “Relação Profissional-Parturiente” foi dividido em 558 UCE e a dupla classificação hierárquica descendente levou em conta 352 UCE, isto é, 63% do total. Essa porcentagem indica uma estabilidade relativa desse tipo de classificação, ou seja, menos de 75% das UCE foram ordenadas da mesma forma nas duas classificações preliminares que o programa ALCESTE realiza habitualmente. Houve neste *corpus* um total de 24.003 ocorrências de palavras, sendo 2.791 palavras distintas, isto é, cada palavra teve uma ocorrência média de 9 vezes. Para a análise desse *corpus* foram observadas as palavras com frequência igual ou superior a uma vez e meia o valor da média, ou seja, 14 e $\chi^2 \geq 3,84$.

A Figura 2 representa o resultado da análise hierárquica descendente e ilustra a relação entre as classes encontradas pelo programa. O *corpus* 2 foi dividido em dois *subcorpora*: de um lado aquele que originou as classes 1 e 2 e, de outro, o que deu origem à classe 3. Observa-se assim uma relação de proximidade entre as classes 1 e 2, as quais, por sua vez, diferenciam-se da classe 3. É importante assinalar que, embora as classes 2 e 3 tratem de uma mesma questão, ou seja, o envolvimento das parturientes nas decisões não emergenciais relacionadas ao parto, existe uma diferença importante entre elas. Como será mostrado a seguir, enquanto na classe 3 a maioria dos profissionais percebe-se envolvendo as parturientes nas decisões não emergenciais, na classe 2 observa-se, entre outras questões, situações da rotina dos profissionais em que isso nem sempre ocorre, ou seja, algumas vezes são tomadas decisões em que não é permitida a participação da mulher.

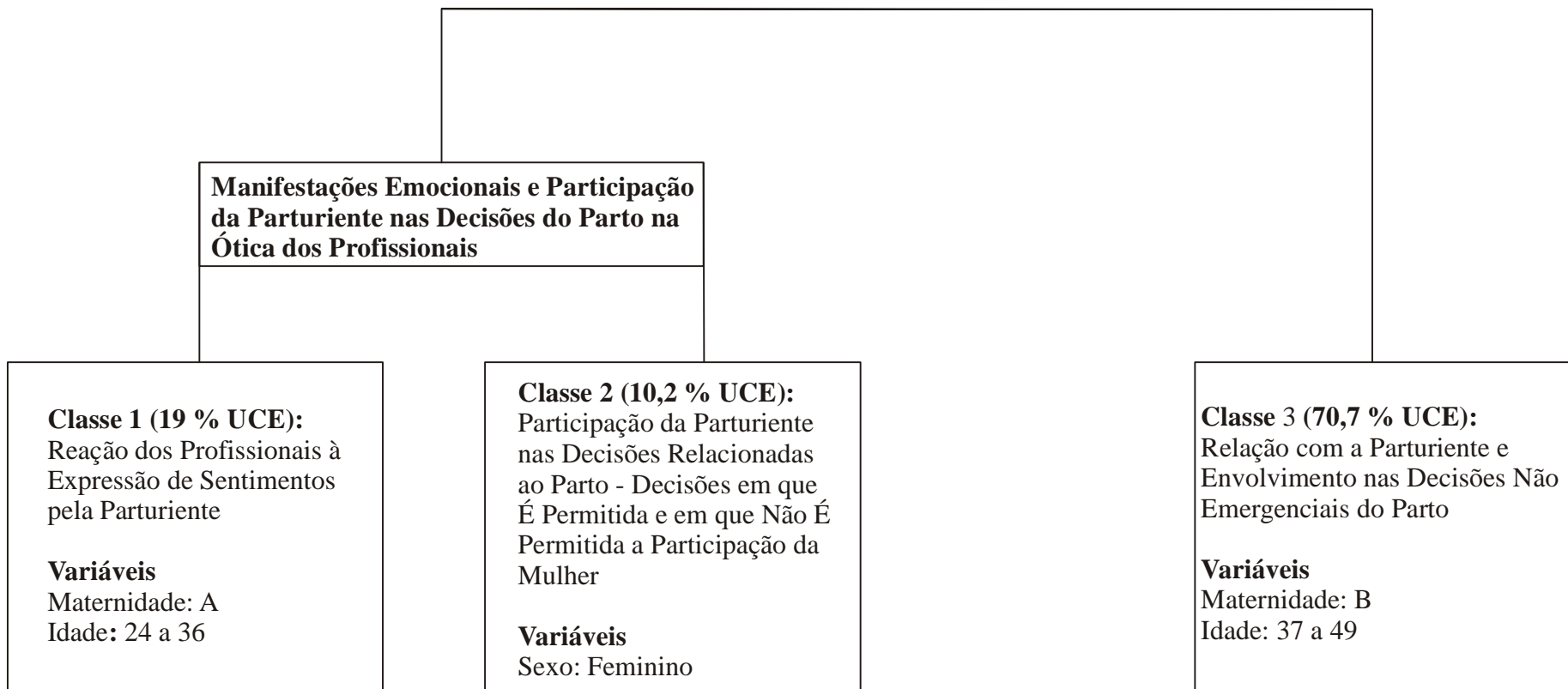


Figura 2 Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Profissionais da Saúde Sobre a Relação Profissional-Parturiente

4.1.2.1 Relação com a Parturiente e Envolvimento nas Decisões Não Emergenciais (Classe 3)

Essa classe foi composta por 249 UCE, representando 70,7% do total, o que a torna, de longe, a mais significativa do *corpus* “Relação Profissional-Parturiente”. Ela representa de maneira importante a Maternidade B, uma vez que 81,4% das UCE produzidas pelos seus profissionais são encontradas nessa classe. Há ainda, na classe 3, uma predominância de UCE produzidas por profissionais com idade entre 37 e 49 anos, considerando que 81,2% das UCE dos profissionais nessa faixa etária foram aqui classificadas.

Tabela 7
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 3.

Palavra	Frequência	χ^2
Relação	45	18,7
Decisões	37	6,9
Boa	33	12,6
Pessoas	32	14,5
Médico	31	5,9
Tenho	28	6,3
Costumo	23	5,8
Envolver	22	9,7
Parturiente	22	7,3
Importante	21	6,9
Emergenciais	21	6,9
Processo	18	7,8
Possível	17	5,1
Diferentes	16	6,9
Assistência	16	4,7
Relacionamento	16	4,7
Maternidade	15	6,4

A Tabela 7 apresenta as palavras significativamente associadas à classe 3, cuja análise revela a expressão de conteúdos referentes à qualidade da relação que os profissionais avaliam ter com as parturientes e ao envolvimento das mulheres nas decisões não emergenciais relativas ao parto. Tais palavras são identificadas nas UCE que representam essa classe, como será mostrado a seguir.

Eu acho que a minha **relação** com as **parturientes** sempre é **boa**, eu gosto. Há umas **relações** que são mais intensas, outras menos. Eu acho que, numa **relação**, sempre tem a questão da afinidade pessoal, e isso também se passa aqui dentro da **maternidade**. Eu acho que tem também

a questão da agitação interna que a gente tem aqui dentro da **maternidade**. (Enfermeira, Maternidade B)

Conforme evidenciado no trecho acima, de maneira geral, os profissionais que compõem esta classe avaliam como boa a relação com as parturientes. Houve uma grande variedade de respostas ao que os profissionais consideram “ter uma boa relação”, entre as quais se encontrou: ter intimidade, conversar, explicar tudo o que está sendo feito, brincar, ter bom humor, se apresentar para a paciente, dar apoio, mostrar que compreende o que a parturiente está passando, ser solidário, dar orientações, tratar com respeito, acalmar a parturiente, colocar-se no seu lugar, transmitir confiança, mostrar-se disponível, envolvê-la nas decisões, respeitar sua capacidade de desempenhar seu papel no parto e envolver o acompanhante no processo de parto. Os profissionais avaliam ainda que a qualidade da relação depende de alguns fatores como afinidade pessoal, disponibilidade de tempo, as demandas do plantão e a própria parturiente.

Na classe 3, há uma predominância de profissionais que relatam ter o costume de envolver as mulheres nas decisões não emergenciais relativas ao parto.

4.1.2.2 Manifestações Emocionais e Participação da Parturiente nas Decisões do Parto na Ótica dos Profissionais (classes 1 e 2)

De acordo com a Figura 2, as classes 1 e 2 encontram-se na mesma ramificação. Embora ambas tratem de aspectos da relação estabelecida entre profissionais de saúde e parturientes, a classe 1 está mais relacionada às reações que os profissionais relataram ter frente às manifestações emocionais da mulher em processo de parto, ao passo que a classe 2 retrata o relato dos profissionais quanto às reações das parturientes por não poderem escolher a via de parto. Essa classe também revela algumas decisões em que é permitida a participação da parturiente e outras das quais ela não pode participar.

4.1.2.2.1 Reação dos Profissionais à Expressão de Sentimentos pela Parturiente (Classe 1)

A classe 1 foi constituída por 67 UCE, representando 19% do total. Contribuíram para essa classe as UCE produzidas principalmente por profissionais que

trabalham na Maternidade A (31% das suas UCE foram classificadas aqui) e com idade entre 24 e 36 anos.

Tabela 8
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.

Palavra	Frequência	χ^2
Paciente	42	6,8
Fazer	30	7
Gritar	19	56,6
Falar	19	44,3
Dor	17	36,6
Bebê	17	10,3
Ficar	17	4,7

A Tabela 8 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 1. A análise dessa classe permite compreender que tais palavras estão relacionadas aos comportamentos que os profissionais relataram adotar quando a parturiente expressa o que está sentindo na hora do parto por meio de gritos, e também diante de outras manifestações relacionadas à experiência de sentir dor. Essas palavras são identificadas nas UCE que representam essa classe.

Às vezes, quando a **paciente** se excede, a gente tem que tentar controlar. De um modo geral, quando a **paciente** está se alterando muito, a gente **fala**: a gente sabe que está doendo, isso aqui é parto normal, dói, todas as **pacientes** vão passar por essa fase, é a fase dolorosa, mas você tem que tentar manter o controle, tem que respirar, se ajudar e ajudar o **bebê**, não adianta ficar se contorcendo. (Médico, Maternidade A)

A palavra “gritar” é recorrente nessa classe e está associada à palavra “respirar”, revelando que, diante desse comportamento das parturientes, a conduta mais comumente adotada pelos profissionais dessa classe é orientá-las a respirar. A análise das UCE que representam essa classe também demonstrou que, diante de expressões de dor e desespero da mulher em processo de parturição, é comum os profissionais solicitarem que ela se controle, faça força, “se ajude” e se concentre no parto.

Outros comportamentos e atitudes menos comuns, mas que foram citados são: não impedir a parturiente de gritar, não gostar que ela grite, orientá-la, acalmá-la, falar para ela pensar de maneira positiva e falar em tom mais sério. Os profissionais da Maternidade B mencionaram ainda: fazer massagem, estimulá-la a tomar banho, fornecer medicação para relaxar, tocá-la e ficar por perto.

Por isso a analgesia é importante, porque se fosse com analgesia, ela iria **ficar** deitada, sem **dor**. Só que com a analgesia a **paciente** também tem que ter consciência que ela tem que ajudar, ela tem que **fazer** força. (Médico, Maternidade A)

A palavra “dor” também tem ocorrência importante nessa classe e está associada à palavra “analgesia”, indicando que o recurso da analgesia como forma de alívio da dor é o mais mencionado por esses profissionais, ainda que a Maternidade A não dispusesse do referido recurso para todas as mulheres no período em que foi realizado este estudo. Porém, conforme citado anteriormente, alguns profissionais informaram nas entrevistas que providências seriam tomadas visando disponibilizar a analgesia para todas as pacientes que não tivessem contra-indicações para o seu uso.

4.1.2.2.2 Participação da Parturiente nas Decisões Relacionadas ao Parto: Decisões em que É Permitida e em que não É Permitida a Participação da Mulher (Classe 2)

A classe 2 foi composta por 36 UCE, representando 10,2% do total, produzidas principalmente por profissionais pertencentes ao sexo feminino. Houve somente duas palavras significativamente associadas à classe 2: “vai”, que ocorreu com uma frequência de 18 vezes ($\chi^2 = 16,9$), e “cesariana”, com uma frequência de 17 vezes ($\chi^2 = 80,6$). A análise do conteúdo das UCE características dessa classe indica que ela está relacionada às possibilidades de escolha oferecidas às mulheres durante o atendimento na maternidade, conforme relataram os profissionais.

Às vezes acontece o contrário, a gente diz que **vai** precisar de uma **cesariana** e elas choram porque estavam querendo parto normal. De vez em quando, a gente precisa ser radical e dizer: precisa fazer **cesariana** por causa disso. A mulher **vai** saber por que, mesmo que a princípio ela não tenha gostado da decisão. (Médico, Maternidade B)

Na percepção dos profissionais que compõem essa classe, as parturientes costumam se decepcionar por não poderem escolher a via de parto, já que essa decisão depende de indicações médicas precisas. Em alguns momentos, segundo esses profissionais, a decepção ocorre porque a mulher gostaria de ter seu filho por parto cesáreo e não havia indicação para realizá-lo e, em outros momentos, porque tinha a expectativa de tê-lo pela via vaginal e necessitou realizar cesariana.

O acompanhante é a mãe quem escolhe. A gente dá também a opção de escolher a posição em que ela quer ficar antes do parto, a gente explica que ela pode ficar na bola, que tem o cavalinho, tem o banquinho para ela ficar acorçada, que ela pode caminhar. (Médica, Maternidade A)

Por outro lado, os profissionais de ambas as maternidades relataram que existem algumas possibilidades de escolhas que as parturientes podem fazer, como usar alguns instrumentos para mudar de posição durante o trabalho de parto e assim facilitar a descida do bebê, como o cavalinho²⁶ e a bola suíça²⁷, além de caminhar no período pré-parto e escolher quem será o seu acompanhante. Além disso, a Maternidade B possibilita à mulher optar pela sala em que ocorrerá o parto, a posição de parir e pelo tipo de cadeira obstétrica que pode ser utilizada.

A gente explica mais ou menos, diz que **vai** ser feita uma lavagem para na hora que o bebê nascer ela não ficar com vergonha, mas que se ela não quiser, não precisa. (Médica, Maternidade A)

Na Maternidade A, de acordo com os profissionais entrevistados, algumas práticas de assistência como a tricotomia e o enema são realizadas rotineiramente, ou seja, não é oferecida à mulher a possibilidade de decidir se quer ou não ser submetida a elas. No entanto, segundo esses profissionais, se a parturiente não quiser se submeter a esses procedimentos, deverá expressar sua vontade, a qual será respeitada.

Se a paciente não quer ser colocada no soro, a gente diz a realidade, o que pode acontecer se ela ficar muito mais tempo ali, que a dor **vai** ser a mesma se ela tiver um trabalho de parto espontâneo. (Médico, Maternidade A)

Em algumas situações, a mulher expressa sua vontade, e os profissionais tentam convencê-la de que sua escolha não é a melhor.

4.2 Análise do Grupo das Mulheres Assistidas

Assim como o material produzido pelo grupo dos profissionais, o material textual produzido pelo grupo de mulheres foi dividido em dois *corpora*: “Assistência ao Parto” e “Relação Profissional-Parturiente”. Como o roteiro de entrevista foi o mesmo para os dois grupos, resguardadas as devidas particularidades de cada um, o conteúdo dos *corpora* trata dos mesmos temas. Porém, é necessário considerar que a assistência ao parto nas maternidades investigadas é prestada por equipes diferentes em cada fase

²⁶ Não foi encontrado bibliografia sobre o uso do “cavalinho”.

²⁷ A indicação terapêutica da bola durante o trabalho de parto é para promover relaxamento através do movimento, como aponta Carriere: “Durante as contraturas de abertura do parto, a meta dos exercícios é vencer a tensão por meio de movimento. Isso pode ajudar a prevenir a tensão durante o parto” (Carriere, 1999, p.336).

do processo, ou seja, há uma equipe para atender a mulher durante o pré-parto e parto e outra para atendê-la após o parto no alojamento conjunto. Acreditava-se que indagar as mulheres sobre seu relacionamento apenas com uma dessas equipes, poderia dificultar e confundir as respostas das participantes e assim optou-se por questioná-las sobre a relação com a equipe de saúde como um todo. Assim, é necessário considerar que quando se está tratando da relação das mulheres com a equipe de saúde está se falando de todos os profissionais que a atenderam durante sua permanência na maternidade, ao passo que quando se investigou este aspecto entre os profissionais de saúde está se falando especificamente dos médicos e enfermeiras obstetras que trabalham na assistência à mulher durante o pré-parto e parto.

4.2.1 Análise dos Resultados do Tipo de Assistência Prestada ao Parto Segundo as Mulheres Assistidas

O *corpus* 1 foi dividido em 806 UCE, e a dupla classificação hierárquica descendente considerou 661 UCE, isto é, 82% do total, o que demonstra a estabilidade dessa análise. O número de ocorrência de palavras foi equivalente a 35.624, sendo 2.881 o número de formas distintas, indicando uma média de 12 ocorrências por palavra. Para a análise que se segue, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior a uma vez e meia o valor da média, ou seja, 18 e $\chi^2 \geq 3,84$.

A Figura 3 representa o resultado da classificação hierárquica descendente e ilustra a relação entre as classes encontradas pelo programa. O *corpus* “Assistência ao Parto” foi dividido em dois *subcorpora*, aquele que originou as classes 1 e 3 e o que originou as classes 2 e 4. Assim, observa-se, de um lado, uma relação de proximidade entre as classes agrupadas na mesma ramificação e, por outro, uma relação de diferenciação destas em relação àquelas agrupadas na outra ramificação.

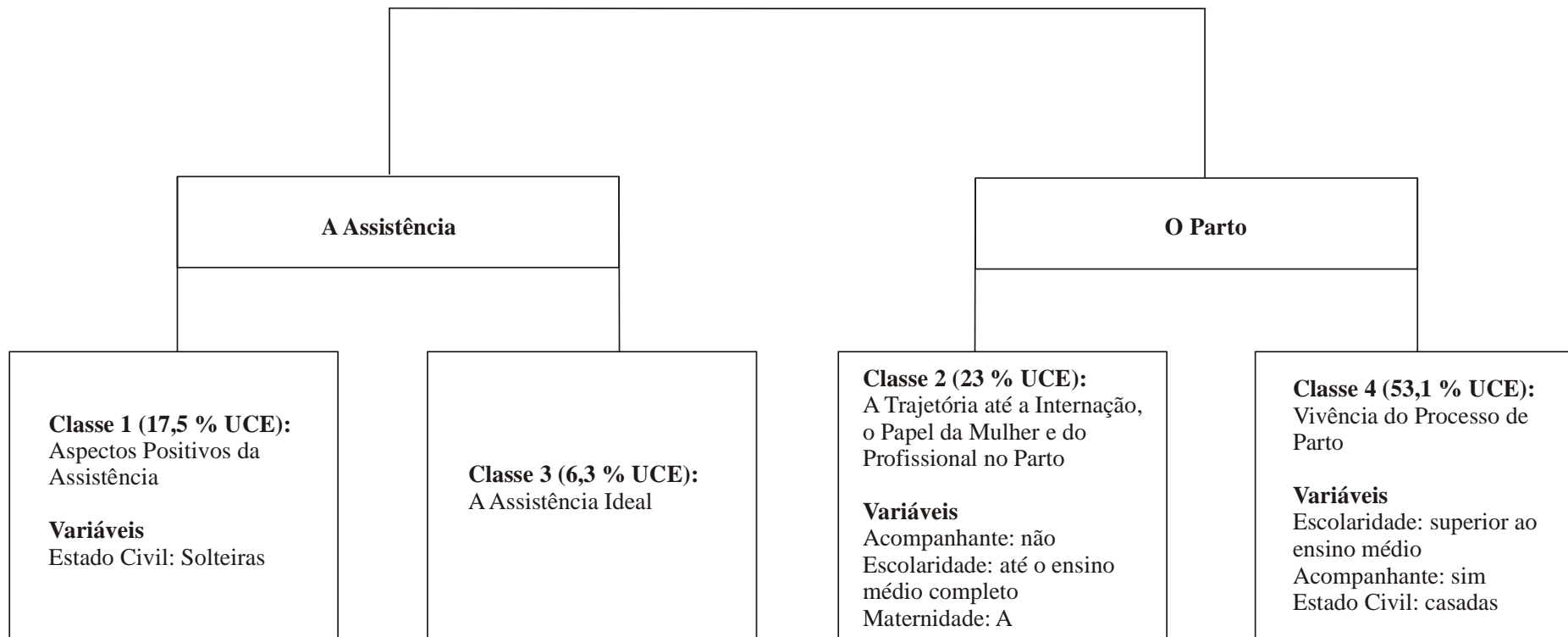


Figura 3 Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Mulheres Assistidas sobre o Tipo de Assistência Prestada ao Parto

4.2.1.1 O Parto (Classes 2 e 4)

As classes 2 e 4 estão agrupadas na ramificação “O Parto” e referem-se ao relato que as mulheres fazem dos acontecimentos que cercaram o seu parto. Porém, cada uma dessas classes retrata aspectos diferentes do relato. Enquanto a classe 2 destaca a trajetória percorrida pelas mulheres desde a hora em que perceberam, em casa, os primeiros sinais do trabalho de parto até o parto e os procedimentos aos quais elas relataram ter sido submetidas na maternidade, a classe 4 ressalta a forma como as mulheres vivenciaram o transcorrer do tempo durante sua internação, assim como o fato de terem presenciado o processo de parto de outras mulheres também internadas. Além disso, essas classes foram produzidas por grupos diferentes de mulheres.

4.2.1.1.1 Vivência do Processo de Parto (Classe 4)

A classe 4 foi composta por 351 UCE, o que representa 53,1% do total. Contribuíram para essa classe as UCE produzidas fundamentalmente por mulheres com escolaridade superior ao ensino médio completo (63,1% das UCE produzidas por este grupo foram classificadas aqui), que tiveram acompanhante na hora do parto (56,8% do total de UCE) e eram casadas (55,7% do total de UCE).

Tabela 9

Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.

Palavra	Frequência	χ^2
Bebê	154	17
Ficava	95	3,4
Disse	67	9,1
Queria	56	18,3
Nascer	54	12,1
Ganhar	44	9,7
Dia	41	5,3
Saber	38	5,3
Tempo	38	9
Lado	20	9,1
Menina	18	11,2

A Tabela 9 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 4, cuja análise revela sua relação com alguns acontecimentos que cercaram o nascimento do bebê, destacando-se a forma como as parturientes experienciaram o transcorrer do

tempo durante todo o processo de parto e de permanência na maternidade, assim como passar por essa experiência assistindo a outras mulheres que viviam o mesmo processo. Essas palavras podem ser identificadas nas UCE que caracterizam a referida classe, conforme os exemplos apresentados a seguir.

Se eu tivesse **ficado** ali o **dia** inteiro, com aquela funcionária falando que é assim mesmo, se a médica não tivesse vindo, se o meu marido não tivesse chamado, eu **ficaria** ali muito mais **tempo**. (Puérpera, Maternidade A)

De maneira geral, as mulheres parecem vivenciar o tempo de espera entre o início do trabalho de parto e o nascimento do bebê como um período demorado. O tempo transcorrido entre a internação na maternidade e o momento da alta também é vivenciado como um período longo e geralmente esperado com ansiedade.

A gente já vai para a maternidade com a preocupação de que, se der algum problema, eles vão forçar o parto normal até o último momento. Essa preocupação **ficou** na minha cabeça. A **menina** que **ganhou bebê** ao meu **lado**, estava com pressão alta, mas conseguiu **ganhar** o **bebê** pelo parto normal, ela tinha entrado um **dia** antes de mim e ficou bastante **tempo** em trabalho de parto. (Puérpera, Maternidade B)

As palavras “menina” e “lado” são recorrentes nessa classe e estão associadas, revelando que passar pelo processo de parir e de internação presenciando o processo de outras mulheres na mesma situação exerce uma interferência na maneira como as parturientes vivenciam a sua experiência na maternidade. Em muitos momentos, as parturientes tomam a experiência das outras parturientes como referência para saber se o que acontece com elas está dentro do esperado. Em outras situações, sentem medo de que possa ocorrer com elas também o que aconteceu com a mulher do lado. Identificou-se ainda a interferência, geralmente negativa, que a maneira como algumas parturientes expressam a experiência de sentir dor tem sobre elas.

4.2.1.1.2 A Trajetória até a Internação, o Papel da mulher e do Profissional no Parto (Classe 2)

A classe 2 foi composta por 152 UCE, o que representa 23% do total. Contribuíram para essa classe as UCE produzidas principalmente por mulheres que não tiveram acompanhante no parto, com escolaridade até o ensino médio completo e que foram atendidas na Maternidade A.

Tabela 10
 Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.

Palavra	Frequência	χ^2
Dilatação	47	140,3
Dor	45	40,5
Fazer	43	8,5
Senti	40	9,9
Contração	33	81,5
Cheguei	27	61,1
Fizeram	26	25,7
Casa	25	27,4
Dedo	25	87
Comecei	24	32,9
Cesariana	23	6,2
Colocaram	23	28,6
Fiquei	22	5,5
Soro	18	38
Sala	18	22,5

A Tabela 10 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 2. A análise dessa classe aponta para a relação dos vocábulos acima com a trajetória percorrida pelas mulheres desde a hora em que perceberam, em casa, os primeiros sinais do trabalho de parto até o momento do parto na maternidade, bem como com os procedimentos aos quais elas afirmaram ter sido submetidas no período que antecede o parto e também com a maneira como elas percebem o seu papel e o dos profissionais de saúde no processo.

Eu **comecei** a **sentir** umas **dores** bem fortes de 10 em 10 minutos; daí eu resolvi ir para a maternidade. Eu **cheguei** lá na Maternidade A e quando eu fui atendida, eu só estava com cinco **dedos** de **dilatação** e não tinha como **fazer** o parto, porque a respiração do **bebê** já estava bastante cansada. (Puérpera, Maternidade A)

Eu ia para a maternidade e voltava. Quando eu chegava lá, eles me mandavam caminhar, mas nada adiantava e eu voltava para **casa**. Quando chegou a sexta-feira, eu fui para a maternidade às 11h e me mandaram caminhar, mas eu não tinha **dilatação**, eu tinha bastante **contração**, mas não tinha **dilatação**. (Puérpera, Maternidade A)

As mulheres entrevistadas associam as experiências de sentir dor e ter contrações como sinais importantes do trabalho de parto e que as levam a procurar a maternidade.

Quando **chegou** umas 4h, eu voltei na maternidade e me deram um **soro** para passar um pouco a **dor**, mas eu não tinha **dilatação** ainda. Eu voltei para **casa** e passei o sábado inteiro com **dor, dor**. Eu agüentei até umas 23h e voltei para a maternidade. Eu cheguei lá com três **dedos** de **dilatação** e bastante **contração**, daí eles decidiram me internar. (Puérpera, Maternidade A)

A palavra “casa” é recorrente nessa classe e está associada ao termo “voltei”, indicando que o momento mais adequado para procurar a maternidade parece não ser claro para as mulheres. É comum as gestantes chegarem à instituição e, apesar de estarem sentindo dores e contrações, não serem internadas, pois ainda não têm a dilatação suficiente do colo de útero para que o parto aconteça. Nessas situações, a mulher tem que retornar para casa e aguardar o momento certo de procurar a maternidade. Muitas vezes é na própria maternidade que as mulheres recebem a orientação sobre sinais mais precisos da proximidade da hora do parto.

Na maternidade eles **fizeram** de tudo para aliviar a **dor**, me **colocaram** na bola, no cavalinho, **fizeram** de tudo para ser parto normal, pois até então, o bebê estava encaixado. (Puérpera, Maternidade B)

A palavra “fazer” e a palavra “colocaram” são recorrentes nessa classe e referem-se sobretudo aos procedimentos realizados pelos profissionais, conforme os relatos das mulheres, desde o momento que chegaram na maternidade até a hora do parto, seja por via vaginal ou por cesariana. Dessa forma, as mulheres que compõem essa classe relatam que na maternidade, os profissionais “fazem” o parto, assim como manobras para aliviar a dor, a anestesia, o toque, a cesariana, entre outros procedimentos. As mulheres assistidas também relataram que os profissionais “colocam” o soro, bem como comprimidos na vagina para induzir o parto e a mulher posicionada na bola suíça e no cavalinho para aliviar a dor. Portanto, percebe-se que, mesmo nas situações nas quais a mulher tem um papel mais ativo, como o ato de parir e de adotar medidas para o alívio da dor, elas se percebem desempenhando o papel mais passivo, enquanto atribuem aos profissionais o papel mais ativo.

Eu fui **colocada** para tomar **soro** porque a minha bolsa não tinha estourado. Eu **sentí** muita **dor**, eu gritava bastante e como a minha bolsa não estourava, eles a estouraram. (Puérpera, Maternidade A)

A palavra “soro” também tem uma ocorrência significativa nessa classe, ou seja, a utilização de ocitócitos para conduzir ou induzir o parto foi bastante referida por essas mulheres.

Eu **cheguei** lá na Maternidade B, **fizeram** o toque, mas eu estava com a mesma **dilatação**, só um centímetro. Eu voltei para **casa**, até que **começou** a me dar umas **dores** mais próximas umas das outras, e às 21h30, a bolsa estourou. (Puérpera, Maternidade B)

Os verbos “chegar”, “começar” e “ficar”, utilizados na primeira pessoa do singular e conjugados no passado também são recorrentes nessa classe e estão mais associados às ações em que o sujeito é a mulher. A análise das UCE revela que “cheguei” está associado “à maternidade”, enquanto “comecei” está associado a “sentir dor”, e “fiquei” ao tempo de espera da parturiente na maternidade até ter dilatação suficiente para parir ou para que a equipe de saúde decidisse realizar o parto cesáreo.

4.2.1.2 A Assistência (Classes 1 e 3)

As classes 1 e 3 estão agrupadas na ramificação “A Assistência”. Embora o conteúdo de ambas as classes tratem de aspectos relativos a forma como as mulheres percebem a assistência recebida na maternidade, a classe 1 trata principalmente dos aspectos positivos identificados pelas participantes, ao passo que a classe 3 trata dos aspectos que elas acreditam tornar ideal a assistência.

4.2.1.2.1 Aspectos Positivos da Assistência (Classe 1)

A classe 1 foi composta por 116 UCE, o que representa 17,5% do total. Observa-se que essa classe tem uma relativa importância para as mulheres solteiras, uma vez que 31,8% das UCE produzidas por elas foram classificadas aqui.

Tabela 11
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 1.

Palavra	Frequência	χ^2
Recebi	52	228,4
Assistência	52	116,5
Maternidade B	48	25,7
Ponto	46	181
Atendimento	39	83
Maternidade A	35	16,4
Gostei	33	63,9
Negativo	27	119,6
Positivo	25	109,5
Enfermeiras	19	11,9
Teve	18	19,8

A Tabela 11 apresenta as palavras/noções mais importantes da classe 1. A análise dessa classe revela que tais palavras estão relacionadas a como as mulheres

percebem a assistência recebida nas Maternidades A e B, sendo que a ênfase é dada aos seus aspectos positivos.

Eu **gostei** de ter o meu bebê na **Maternidade A**. Quanto aos **pontos** que eu achei mais **positivos** na **assistência** que eu **recebi** na **Maternidade A**, eu **gostei** de tudo, não tenho do que reclamar, foi tudo bem bom, para mim, para o bebê, eles atendem bem, eu **gostei**. (Puérpera, Maternidade A)

De maneira geral, as mulheres relataram ter gostado da assistência recebida em ambas as maternidades, e a análise das UCE revela que elas identificam mais aspectos positivos do que negativos na assistência recebida, independentemente da maternidade em que foram atendidas.

Quanto aos **pontos** que eu achei mais **positivos** na **assistência** que eu **recebi** na **Maternidade A**, eu não sei, eu acho que foi o **atendimento** mesmo, as pessoas foram bem atenciosas comigo. (Puérpera, Maternidade A)

O aspecto positivo da assistência mais citado pelas mulheres de ambas as maternidades foi a atenção recebida durante o período em que ficaram internadas. Entre as características da assistência que as mulheres relacionam com a atenção recebida na Maternidade A, foram encontradas: explicações fornecidas pelos médicos em linguagem acessível e também por outros profissionais; a presença constante de um profissional observando como a mãe e o bebê passavam; o tempo de permanência dos profissionais de saúde ao lado da parturiente; e a ajuda oferecida pela equipe no parto, para empurrar a barriga, por exemplo, pois a parturiente não tinha mais força. Na Maternidade B, os aspectos relacionados com a atenção foram: o fato de haver uma equipe grande de estagiários para acompanhar a parturiente; prontidão no atendimento quando algo era solicitado; ajuda da equipe de enfermagem para amamentar; preocupação demonstrada pelo profissional da enfermagem; atendimento ao bebê no alojamento conjunto; e acompanhamento intensivo no pós-operatório.

As **enfermeiras** tratam a gente muito bem, eu me senti em casa, elas cuidam bem da mãe e do bebê, elas nos tratavam super bem. Então o mais **positivo** da **assistência** que eu **recebi** na **Maternidade B** foi o **atendimento** antes e depois do parto. Não houve **ponto negativo** na **assistência** que eu **recebi na Maternidade B**, para mim foi tudo muito bom. (Puérpera, Maternidade B)

Ao falarem da sua experiência na maternidade, as mulheres se referem recorrentemente às profissionais identificadas por elas como enfermeiras, revelando que estas ocupam um papel muito importante na maneira como as mulheres percebem a assistência recebida nas maternidades investigadas. A palavra “enfermeiras” está

relacionada com o vocábulo “explicaram”, revelando que, entre as ações que essas profissionais executam, dar explicações é a que têm maior significado para as mulheres entrevistadas. Outros aspectos do atendimento oferecido pelas profissionais de enfermagem e identificados pelas mulheres como positivos são: ser atenciosa, dar explicações, tratar e cuidar bem, ser prestativa, dizer o que fazer, estar por perto oferecendo todo o cuidado e passar constantemente para ver como elas e o bebê estavam. Observou-se que, embora as mulheres atendidas nas duas maternidades tenham se referido aos aspectos positivos do atendimento dessas profissionais, aquelas atendidas na Maternidade B foram as que fizeram uma melhor avaliação do atendimento prestado pela equipe de enfermagem. Observou-se ainda que, apesar de os aspectos positivos do atendimento prestado pelas profissionais de enfermagem terem sido os mais citados, houve também, no relato das mulheres, algumas críticas ao seu atendimento, entre os quais podem ser identificados: atitude relapsa (Maternidade B); falta de acompanhamento às pacientes no plantão noturno; atendimento grosseiro, desrespeitoso e ruim durante o pré-parto; e atendimento grosseiro no pós-parto (Maternidade A).

Lá na **Maternidade B** era tudo certo na hora, a comida, os remédios. Para mim não houve **pontos negativos** na **assistência** que eu **recebi** na **Maternidade B**, foi tudo bem, tudo certo, eu não sou muito de reclamar. (Puerpera, Maternidade B)

De maneira geral, as mulheres atendidas em ambas as maternidades, em um primeiro momento, relataram não haver aspectos negativos na assistência recebida e não terem motivos para reclamações. Porém, uma investigação mais aprofundada das entrevistas mostrou que, no decorrer dos relatos, as mulheres foram identificando alguns desses aspectos mencionados anteriormente. Entre os aspectos negativos, aqueles relativos ao atendimento prestado por alguns profissionais de saúde foram os mais citados. Além dos já mencionados, outros desses aspectos foram: o fato de não ter sido permitido ao marido acompanhar o parto; orientações contraditórias quanto ao aleitamento materno; atendimento grosseiro no banco de leite; falta de atenção de alguns funcionários às solicitações da família no pré-parto; e falta de explicação sobre o que estava ocorrendo. Esses aspectos foram apontados pelas mulheres atendidas na Maternidade A.

Na Maternidade B, os aspectos negativos do atendimento dos profissionais relatados por algumas mulheres foram: falta de paciência e de humanidade do médico

que realizou a cesariana, por ter ficado falando de futebol durante o procedimento; falta de explicação de um pediatra sobre um problema ocorrido com o bebê; falta de delicadeza de uma médica ao realizar o exame vaginal; o longo período de tempo que os profissionais levaram para decidir realizar a cesariana; poucas orientações recebidas quanto ao aleitamento materno; o fato de os profissionais terem extraviado um exame do bebê e por isso quererem prolongar a sua internação; e falta de explicações de uma enfermeira sobre o que estava acontecendo. Outro aspecto negativo citado pelas mulheres assistidas na Maternidade B e que está relacionado à estrutura física da maternidade foi o fato de haver uma quantidade grande de pessoas em cada quarto no alojamento conjunto.

4.2.1.2.2 A Assistência Ideal (Classe 3)

A classe 3 foi composta por 42 UCE, representando apenas 6,3% do total, e não está associada de maneira importante a variável alguma. Houve duas palavras significativamente associadas à classe 3: “assistência”, que ocorreu com uma frequência de 29 vezes ($\chi^2 = 117,1$), “ideal”, com uma frequência de 28 vezes ($\chi^2 = 281,8$). Essas palavras estão relacionadas aos aspectos que as mulheres acreditam tornar uma assistência ideal.

A **assistência ideal**, para mim, seria chegar na maternidade e eles perguntarem quais os sintomas que a gente está sentindo, dar aquela atenção, porque naquela hora a mulher está carente e fragilizada, então tem que dar uma atenção. (Puerpera, Maternidade A)

O tipo de relação que os profissionais estabelecem com as pacientes é o aspecto da assistência ideal mais referido pelas mulheres entrevistadas. Embora a palavra “atenção” não tenha tido uma ocorrência mínima para ser classificada entre as mais significativas dessa classe, sua ocorrência (8 vezes) foi importante para compreender que esse fator tem uma importância considerável no tipo de relação que deve ser estabelecida com os profissionais de saúde, segundo a visão das mulheres. Outros aspectos associados à qualidade da relação com os profissionais de saúde e que comporiam uma assistência ideal, na opinião das mulheres entrevistadas são: atendimento exclusivo, carinho, paciência, cuidado, explicações, orientações, amor, diálogo, prestatividade, atendimento humanizado e serem “olhadas no olho”.

A **assistência ideal** é aquela em que pode entrar o acompanhante, em que as pessoas são sempre bem queridas e não são grosseiras. (Puerpera, Maternidade B)

Embora a palavra “acompanhante” também não tenha tido uma ocorrência mínima para ser classificada entre as mais significativas dessa classe, sua ocorrência (12 vezes) foi importante para compreender que, para as mulheres entrevistadas, permitir a presença do acompanhante tem um papel importante na qualidade da assistência.

Eu acho que numa **assistência ideal**, a cadeira onde o acompanhante fica poderia ser mais macia, o meu marido ficou os três dias sentado naquela cadeira e ficou todo “descadeirado”. (Puérpera, Maternidade A)

Além de considerarem importante a entrada do acompanhante, as mulheres expressaram que, em uma assistência ideal, deveria haver condições para que ele permanecesse na maternidade com mais conforto e, de fato, pudesse acompanhar o parto em todos os momentos, como por exemplo, ter roupa hospitalar em quantidade suficiente para que ele pudesse entrar no centro obstétrico. As mulheres expressaram também que não deveria haver restrição à presença do acompanhante no parto cesáreo, como ocorre na Maternidade A.

4.2.2 Análise da Relação Estabelecida entre Profissionais de Saúde e Parturientes Segundo as Mulheres Assistidas

O *corpus* “Relação Profissional-Parturiente” foi dividido em 371 UCE, e a dupla classificação hierárquica descendente levou em consideração 278 UCE, ou seja, 74,9% do total, o que demonstra haver estabilidade nessa análise. Houve nesse *corpus* um total de 16.482 ocorrência de palavras e 1.934 formas distintas, revelando uma média de 9 ocorrências por palavra. Para a análise que se segue, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior a uma vez e meia o valor da média, ou seja, $14 \text{ e } \chi^2 \geq 3,84$.

A Figura 4 representa o resultado da classificação hierárquica descendente e ilustra a relação entre as classes encontradas pelo programa. Num primeiro momento, o *corpus 2* foi dividido em dois *subcorpora*: de um lado aquele que originou as classes 1 e 6, e de outro, aquele que originou as classes 2, 4, 3 e 5. No momento posterior, essa segunda ramificação foi dividida em outros dois *subcorpora*, aquele que originou as classes 2 e 4 de um lado, e o responsável pelas classes 3 e 5 de outro.

Dessa forma, observa-se uma relação de proximidade entre as classes 1 e 6, as quais diferenciam-se das demais classes. Porém, a análise da classe 1 mostrou que ela não é relevante para compreender as representações sociais da assistência ao parto do grupo de mulheres, uma vez que seu conteúdo gira, principalmente, em torno do relato

de duas mulheres e considerá-la representaria um viés indesejável na análise. Há também uma relação de semelhança entre as classes 2 e 4 e entre as classes 3 e 5, ramificações que se diferenciam entre si. Porém, observou-se também que o conteúdo da classe 3 está relacionado a particularidades no relato das mulheres e que não puderam ser agrupadas em outra classe e, portanto, ela também não será considerada na análise das representações sociais do grupo de mulheres.

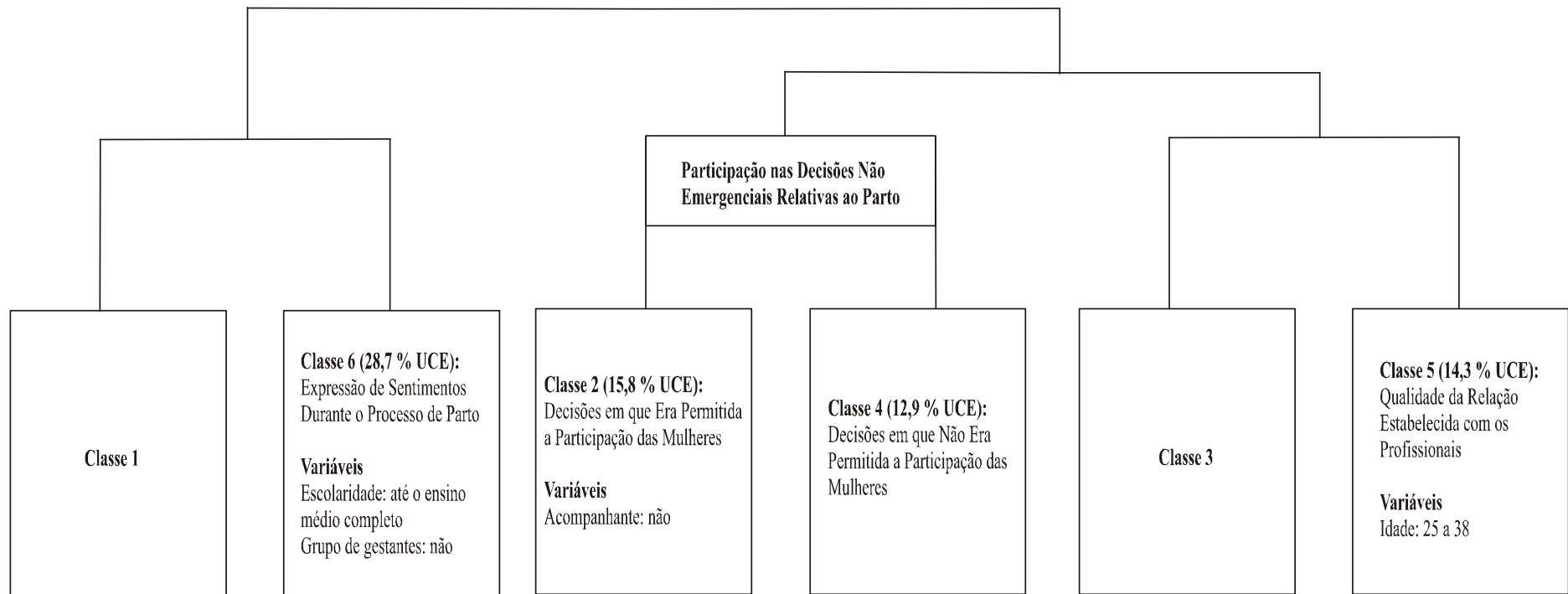


Figura 4 Classificação Hierárquica Descendente das Respostas do Grupo de Mulheres Assistidas sobre a Relação Profissional-Parturiente

4.2.2.1 Expressão de Sentimentos Durante o Processo de Parto (Classe 6)

Essa classe foi a que concentrou o maior número de UCE (80 UCE, ou 28,7% do total). Contribuíram para essa classe principalmente as UCE produzidas por mulheres com escolaridade até o ensino médio completo e que não participaram de grupo de gestantes.

Tabela 12

Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 6.

Palavra	Frequência	χ^2
Sentindo	35	34
Parto	34	5,2
Dor	30	4,7
Hora	30	11
Fazer	30	4,5
Vontade	27	54,5
Gritar	23	57,6
Chorar	22	15,6
Mulher	16	18,4
Fiz	14	11,2

A Tabela 12 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 6, as quais expressam conteúdos relacionados ao que as mulheres revelaram ter sentido vontade de fazer na maternidade nos momentos anteriores ao parto e na hora do parto, assim como ao quanto se sentiram livres para expressar seus sentimentos. Essas palavras podem ser identificadas nas UCE características dessa classe, conforme os exemplos apresentados a seguir.

Na **hora** da **dor** nem tu sabes o que tu **sentes** e o que dá **vontade** de **fazer**. Ao mesmo tempo que dá **vontade** de **chorar**, dá **vontade** de ficar bem quieta, toda encolhida. (Puérpera, Maternidade A)

Como se pode constatar no trecho acima, ao contarem o seu parto, a experiência de sentir dor foi muito referida pelas mulheres entrevistadas, e a forma mais comum de reagir à dor mencionada foi chorar. Outras formas de reagir citadas foram: ficar quieta, ficar encolhida, dar soco na parede, gemer, morder a camisola, pedir ajuda ao acompanhante, querer ir embora, se desesperar e pedir ajuda a Deus.

Sim, eu me **sentí** à **vontade** para expressar o que eu estava **sentindo** na **hora** do parto, pois na **hora** da **dor**, mesmo que tu queiras te controlar, tu não consegues. Se eu **sentia dor**, eu dizia, eu

gemia, **chorava**, ficava desesperada, ou chamava a minha mãe ou alguém que estava por perto. (Puérpera, Maternidade B)

A maioria das mulheres entrevistadas relatou ter se sentindo à vontade na maternidade para expressar o que estava sentindo durante o período de pré-parto e parto.

Quanto a **gritar**, por mais que eu tivesse **vontade**, eu fiquei com vergonha, eu acho tão escandaloso, então eu me segurei nessa parte. (Puérpera, Maternidade A)

A palavra “gritar” é recorrente nessa classe e está relacionada à idéia de que, embora algumas mulheres admitam ter sentido vontade de gritar na hora do parto, não o fizeram. Essa palavra está associada à “escândalo”, revelando que, na concepção dessas mulheres, “gritar” equivale a “fazer escândalo”.

A minha **dor** não era tão grande, de repente, a dessa **mulher** que **gritava** era bem maior e ela **sentiu vontade** de **gritar**. Eu não precisei **gritar**, mas na maternidade eles criticam quem **grita**, a minha avó já tinha me falado isso, já faz um tempo que ela teve filho, mas ela falou que a trataram mal na maternidade porque ela **gritou**. (Puérpera, Maternidade B)

Algumas mulheres revelaram que em casa haviam sido advertidas por outras pessoas da família, como mãe, tia, avó e irmãs, para não gritar na maternidade quando sentissem dor, pois de acordo com essas familiares, nas maternidades os profissionais criticam e tratam mal as mulheres que gritam. Outros motivos citados para não gritar foram: o pensamento de que esse comportamento não iria resolver nada, o desejo de esconder o que estava se passando, o medo de não receber atenção, vergonha, além do fato de esse comportamento ser considerado horrível pelas participantes.

4.2.2.2 Participação nas Decisões não Emergenciais Relativas ao Parto (Classes 2 e 4)

As classes 2 e 4 fazem parte da ramificação denominada “Participação nas Decisões não Emergenciais Relativas ao Parto” e expressam conteúdos relacionados a forma como as mulheres percebem o seu envolvimento pelos profissionais neste tipo de decisão. Porém, essas classes diferenciam-se entre si na medida em que o conteúdo da classe 2 está relacionado a decisões mais simples, nas quais, de acordo com os relatos, era permitida a sua participação em ambas as maternidades investigadas. A classe 4, por sua vez, está associada a decisões mais complexas, das quais, segundo a maioria das mulheres, os profissionais não permitiram que participassem. Na classe 4, observa-se também uma visível diferença entre as Maternidades A e B, uma vez que a grande

maioria das mulheres que relatou não ter sido envolvida nas decisões não emergenciais do seu parto foi atendida na Maternidade A.

4.2.2.2.1 Decisões em que Era Permitida a Participação das Mulheres (Classe 2)

Essa classe foi composta por 44 UCE, o que representa 15,8% do total. Contribuíram para sua composição principalmente as UCE produzidas por mulheres que não tiveram acompanhante na hora do parto.

Tabela 13
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 2.

Palavra	Frequência	χ^2
Fazer	22	11,9
Ficar	22	11
Poderia	15	9,1
Queria	15	8,6
Disse	14	6,7

A Tabela 13 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 2, cuja análise revela a expressão de conteúdos relacionados a algumas possibilidades de escolha oferecidas a elas na maternidade durante o trabalho de parto e parto, segundo seus relatos. Essas palavras podem ser identificadas nas UCE que compõem essa classe, como se constata nos exemplos citados a seguir.

Os profissionais da Maternidade B também me deixaram bastante à **vontade** para escolher se eu **queria ficar** andando ou se **queria ficar** deitada. Eu **poderia fazer** o que eu quisesse lá dentro. (Puerpera, Maternidade B)

Entre as possibilidades de escolha oferecidas a elas nas maternidades, conforme relataram, e encontradas nessa classe, encontram-se: a posição para permanecer durante o período pré-parto, ou seja, ficar sentada, deitada, em pé ou caminhando; tomar banho ou não; sentar na bola suíça ou não; e usar ou não o cavalinho.

4.2.2.2.2 Decisões em que Não Era Permitida a Participação das Mulheres (Classe 4)

A classe 4 foi composta por 36 UCE, representando 12,9 % do total. Essa classe não está relacionada significativamente a nenhuma variável.

Tabela 14
 Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 4.

Palavra	Frequência	χ^2
Parto	28	38,9
Decisões	24	128,6
Participei	23	152,2
Emergenciais	19	128,7

A Tabela 14 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 4, as quais expressam conteúdos relacionados a como as mulheres perceberam o envolvimento delas pelos profissionais nas decisões não emergenciais mais complexas que dizem respeito ao parto. Essas palavras podem ser identificadas nas UCE que caracterizam essa classe, conforme apresentado a seguir.

Quanto a **participar** das **decisões** não **emergenciais** sobre o meu **parto**, em momento algum eles me perguntaram nada. (Puérpera, Maternidade A)

Embora tenham ocorrido relatos tanto de mulheres que se sentiram envolvidas nas decisões não emergenciais do seu parto, quanto de mulheres que não se sentiram envolvidas, houve uma prevalência desse último grupo entre as mulheres da classe 4.

Se eu fosse escolher o **parto** de cócoras, tinha duas cadeiras para eu escolher. Eles me mostraram onde ficaria o bebê, me mostraram tudo e perguntaram qual **parto** que eu queria, qual sala, qual cadeira, de tudo isso eles me deixaram **participar**. (Puérpera, Maternidade B)

Observou-se que a maior parte das mulheres que relatou ter sido envolvida nas decisões foi atendida na Maternidade B. Entre as decisões citadas, estão: escolher a sala em que o parto ocorreria, a posição de parir e o tipo de cadeira do parto de cócoras.

Eu acho que eu não **participei** das **decisões** não **emergenciais** sobre o meu **parto**. Eu sei que existem outros tipos de **parto**, como **parto** de cócoras, e eu acho que eles deviam ter perguntado que tipo de **parto** eu queria, se eu queria fazer a raspagem ou não. (Puérpera, Maternidade A)

Por outro lado, a grande maioria das mulheres que relatou não ter sido envolvida nas decisões não emergenciais do parto foi atendida na Maternidade A, sendo que apenas uma delas relatou ter sido envolvida nas decisões. Entre as decisões das quais elas gostariam de ter participado estão: posição de parir, realizar ou não a episiotomia, o enema, a tricotomia e utilizar ou não o soro com ocitócitos.

4.2.2.3 Qualidade da Relação Estabelecida com os Profissionais (Classe 5)

A classe 5 foi composta por 40 UCE, o que representa 14,3% do total. Contribuíram para esta classe principalmente as mulheres com idade entre 25 e 38 anos.

Tabela 15
Distribuição da Frequência de Palavras Associadas Significativamente à Classe 5.

Palavra	Frequência	χ^2
Pessoas	23	101,3
Enfermeira	20	36,4
Convivência	19	100,4
Trabalham	16	54,8
Boa	15	74,2

A Tabela 15 apresenta as palavras mais importantes associadas à classe 5. Sua análise revela que essas palavras estão relacionadas à maneira como as mulheres percebem a convivência com os profissionais durante sua permanência na maternidade.

A minha **convivência** com as **pessoas** que **trabalham** na Maternidade A foi **boa**. Eu fiquei lá três dias, fui na segunda-feira e saí na quarta-feira. Eles são bons, atendem bem a gente. (Puerpera, Maternidade A)

Conforme se pode observar no exemplo acima, de maneira geral, as mulheres atendidas em ambas as maternidades percebem a convivência que tiveram com os profissionais como boa, devido aos seguintes fatores: não ter havido conflitos com a equipe, o clima de diversão e brincadeira na relação com os profissionais, conversas estabelecidas com a equipe, além de alguns comportamentos dos profissionais, como tratá-las bem, verificar se precisavam de alguma coisa, ser paciente, dar apoio, tratar com carinho, dar orientações sobre como cuidar do bebê e delas próprias, cuidar bem do bebê, dar explicações, ser simpático e passar para ver como elas estavam. Outros fatores associados a uma boa convivência foram alguns cuidados da equipe de enfermagem, como cuidar do bebê para a mulher comer, trocar a comida quando ela não gostava, trazer água para beber, dar atenção e ajudar a tomar banho.

A **convivência** com as **pessoas** que **trabalham** na Maternidade A, de maneira geral, foi **boa**, tirando aquela funcionária que me deixou com a roupa de cama suja e a outra que me disse que o máximo que poderia acontecer seria eu ganhar o bebê na cama. (Puerpera, Maternidade A)

Observou-se que, mesmo nas situações em que houve problemas na relação estabelecida com alguns profissionais de saúde, as mulheres perceberam a convivência como boa.

O tratamento das **enfermeiras** na Maternidade B era muito bom. Às vezes elas ficavam com o bebê quando ele estava chorando para eu comer, elas tinham essa paciência. Às vezes, eu reclamava que a comida não estava como eu gostava e as **enfermeiras** trocavam. À noite, se faltava água para beber, as **enfermeiras** traziam. (Puérpera, Maternidade B)

A palavra “enfermeiras” foi recorrente nessa classe, revelando que ao falar da convivência com o pessoal da maternidade, as profissionais da equipe de enfermagem são as mais citadas.

Eu quase pulei na **enfermeira** e disse: “pelo amor de Deus, o que é isso? Tu estás enfiando a água goela a baixo e a criança está se afogando.” Esse acontecimento foi uma exceção, entre outras coisas assim, mas fora isso, a minha **convivência** com as **pessoas** que **trabalham** lá na Maternidade B foi **boa**. (Puérpera, Maternidade B)

Embora os aspectos positivos da relação com as enfermeiras sejam os mais citados, alguns problemas na relação com essas profissionais também aparecem nessa classe.

4.3 Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B

Essa análise é referente a uma questão feita aos profissionais e às mulheres assistidas e que, pela sua natureza, não pôde ser analisada pelo programa ALCESTE. Essa questão indagava os profissionais sobre a utilização rotineira ou não de alguns procedimentos técnicos na sua prática de assistência, os quais são: utilização da ocitocina para correção da dinâmica do trabalho de parto, do enema, da tricotomia e da episiotomia.

Por sua vez, as mulheres assistidas nas duas maternidades investigadas foram indagadas se foram ou não submetidas aos procedimentos já mencionados, e as respostas dos dois grupos foram comparadas.

Além disso, os profissionais que informavam adotar um desses procedimentos de forma rotineira, no caso o enema, eram indagados sobre a sua opinião acerca da classificação dessa prática pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) na categoria B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal), conforme exposto no item 1.3.

4.3.1 Análise do Grupo dos Profissionais de Saúde

A Tabela 14 é o resultado da análise das respostas dos profissionais sobre a utilização das práticas de assistência acima especificadas. O critério adotado para classificar a utilização de uma prática como “rotineira” foi o fato de todos os profissionais terem respondido que a adotavam com todas as pacientes, ao passo que o critério usado para classificar a utilização de uma prática como “não rotineira” foi o fato de ao menos um profissional ter respondido que não a adotava com todas as suas pacientes.

Tabela 16

Utilização de algumas práticas de assistência nas Maternidades A e B, segundo os profissionais entrevistados.

Práticas de Assistência	Maternidade A	Maternidade B
Correção da dinâmica do trabalho de parto com ocitocina	Não Rotineira	Não rotineira
Enema	Rotineira	Não rotineira
Tricotomia	Rotineira	Não rotineira
Episiotomia	Não rotineira	Não rotineira

As respostas do grupo de profissionais da Maternidade A, conforme especificado na Tabela 16, indicam que as práticas de assistência denominadas enema e tricotomia fazem parte da rotina de assistência dessa instituição. Por outro lado, a utilização da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto e a realização da episiotomia, segundo o relato destes profissionais, não fazem parte da rotina e seu uso segue algumas indicações técnicas específicas a cada caso.

Ao falar do uso da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto, os profissionais da Maternidade A afirmaram adotá-lo quando se avalia que há demora no seu transcorrer, quando se quer encurtar a sua duração, quando as contrações uterinas são irregulares e se deseja torná-las regulares, quando estas não são boas, quando a

paciente é internada no início do trabalho de parto e têm pouca dilatação do colo do útero, quando as contrações uterinas não são adequadas ou insuficientes para que o parto ocorra.

Quanto à episiotomia, houve uma variedade de situações citadas pelos profissionais da Maternidade A nas quais esse procedimento é utilizado: em todas as pacientes que estão tendo o primeiro filho, quando se percebe que haverá laceração do períneo se ele não for cortado, quando o períneo “não é bom”, ou quando a paciente não tem períneo “distensível”.

Conforme especificado na Tabela 16, segundo o relato dos profissionais da Maternidade B, nenhuma das práticas investigadas é utilizada de forma rotineira. Ao falar sobre elas, os profissionais mencionaram que o uso da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto ocorre nas seguintes situações: contrações uterinas fracas ou muito espaçadas e quando na sala de parto essas contrações cessam.

Já o enema, de acordo com esses profissionais, só é utilizado quando há uma indicação técnica precisa, como os casos em que a ampola retal está excessivamente cheia podendo dificultar a passagem do bebê, ou quando a própria paciente o solicita explicitamente.

Quanto à tricotomia, os profissionais relataram que esse procedimento não faz parte da rotina da Maternidade B e só é utilizada nos casos em que a paciente será submetida à cesariana (tricotomia do púbis), ou durante o parto, quando se verifica que o tamanho dos pêlos poderá atrapalhar a sutura dos pontos. Nesses casos, é feito o corte dos pêlos próximos ao períneo com tesoura.

Com relação à episiotomia, as situações em que ela é utilizada, segundo os profissionais entrevistados, foram: período de parto prolongado; quando a paciente está cansada e não consegue mais fazer força para o bebê nascer; quando a paciente tem uma musculatura muito resistente, rígida ou tensa que dificulta a saída do bebê; quando o períneo é muito curto; quando há alterações no batimento cardíaco do bebê, nos casos em que há sofrimento fetal; quando o bebê está muito tempo preso no canal de parto; ou quando o bebê é muito grande.

Portanto, a análise dos dados coletados sugere que existem diferenças importantes quanto à utilização das práticas de assistência supracitadas nas rotinas das Maternidades A e B. Enquanto esta parece não adotar nenhuma das práticas investigadas de forma rotineira, aquela, por sua vez, parece adotar duas dessas práticas rotineiramente, o enema e a tricotomia.

Conforme já mencionado, investigou-se a opinião dos profissionais sobre a classificação do enema pela OMS na Categoria B, a qual agrupa as práticas consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas da assistência. Como somente os profissionais da Maternidade A referiram o uso rotineiro deste procedimento, apenas esse grupo será considerado nesta parte da análise.

Tem momentos corretos de fazer o enema e tem momentos que não há necessidade e que vai ser até prejudicial, então eu acho que esta norma da OMS está meio abrangente...Quando a paciente faz força para ganhar o bebê, ela evacua e contamina tudo, contamina o bebê...O enema só é ineficaz ou prejudicial quando é feito na hora errada...Eu acho que esta norma da OMS está errada. O enema só é ineficaz quando é feito acima de 7 ou 8 cm de dilatação, abaixo disso não é porque a paciente vai ter condições de ir no banheiro...Eu não sei por que não fazer o enema, eu não sei o mal disso...Há muitas pacientes que fazem o enema e evacuam também. (Médico, Maternidade A)

Conforme exemplificado no trecho acima, de maneira geral, ao serem questionados sobre o assunto, os profissionais da Maternidade A apontaram razões que justificariam o uso do enema. Dessa forma, o risco de contaminação da episiotomia para a mulher ou para o próprio bebê foi mencionado cinco vezes pelos profissionais entrevistados.

Outra razão mencionada na mesma proporção foi o conforto da mulher, na medida em que, na opinião dos profissionais, o enema evitaria que ela ficasse constrangida por evacuar na hora do parto e ainda que ela parasse de fazer força por medo de evacuar.

Eu sei que há trabalhos que não provam o benefício do enema, mas eu sou favorável ao seu uso. O parto sem enema é um parto muito sujo e este já é um motivo suficiente para fazer este procedimento. (Médica, Maternidade A)

A referência a estudos sobre o tema foi citada em quatro ocasiões, sendo que um profissional revelou desconhecê-los, outro reconheceu que, embora não haja trabalhos que provem o seu benefício, era favorável ao seu uso, um relatou que já que não havia estudos mostrando o seu malefício, a decisão deveria ficar a critério do médico e, por fim, outro ainda expressou a opinião de que não há um consenso na ciência sobre o seu uso.

A opinião de que o enema só seria prejudicial ou ineficaz caso fosse realizado no momento errado do trabalho de parto foi citada três vezes. Um profissional expressou a opinião de que talvez não fosse tão necessário realizar o enema, e dois reconheceram que mesmo fazendo este procedimento as mulheres às vezes evacuam na hora do parto.

Dois profissionais expressaram também a opinião de que realizam o enema por não encontrar razões para não utilizá-lo.

Outros motivos citados para se recorrer a essa prática de assistência foram: evitar a liberação de fezes na hora do parto, o costume de fazer, porque se o profissional estivesse no lugar da paciente gostaria de ser submetido ao procedimento, por causa do cheiro que ficaria na sala de parto se não fosse realizado o enema, porque o parto sem enema é “muito sujo”. Além disso, um profissional expressou a opinião de que o enema seria ineficaz por responsabilidade da mulher, caso ela fosse ao banheiro evacuar logo após a realização do procedimento.

Dessa forma, observou-se que, apesar de haver uma orientação da OMS apoiada em evidências científicas atuais que condena o uso rotineiro do enema, essa prática faz parte da rotina de assistência da Maternidade A, e os profissionais que lá trabalham identificam uma série de razões que justificariam essa conduta.

4.3.2 Análise do Grupo das Mulheres Assistidas

A Tabela 17 apresenta a frequência com que as mulheres assistidas nas Maternidades A e B foram submetidas às práticas de assistência sobre as quais os profissionais foram indagados anteriormente, conforme os relatos destas.

Tabela 17

Distribuição da Frequência de Mulheres Atendidas nas Maternidades A e B que Relataram Ter Sido Submetidas às Práticas de Assistência Investigadas

Prática de Assistência	Maternidade A				Maternidade B			
	Sim	Não	Não se aplica	Não soube informar	Sim	Não	Não se aplica	Não soube informar
Uso da Ocitocina para conduzir o parto	8	0	2	0	2	3	4	1
Enema	10	0	0	0	0	10	0	0
Tricotomia	10	0	0	0	7	3	0	0
Episiotomia	6	1	3	0	0	3	7	0

Conforme se pode observar, com relação à utilização da ocitocina para corrigir a dinâmica do parto, na Maternidade A, oito entre as 10 mulheres entrevistadas indicaram o uso desse procedimento. As informações das outras duas mulheres foram incluídas na categoria “não se aplica”, pois uma relatou ter sido submetida ao procedimento de indução do parto por meio de soro, e outra informou que, tão logo foi internada na maternidade, foi encaminhada para realizar o parto cesáreo. Na Maternidade B, duas entre as 10 mulheres entrevistadas relataram o uso da ocitocina para corrigir a dinâmica do parto, enquanto três informaram não ter sido submetidas a esse procedimento. Quanto às informações fornecidas pelas outras cinco mulheres, quatro foram incluídas na categoria “não se aplica” porque duas das informantes relataram ter sido submetidas ao procedimento de indução do parto por meio de soro, ao passo que as outras duas informaram ter sido submetidas à indução do parto por meio de comprimidos. Por fim, as informações de uma das 10 mulheres foram incluídas na categoria “não soube informar” por motivos óbvios.

Quanto ao enema, enquanto na Maternidade A todas as mulheres assistidas relataram ter sido submetidas a esse procedimento, conforme se pode observar na Tabela 17, na Maternidade B, nenhuma das 10 mulheres entrevistadas relatou o seu uso. Com relação à tricotomia, na Maternidade A, da mesma forma, todas as mulheres relataram ter passado por esse procedimento, enquanto na Maternidade B, segundo os dados fornecidos pelas mulheres assistidas, o referido procedimento foi realizado de forma parcial somente naquelas que realizaram cesariana (N = 7). Quanto à episiotomia, na Maternidade A, seis entre as sete mulheres que tiveram partos normais mencionaram a realização dessa prática de assistência. Na Maternidade B, nenhuma entre as três mulheres que tiveram partos normais relatou a realização desse procedimento.

Portanto, a análise dos dados aponta mais uma vez para a existência de diferenças consideráveis na utilização das práticas de assistência investigadas nas Maternidades A e B. Assim, observou-se que, na Maternidade A, segundo as mulheres entrevistadas, o enema e a tricotomia foram práticas adotadas com todas as parturientes e, embora a utilização da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto e da episiotomia não tenha sido rotineira, os dados sugerem que ela foi muito comum.

Na Maternidade B, apesar do fato de sete entre as 10 mulheres escolhidas aleatoriamente para participar da pesquisa terem sido submetidas à cesariana, o que prejudicou em parte a análise das referidas práticas de assistência nessa maternidade, os dados sugerem que a sua utilização é pouco comum nessa instituição.

É importante destacar, no tocante à realização da cesariana na Maternidade B, segundo dados fornecidos pela Instituição, que o percentual de cesarianas no ano de 2004, período em que foi realizada a pesquisa, atingiu 37,4%. Portanto, a proporção de sete cesarianas em 10 partos encontrada entre as participantes da pesquisa que tiveram bebê nessa Maternidade pode ser atribuída ao acaso, não correspondendo à realidade dessa Instituição. Na Maternidade A, no mesmo período, o percentual de cesarianas foi de 41%. Vale também ressaltar que dados foram solicitados à direção das duas maternidades quanto à utilização das práticas de assistência investigadas, porém ambas as instituições informaram não dispor desses dados de forma compilada.

4.3.3 Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B Segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas – Uma Análise Comparativa

Comparando os dados obtidos a partir do grupo dos profissionais e do grupo das mulheres assistidas, observou-se uma correspondência entre o que os grupos referentes à Maternidade A informaram com relação à utilização rotineira do enema e da tricotomia.

Por outro lado, foi possível notar que, embora os profissionais da Maternidade A tenham informado que o uso da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto não seja rotineiro em sua prática de assistência, mas em casos específicos como os já citados anteriormente, oito entre as 10 mulheres entrevistadas mencionaram o uso desse recurso. Vale lembrar que, com relação às outras duas participantes, uma informou ter feito uso da ocitocina para induzir a dinâmica do trabalho de parto, e a outra informou que, ao ser examinada no setor de admissão da Maternidade A, foi encaminhada diretamente para realizar a cesariana, pois seu bebê encontrava-se em sofrimento.

Outro dado que chama a atenção é que, embora os profissionais da Maternidade A também tenham informado que a episiotomia não seja uma prática da rotina de assistência, ela foi realizada em seis das sete mulheres que tiveram parto normal, sendo que uma das sete mulheres informou que teve uma laceração espontânea e, por isso, acredita que não tenha havido tempo hábil para realizar o procedimento.

Com relação à Maternidade B, comparando os dados obtidos do grupo dos profissionais e do grupo das mulheres assistidas, observou-se haver uma correspondência entre o que cada um deles informou no que concerne à utilização das

práticas investigadas. Dessa forma, nenhuma das mulheres entrevistadas informou ter sido submetida ao enema. Quanto à tricotomia, sete das 10 mulheres entrevistadas informaram ter sido submetidas à tricotomia do púbis. Vale lembrar que estas foram as mulheres que realizaram cesariana, o que confirma a informação dos profissionais de que uma das situações em que essa prática é adotada são os casos de cesariana. Por sua vez, as outras três mulheres que tiveram partos normais afirmaram não ter sido submetidas a essa prática. Com relação à episiotomia, as três mulheres que tiveram partos normais informaram não ter sido submetidas a esse procedimento, o que também está de acordo com as informações obtidas no grupo dos profissionais.

Portanto, a análise dos dados coletados sugere que, com relação à Maternidade A, há uma correspondência entre os dados fornecidos pelos grupos dos profissionais e das mulheres assistidas no que diz respeito à utilização rotineira da tricotomia e do enema, por um lado, e um descompasso entre as informações fornecidas pelos dois grupos quanto ao uso da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto e da episiotomia. Já na Maternidade B, observou-se uma correspondência entre as informações fornecidas pelos dois grupos com relação a todas as práticas investigadas.

5 Discussão dos Resultados

Neste capítulo, são discutidos os dados extraídos dos quatro *corpora* que compuseram a pesquisa, dois produzidos pelos profissionais de saúde e outros dois produzidos pelas mulheres assistidas, conforme apresentado no capítulo anterior. Também é apresentada a discussão dos dados referentes à utilização de algumas práticas de assistência nas Maternidades A e B segundo os dois grupos estudados.

5.1 A Assistência ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde

A partir da análise do *corpus* “Assistência ao Parto” produzido pelo grupo dos profissionais de saúde, pôde-se perceber alguns elementos que indicam dois tipos diferentes de representações sociais sobre a assistência ao parto.

De um lado, encontraram-se indicadores textuais de representações sociais produzidos principalmente pelos profissionais que trabalham na Maternidade B, pela categoria das enfermeiras obstetras e por profissionais com idade entre 37 e 49 anos (*corpus* 1-classe 2). Esses indicadores apontam para uma forma de pensar a assistência identificada com o ideário da humanização do parto que compõe a filosofia da Maternidade B, sendo que de acordo com essa concepção, grande importância é dada à presença do acompanhante e também à participação da enfermeira obstetra no processo de parto. Na ótica dos profissionais que compartilham dessas noções de representações sociais, a atuação das enfermeiras obstetras está ligada a uma postura profissional mais relacionada ao cuidado e menos relacionada à intervenção no nascimento, característica que ajudaria a compor a assistência humanizada. Além desses aspectos, a atitude que procura incentivar a participação ativa da mulher no nascimento do seu filho é outra característica importante da assistência humanizada referida por esses profissionais de saúde.

Porém, observou-se que, embora os profissionais que compartilham dessa visão da assistência se identifiquem com a filosofia de atendimento da Maternidade B, a qual preconiza a humanização do parto, eles próprios reconhecem que, na prática, essa proposta não foi absorvida por todos os que lá trabalham. Eles percebem haver divergências importantes na maneira de pensar a assistência na Maternidade B, o que acaba levando a uma falta de homogeneidade em relação a algumas condutas e gerando atritos dentro da equipe.

Os dados coletados permitem constatar que os profissionais que trabalham na Maternidade B, sobretudo as enfermeiras obstetras, encontram-se mais identificados com um modelo de assistência que se contrapõe ao modelo hegemônico de atenção ao parto e se aproxima mais daquele proposto pelo Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Observou-se que a identificação com esse modelo tem sido um processo gradual que vem ocorrendo desde a inauguração da Maternidade B, há cerca de 10 anos, e que ainda não está consolidado, conforme se pôde observar pelas divergências na maneira de pensar a assistência dentro da instituição apontadas por esses profissionais. Um dos fatores responsáveis por essas divergências parece ser o fato de a maioria dos profissionais que lá trabalham ter sido formada dentro do modelo medicalizado de assistência, conforme relatos realizados durante as entrevistas.

Apesar da resistência que os próprios profissionais relataram ter apresentado quando ingressaram na Maternidade B e se depararam com uma proposta diferenciada de atenção ao parto implantada pela direção da Instituição, as informações coletadas nas entrevistas vieram a corroborar a idéia de que as mudanças nas práticas alteram as representações sociais de grupos sociais (Andrade, 1998 & Rouquette, 1998). Nesse sentido, o exemplo mais emblemático dessa mudança parece ser a percepção dos profissionais de saúde quanto à importância da presença do acompanhante no parto, prática que encontrou muitas resistências no início de sua implantação em ambas as maternidades investigadas, conforme relato dos profissionais, e que atualmente é vista por eles como um dos aspectos mais positivos da assistência. Ratto (2001), em pesquisa realizada na Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, também identificou que, a despeito da resistência que muitos profissionais apresentaram quanto à presença do acompanhante no parto no início da implantação dessa prática, esse aspecto foi referido por eles como a experiência mais importante da proposta de humanização da assistência ao parto naquela instituição.

A análise dos dados permitiu observar também, que ao se identificar com a proposta de humanização da atenção ao parto, os profissionais da Maternidade B privilegiam alguns sentidos dessa abordagem, conforme as definições encontradas por Diniz (2005). Um desses sentidos é aquele que defende um redimensionamento dos papéis e poderes na assistência ao parto, o que inclui o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião obstetra para a enfermeira obstetrix. Outro sentido atribuído à humanização pelos profissionais da Maternidade B, e que aparece em destaque nas entrevistas, é o que confere legitimidade

à participação da parturiente nas decisões sobre o seu parto, incluindo poder contar com a presença de um acompanhante de sua escolha na assistência.

Por outro lado, encontraram-se indicadores textuais de representações sociais produzidos principalmente pelos profissionais que trabalham na Maternidade A e pela categoria dos médicos com idade entre 24 e 36 anos (*corpus* 1-classes 4 e 1). Esses indicadores parecem apontar para uma visão medicalizada da assistência ao parto, ou seja, que atribui ao médico a função principal no momento do parto, enquanto que à mulher é atribuído um papel mais passivo. Nesse sentido, encontraram-se, de forma marcante nesse grupo, noções que apontam para a idéia de que cabe ao médico “fazer” coisas durante o processo de parto, como o próprio parto e uma série de práticas de assistência, como, por exemplo, a episiotomia, a prescrição do enema e da tricotomia. Em alguns momentos, os próprios profissionais reconhecem realizar algumas dessas práticas, como por exemplo, a episiotomia, por sentimentos como medo e insegurança e não por uma indicação técnica sustentada pela ciência.

A análise dos dados também parece indicar que outro papel atribuído à categoria pelos próprios médicos obstetras é orientar a mulher em trabalho de parto. Por outro lado, na visão dos profissionais que compõem esse grupo, o papel da mulher no parto parece se restringir a fazer força e ajudá-los a fazer o parto, sendo que também caberia a eles orientá-la sobre o momento certo de fazer força. Assim, observa-se que o papel de orientar, muitas vezes, está relacionado com dizer à mulher o que e como fazer durante o processo de parto.

Porém, embora se tenha identificado uma maior homogeneidade na maneira de ver a assistência que caracteriza esse grupo de profissionais do que na maneira de pensar que caracteriza o grupo anterior, também aparecem algumas contradições no seu discurso. Estas se fazem notar na medida em que, em alguns momentos, os profissionais médicos atribuem o papel principal no momento do parto a si próprios e ora o atribuem às parturientes.

Ainda com relação a esse grupo de profissionais, percebe-se que grande importância é atribuída ao papel do espaço físico da maternidade na qualidade da assistência. Na visão desse grupo de participantes da pesquisa, uma área física organizada de modo a proporcionar privacidade para as parturientes, assim como evitar que elas necessitem se deslocar de sala, entre o período que antecede o parto e o parto seriam características importantes de uma assistência ideal.

A análise dos dados também permitiu constatar nesse grupo de profissionais uma concepção do parto como algo intrinsecamente doloroso. Nesse sentido, a impossibilidade de disponibilizar o recurso da analgesia para todas as pacientes que não tiverem contra-indicações para o seu uso é visto como o principal aspecto negativo da assistência prestada pela Maternidade A. A solução desse problema, por sua vez, é vista como uma característica fundamental de uma assistência ideal.

Portanto, a análise dos dados permitiu observar que os profissionais que trabalham na Maternidade A, por sua vez, parecem se identificar mais com o modelo hegemônico de atenção ao parto, ou seja, o “modelo tecnocrático”, conforme o definem Davis-Floyd e St. John (2004). Observou-se, por intermédio dos relatos desses profissionais, a presença de vários aspectos do referido modelo na maneira como se dá a atenção ao parto na Maternidade A. Um desses aspectos está relacionado com o princípio característico do modelo tecnocrático, o qual delega autoridade ao médico e não ao paciente. Conforme demonstram as referidas autoras, no modelo tecnocrático, o médico é presumivelmente o perito, enquanto que o paciente fica sem responsabilidade. Dessa forma, quem “faz” o parto é o obstetra, concepção que aparece claramente no relato dos profissionais, como mostrado anteriormente. Assim, entre esses profissionais, parece predominar uma representação social segundo a qual o parto é visto não como uma atividade em que a mulher tem o papel principal, mas como um serviço a ser prestado pela medicina.

Outra característica do modelo tecnocrático identificada nos relatos dos profissionais que trabalham na Maternidade A é o princípio de curar de fora para dentro, e que tem por conseqüência o emprego de táticas agressivas na assistência à saúde. Assim, observou-se entre este grupo de profissionais, uma visão segundo a qual, para que o parto ocorra sem problemas, é necessário submeter todas as mulheres a práticas intervencionistas como o enema e a tricotomia. Nesse exemplo, pode-se observar também a presença do princípio da organização hierárquica que caracteriza o modelo tecnocrático de atenção à saúde. Essa hierarquia se faz notar, entre outras maneiras, por meio da subordinação do indivíduo à instituição, ou seja, na Maternidade A, observou-se que as rotinas de assistência estão organizadas de modo a atender muito mais às conveniências médicas do que às necessidades das mulheres, considerando que a utilização dessas práticas não encontra sustentação na ciência, conforme demonstram as recomendações da OMS (OMS, 1996). Davis-Floyd e St. John (2004) analisam a adoção dessas rotinas ritualizadas como uma forma de demonstrar competência e afastar

o medo, transmitindo aos profissionais de saúde uma sensação maior de confiança e controle sobre situações que, de maneira geral, são imprevisíveis. Isso, por sua vez, pôde ser constatado na Maternidade A, quando alguns de seus profissionais chegaram a reconhecer em seus relatos que, em alguns momentos, realizam procedimentos como a episiotomia, por sentimentos como medo e insegurança, conforme apontado anteriormente.

Davis-Floyd e St. John (2004) demonstram também que outra forma por meio da qual a hierarquia se faz notar é pelo posicionamento dos médicos como um grupo social e politicamente superior a qualquer outro grupo de profissionais de saúde. Nesse sentido, é notório o fato de que, apesar de a Maternidade A contar com enfermeiras obstetras em seu quadro, essas profissionais não são autorizadas pela instituição a assistir os partos normais, e sua participação no processo raramente foi citada pelos profissionais médicos. É importante destacar que a assistência ao parto normal sem distócias²⁸ por enfermeiras obstetras no Brasil é aprovada e incentivada pelo Ministério da Saúde que, em 1998, publicou uma portaria²⁹ visando regulamentá-la.

Contudo, embora a Maternidade A pareça estar mais identificada com o modelo hegemônico de atenção ao parto, observou-se também, no relato dos profissionais, algumas noções que apontam para a presença de aspectos humanizadores na maneira de pensar a assistência. Um exemplo disso é a defesa da adequação do espaço físico da Maternidade de modo a promover maior privacidade e conforto para as pacientes.

Portanto, os dados coletados permitem identificar diferentes representações sociais da assistência ao parto entre os profissionais das duas maternidades investigadas. Assim, de um lado, encontraram-se representações sociais entre os profissionais da Maternidade A que contêm principalmente elementos do modelo hegemônico de atenção ao parto, ainda que, dentro dessa visão, tenham sido encontrados também alguns elementos identificados com aspectos humanizadores da assistência. De outro lado, foi possível observar representações sociais entre os profissionais que trabalham na Maternidade B identificadas com a proposta de humanização da assistência, ainda que essa visão diferenciada não seja compartilhada de forma homogênea pelo conjunto dos seus profissionais.

²⁸ Distócia: trabalho de parto difícil (Taber, 2000).

²⁹ Portaria MS/GM 2.815 de 29 de maio de 1998.

5.2 A Assistência ao Parto Segundo as Mulheres Assistidas

A análise do *corpus* 1 produzido pelo grupo das mulheres assistidas é composta de duas partes. Em um primeiro momento, as mulheres entrevistadas relatam a sua experiência de parto na maternidade, sendo que alguns elementos da assistência já são referidos (*corpus* 1-classes 2 e 4) e, posteriormente, o conteúdo do *corpus* trata mais especificamente da assistência ao parto (*corpus* 1-classes 1 e 3).

É importante assinalar que, com relação a esse grupo de participantes da pesquisa, não se observou uma contribuição significativa das variáveis investigadas para a compreensão das suas representações sociais sobre o tema em questão. Vale ressaltar também que pesquisas correlatas têm apontado pouca ou nenhuma relação entre fatores demográficos como idade, escolaridade e nível socioeconômico e a maneira de perceber a assistência ao parto (Green & Baston, 2003; Hodnett, 2002; Waldenström, 2004 & Waldenström *et al.*, 2004).

A análise da primeira parte do *corpus* 1 produzido pelas mulheres assistidas permite perceber que, ao relatarem sua experiência de parto na maternidade, quatro aspectos são destacados: 1) a trajetória percorrida por elas desde o momento em que perceberam em casa os primeiros sinais de trabalho de parto até serem admitidas na maternidade; 2) a maneira como percebem o seu papel e o dos profissionais de saúde no momento do parto (classe 2); 3) a maneira como elas vivenciam o decorrer do tempo entre a admissão na maternidade e o parto, e entre o parto e a alta da maternidade; 4) a experiência de presenciar o processo de parto de outras mulheres internadas (classe 4).

Com relação à trajetória percorrida pelas mulheres até a internação na maternidade, a análise dos dados permite concluir que a assistência prestada pelas maternidades investigadas parece se organizar de modo a proceder à internação das parturientes em trabalho de parto com evolução normal, num determinado momento dessa evolução previamente determinado pela equipe de saúde. Porém, observou-se que esse critério de internação nem sempre parece estar claro para as mulheres, desconhecimento que as leva a procurar a maternidade antecipadamente, quando começam a sentir dores e contrações. Esse fato, por sua vez, faz com que elas sejam orientadas pelos profissionais a retornar para casa, às vezes em mais de uma ocasião, o que, em muitos momentos, acarreta uma experiência geradora de estresse para essas mulheres.

Partindo-se do pressuposto de que o momento mais oportuno para orientar as mulheres sobre a melhor hora de procurar a maternidade durante o trabalho de parto parece ser durante a gestação, esse dado parece indicar, por um lado, uma deficiência na assistência pré-natal tanto na rede pública, quanto na rede particular, considerando que algumas das mulheres entrevistadas realizaram o acompanhamento pré-natal na rede privada. Por outro lado, esse dado também parece indicar uma falta de integração entre os níveis de assistência primário (unidades de saúde local) e terciário (maternidades), responsáveis pela assistência nesses casos.

Dessa forma, esses dados apontam para uma visão entre as mulheres que procuram a maternidade para ser assistidas em seu parto de que, para serem admitidas na maternidade, é suficiente estar sentindo dores e contrações. Contribuíram para a produção desses dados principalmente as mulheres atendidas na Maternidade A, que não tiveram acompanhante no parto e com escolaridade até o ensino médio completo.

Com relação à maneira como as mulheres vêem o seu papel e o dos profissionais de saúde na assistência ao parto, os dados coletados parecem indicar que elas se percebem desempenhando um papel mais passivo durante o processo de parto, enquanto atribuem aos profissionais um papel mais ativo, mesmo naquelas situações em que a função principal cabe a elas, como o próprio ato de parir.

Observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas se referiu espontaneamente a várias práticas às quais foram submetidas na maternidade, sendo que muito raras foram às vezes em que houve um questionamento sobre a necessidade ou não da realização desses procedimentos. Esses dados parecem indicar, por um lado, uma representação social de que o conhecimento dos profissionais de saúde é superior ao delas que estão vivenciando a experiência de parir e, por outro lado, uma subordinação ao poder médico que historicamente caracteriza a assistência ao parto em nossa sociedade, conforme demonstram Melo (1983) e Spink (2003). Outras pesquisas sobre assistência ao parto também têm observado a submissão da mulher às rotinas hospitalares (Campero *et al.*, 1998 & Soares & Silva, 2001). Contribuíram para a produção desses indicadores textuais de representações sociais principalmente o mesmo grupo de mulheres referido anteriormente. Dessa forma, chama a atenção que a maior parte das mulheres que se percebeu desempenhando o papel mais passivo no parto tenha sido atendida na Maternidade A, instituição que está mais identificada com o modelo tecnocrático de atenção ao parto, conforme demonstrado anteriormente.

De maneira geral, o tempo de permanência na maternidade é percebido pelas mulheres como um período demorado, e tanto o nascimento do bebê quanto o retorno à sua casa são aguardados com ansiedade. Aqui caberia um questionamento com vistas a saber se a experiência de sentir dor muitas vezes exacerbada ou até desencadeada pelo uso freqüente do soro contendo ocitocina, já que a maioria das mulheres que foi submetida a esse procedimento relatou um aumento da dor após a administração do soro, não estaria contribuindo para a sensação de que o tempo transcorrido durante o processo de parto demora a passar. É importante destacar que, das 20 mulheres entrevistadas, 13 mencionaram o uso desse recurso e que a OMS (1996), a partir da análise de estudos na área, relaciona o uso da ocitocina com o aumento da dor no trabalho de parto.

Assim, identifica-se a necessidade de realizar estudos no sentido de verificar a validade do argumento utilizado por muitos profissionais de saúde de que a ocitocina contribui para um maior conforto da mulher, na medida em que sua utilização está associada a um encurtamento do tempo de duração do trabalho de parto. Assim, questiona-se se a utilização da ocitocina não estaria provocando uma sensação contrária, isto é, a de que o tempo transcorrido durante o trabalho de parto é maior do que na realidade é.

Aqui, mais uma vez, houve uma maior contribuição para a produção dos dados por parte do grupo das mulheres atendidas na Maternidade A, que não tiveram acompanhante no parto e com escolaridade até o ensino médio completo. É importante destacar que, conforme apresentado anteriormente (Tabela 17), foi nessa maternidade que se observou uma maior freqüência da utilização da ocitocina para conduzir a dinâmica do trabalho de parto.

O fato de presenciar o processo de parto de outras mulheres parece se constituir em uma experiência marcante para as mulheres e exercer interferência geralmente negativa na maneira como elas vivenciam o seu próprio processo de parto. Isso ocorre porque esse fato acaba levando-as a fazer comparações entre o que acontece com elas e o que acontece com as outras mulheres em processo de parto, contribuindo para aumentar a sensação de medo e gerar expectativas que muitas vezes não se aplicam à sua situação. Contribuíram para a produção desses dados principalmente as mulheres com escolaridade superior ao ensino médio completo, que tiveram acompanhante no parto e eram casadas.

Quanto à assistência propriamente dita (classes 1 e 3), pôde-se constatar que as mulheres identificam mais aspectos positivos do que negativos na assistência recebida (classe 1). Outras pesquisas correlatas, principalmente aquelas que investigam a satisfação da mulher no parto, têm encontrado em seus resultados altos níveis de satisfação (Campero *et al.*, 1998; Domingues *et al.*, 2004; Maternity Center Association, 2004; Motta, 2003; Tornquist, 2004; Teijlingen *et al.*, 2003 & Waldenström *et al.*, 2004). Os estudos parecem indicar que há uma tendência de as mulheres avaliarem bem seus cuidadores, mesmo quando apontam descontentamento quanto à forma como foram tratadas. Muitos trabalhos também têm apontado para uma tendência, percebida em pesquisas sobre satisfação realizadas muito próximas ao parto, em apresentar resultados mascarados pelo alívio decorrente do fato de o parto ter tido um desfecho feliz (Domingues, Santos & Leal, 2004; Hodnett, 2002; Teijlingen *et al.*, 2003 & Waldenström *et al.*, 2004).

Hodnett (2002) também destaca a necessidade de atentar para o fenômeno da negação que pode interferir nos resultados das pesquisas sobre satisfação no parto. Segundo essa autora, a negação é o primeiro estágio de uma reação de dor quando as expectativas quanto a uma experiência não foram satisfeitas. A autora destaca ainda a interferência do fenômeno “*what is, must be best*”. Conforme já mencionado anteriormente, esse fenômeno é uma função da consciência da mulher a respeito do seu próprio papel no que aconteceu a ela, por exemplo, a escolha da maternidade em que o parto ocorreu. Waldenström (2004), por sua vez, assinala que os aspectos negativos levam mais tempo para serem integrados à experiência. Teijlingen *et al.* (2003) destacam também o quanto as experiências e preferências das pessoas são moldadas pelo conhecimento que possuem. Portanto, avalia-se a necessidade de considerar a possível interferência desses fatores nos resultados encontrados.

Com relação aos aspectos positivos, entre os citados, a atenção recebida da equipe de saúde é o mais recorrente. As características da assistência que as mulheres relacionam com a atenção recebida envolvem explicações fornecidas em linguagem acessível, frequência com que os profissionais passavam no seu leito para avaliar o seu estado e o do bebê, tempo dispensado pelos profissionais para ficar ao seu lado, prontidão no atendimento quando algo era solicitado, ajuda da equipe de enfermagem para amamentar, acompanhamento intensivo no pós-operatório, entre outros aspectos, conforme especificado no item 4.2.1.2.1.

Esse resultado vai ao encontro de outros estudos na área, que têm demonstrado a forte influência que a qualidade da relação com os cuidadores exerce sobre a satisfação das mulheres no parto (Domingues *et al.* 2004; Fowles, 1998; Green & Baston 2003; Hodnett, 2002; Motta, 2003; Santos & Silbert, 2001; Waldenström, 2004 & Waldenström *et al.* 2004). Identificou-se também que as profissionais de enfermagem desempenham um papel importante na maneira como as mulheres percebem a assistência recebida, principalmente na proporção em que fornecem explicações sobre o que está acontecendo durante o processo de parto na maternidade.

Quanto aos aspectos negativos da assistência, embora tenham sido menos citados, o que teve maior ocorrência foi o atendimento prestado por alguns profissionais de saúde. Entre esses casos, encontraram-se situações em que as mulheres assistidas perceberam o atendimento como grosseiro, impaciente, desumano, pouco atencioso, entre outras características apontadas. Contribuíram para a produção desses dados principalmente as mulheres solteiras. Waldenström (2004) encontrou uma associação entre essa condição social e a avaliação negativa da experiência do parto. Essa autora realizou um estudo que buscou compreender os fatores que poderiam ter contribuído para que a avaliação do parto tendesse a se tornar mais negativa com o tempo e identificou, com relação à assistência, que o fato de a mulher não se sentir satisfeita com a atenção dispensada às suas necessidades pelos cuidadores foi o fator estatisticamente mais significativo que determinou que a sua opinião se tornasse menos positiva com o decorrer do tempo. Fowles (1998), em estudo que investigou as considerações de 77 mulheres dois meses após o parto, identificou entre as frustrações levantadas que a percepção negativa dos cuidadores foi o segundo aspecto mais citado nessa categoria, sendo que as mulheres se referiram a comportamentos dos profissionais que elas avaliaram como grosseiro, não cuidadoso e indesejável.

Ainda com relação à assistência propriamente dita, identificou-se que, ao falarem de como imaginam uma assistência ideal (classe 3), o aspecto mais mencionado pelas mulheres entrevistadas como algo que deveria estar sempre presente nessa assistência seria uma boa relação com os profissionais de saúde. Aqui, novamente, a atenção dispensada pelos profissionais é uma característica citada com frequência. Além disso, na opinião das mulheres, permitir e possibilitar sempre a presença do acompanhante durante o processo de parto também seria uma característica importante da assistência ideal. Várias pesquisas têm apontado para os benefícios de um acompanhamento contínuo por pessoas que oferecem apoio emocional e físico à

parturiente (Brüggemann *et al.*, 2005 & Hodnett, 2005), e o quanto as mulheres avaliam positivamente essa prática (Domingues, 2002; Hotimsky, 2001; Motta, 2003 & Santos & Siebert, 2001).

Portanto, esses dados parecem apontar para uma representação social entre as mulheres assistidas de que uma boa assistência é aquela em que os profissionais são atenciosos, sendo a atenção identificada com os aspectos definidos anteriormente. Uma assistência ruim, por outro lado, seria aquela em que os profissionais fossem pouco atenciosos com as parturientes e as tratassem de forma desrespeitosa.

5.3 Relação Profissional-Parturiente Segundo os Profissionais de Saúde

A análise dos resultados do *corpus* 2, intitulado “Relação Profissional-Parturiente” revelou que, de maneira geral, os profissionais de saúde percebem a sua relação com as parturientes como “boa” (*corpus* 2-classe 3). De acordo com esse grupo, “ter uma boa relação” com a parturiente engloba aspectos que vão desde o ato de se apresentar para ela, até envolvê-la nas decisões relativas ao seu parto, como também respeitar sua capacidade de desempenhar seu papel no momento do parto, conforme visto no item 4.1.2.1. O grupo que mais contribuiu para a produção desses elementos de representações sociais foi o dos profissionais que trabalham na Maternidade B e com idade entre 37 e 49 anos.

Com relação ao aspecto “envolvimento da mulher nas decisões não emergenciais do parto”, a análise dos dados revelou que a maioria dos profissionais entrevistados se percebe envolvendo a parturiente nesse tipo de decisão (classe 3). Aqui, mais uma vez, se observou uma maior contribuição do grupo de profissionais já citado para a produção desse dado.

Observou-se também que, entre as decisões nas quais é permitida a participação da mulher, segundo os relatos dos profissionais, estão: usar alguns instrumentos para mudar de posição durante o trabalho de parto e assim facilitar a descida do bebê, como o cavalinho e a bola suíça; caminhar no período pré-parto; escolha do acompanhante; escolha da sala em que ocorrerá o parto; o tipo de cadeira obstétrica a ser utilizada e a posição de parir (*corpus* 2-classe 2).

Por outro lado, os dados também revelaram haver decisões em que não é permitida a participação da mulher, como escolher realizar ou não o enema e a tricotomia, práticas que na Maternidade A são utilizadas de forma rotineira (classe 2).

Portanto, esses resultados parecem apontar para noções de representações sociais que indicam dois tipos diferentes de visão no que concerne à participação da parturiente nas decisões não emergenciais relativas ao parto. Assim, pôde se perceber, de um lado, a visão de que a mulher pode ser envolvida nessas decisões e, de outro, a idéia de que cabe ao profissional de saúde tomar algumas delas sozinho. Esses resultados parecem refletir, na realidade, concepções diferentes da assistência ao parto, sendo que cada uma delas está mais identificada com cada um dos modelos analisados anteriormente.

Quanto ao aspecto “liberdade oferecida à mulher para expressar seus sentimentos durante o processo do parto” (*corpus* 2-classe 1), a análise dos dados revelou que, diante de manifestações emocionais mais intensas por parte da parturiente, como o ato de gritar, o comportamento comumente adotado pelos profissionais, conforme seus relatos, foi orientá-la para respirar. Outros comportamentos freqüentemente mencionados foram pedir para a parturiente se controlar, fazer força, se ajudar e se concentrar no parto. Esses comportamentos revelam, assim, uma visão de que não é desejável que a mulher em trabalho de parto expresse seus sentimentos de uma maneira exacerbada, já que todas as orientações citadas parecem ser no sentido de que ela substitua o comportamento de gritar por outro que supostamente o suprimiria. Contribuíram para a produção dessas noções de representações sociais principalmente os profissionais da Maternidade A e com idade entre 24 e 36 anos. Ainda com relação a esse aspecto, observou-se, entre o grupo de profissionais mencionado, indicadores textuais que apontam para a idéia de que o recurso da analgesia é muito importante para aliviar a dor no momento do parto. O uso de tal recurso, por sua vez, na opinião desses participantes, evitaria manifestações exacerbadas por parte da parturiente.

Por outro lado, foram observados também outros comportamentos menos comuns adotados nessas situações mencionados pelos profissionais da Maternidade B, como fazer massagem na parturiente, estimulá-la a tomar banho para relaxar, tocá-la, dar-lhe uma medicação para relaxar, o que parece indicar uma maior permissividade a expressões como o grito.

Observou-se também que os profissionais que trabalham na Maternidade A referiram como um motivo importante para tornar indesejáveis expressões como o grito a preocupação com a interferência que o fato de uma mulher estar gritando possa ter sobre outras também em processo de parto ocupando o mesmo espaço físico. Por sua vez, os profissionais da Maternidade B apontaram algumas alternativas para solucionar o problema de modo a não interferir nesse tipo de manifestação por parte da parturiente.

As alternativas apresentadas foram remover as outras mulheres de perto daquela que está gritando ou orientá-las no sentido de compreender que cada um tem uma forma diferente de expressar seus sentimentos.

Portanto, esses dados parecem indicar duas maneiras diferentes de pensar a questão da expressão dos sentimentos por parte da parturiente durante o processo de parto. De um lado, encontraram-se indicadores textuais de representações sociais produzidos principalmente pelos profissionais da Maternidade A e com idade entre 24 e 36 anos, que apontam para uma visão predominante com tendência a ser mais restritiva em relação a esse ponto. De outro lado, identificaram-se algumas noções que indicam uma visão não tão comum, mas mais tolerante, de lidar com esse aspecto do processo de parto, representada principalmente pelos profissionais da Maternidade B.

5.4 Relação Profissional-Parturiente Segundo as Mulheres Assistidas

A análise do *corpus* 2 produzido pelo grupo das mulheres assistidas revelou que, de maneira geral, esse grupo percebe a relação estabelecida com os profissionais de saúde nas maternidades investigadas como boa, mesmo naquelas situações em que alguns problemas na relação com os profissionais de saúde são mencionados (*corpus* 2-classe 5). É importante levar em consideração a tendência de as mulheres avaliarem bem seus cuidadores mesmo quando se mostram descontentes com o tratamento recebido, conforme exposto anteriormente. Vários foram os fatores associados ao que as mulheres consideram ter uma boa relação, tais como a inexistência de conflitos com a equipe, o clima de diversão e brincadeira que prevalecia na relação, o fato de terem recebido orientações e explicações dos profissionais e de terem se sentido tratadas com carinho, entre outros, conforme apresentado no item 4.2.2.3.

Constatou-se também que, ao falar da relação com os profissionais de saúde, as mulheres assistidas mencionam com frequência as profissionais da área de enfermagem, o que parece indicar que estas desempenham um papel importante na maneira como as entrevistadas percebem a sua relação com a equipe de saúde de maneira geral. Contribuíram para a produção desses dados principalmente as mulheres com idade entre 25 e 38 anos.

Caron e Silva (2002), em uma pesquisa que procurou avaliar como ocorria a comunicação entre os profissionais que assistem partos de baixo risco e a mulher que vivencia o processo de parturição, observaram que as enfermeiras foram as profissionais

que mais se comunicaram terapêuticamente com as parturientes, percebendo os seus sentimentos de medo, dor e ansiedade. Portanto, supõe-se que a habilidade em se comunicar de forma mais eficaz pode ter contribuído para o papel desempenhado pela equipe de enfermagem na percepção das mulheres quanto à sua relação com os profissionais de saúde. Considera-se também que essa habilidade possa estar relacionada com a ênfase no ato de “cuidar” que caracteriza a formação dessas profissionais, enquanto que na formação dos profissionais de medicina parece predominar a preocupação com o “tratar”.

Quanto ao aspecto “envolvimento nas decisões não emergenciais do parto” (*corpus* 2-classe 2 e 4) observou-se que, embora tenha havido relatos tanto de mulheres que se sentiram envolvidas nessas decisões, quanto de mulheres que não se sentiram envolvidas, houve uma prevalência desse último grupo. Constatou-se que a grande maioria das mulheres que referiu não ter participado desse tipo de decisão foi atendida na Maternidade A, ao passo que a maior parte daquelas que afirmaram ter se sentido envolvidas nas decisões foi atendida na Maternidade B. Entre as decisões de que as mulheres gostariam de ter participado, segundo seus relatos, estão: posição de parir, realizar ou não a episiotomia, o enema e a tricotomia e utilizar ou não o soro com ocitócitos.

Dessa forma, esses dados parecem apontar para uma visão entre as mulheres assistidas de que existem algumas decisões relativas ao parto das quais elas podem participar, maneira de pensar presente mesmo entre aquelas mulheres que não se sentiram envolvidas nessas decisões. Os dados coletados parecem indicar que essa forma de pensar se deve, em parte, ao fato de que a convivência com outras mulheres de sua rede social atendidas de forma diferente da sua as leva a considerar outras possibilidades de assistência nas quais há mais de um tipo de alternativa para as diversas situações que envolvem o parto.

Aqui cabe também um questionamento se a própria entrevista, por apresentar uma pergunta que abordava esse assunto e incluía uma explicação sobre o que seriam decisões não emergenciais, seguida de exemplos baseados no próprio relato da participante, não teria oferecido subsídios para que as mulheres se dessem conta de que nem todas as práticas realizadas comumente nos partos normais são realmente necessárias. Pode-se supor, por conseqüência, que as mulheres poderiam ter chegado à conclusão, no momento da pesquisa, de que elas poderiam ter participado de algumas decisões relacionadas ao seu parto.

Com relação ao aspecto “liberdade para expressar sentimentos durante o processo de parto” (*corpus* 2-classe 6), a forma de expressão de sentimentos mais mencionada pelas mulheres entrevistadas foi chorar, sendo que a maioria delas relatou ter se sentido à vontade na maternidade para expressar-se livremente. Outro dado importante, ainda relacionado a essa questão, foi a associação entre as palavras “gritar” e “escândalo”, o que parece revelar uma visão comum entre as mulheres assistidas de que gritar equivale a fazer escândalo, aparentemente representando para elas uma maneira indesejável de se expressar durante o processo de parto. Os dados revelam, assim, uma preocupação em “não fazer escândalo”, possivelmente com base na idéia transmitida por outras mulheres de sua rede social de convívio de que nas maternidades os profissionais costumam criticar e maltratar mulheres que fazem escândalo na hora do parto. Contribuíram para a produção dessas noções de representações sociais principalmente as mulheres com escolaridade até o ensino médio completo e que não participaram de grupos de gestantes.

5.5 Utilização de Algumas Práticas de Assistência nas Maternidades A e B Segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas

Conforme demonstrado nos itens 4.3.1 e 4.3.2, constatou-se que existem diferenças relevantes entre as rotinas de assistência das duas maternidades investigadas, o que parece refletir diferentes visões sobre a utilização das práticas de assistência estudadas. Dessa forma, os dados parecem indicar uma representação social entre os profissionais que trabalham na Maternidade A de que há algumas dessas práticas, como o enema e a tricotomia, que devem ser utilizadas em todas as pacientes, a despeito das recomendações da OMS, baseadas em evidências científicas atuais, as quais condenam esse tipo de conduta nos partos normais (OMS, 1996). Outros estudos apontam para uma visão dos profissionais de saúde, principalmente os da área de medicina, de que intervenções como essas e outras são necessárias e até benéficas (Dias & Deslandes, 2004; Faúndes *et al.*, 2004 & Ratto, 2001). Considerando que a medicina tende a pressupor a existência de bases científicas para todas as suas condutas, conforme apontam Davis-Floyd e St. John (2004), esses dados permitem constatar que existem representações sociais não somente na interface entre ciência e público geral, mas também dentro da própria ciência, que está também sujeita à influência de diferentes aspectos do conhecimento não científico, conforme demonstra Bangerter (1995).

Por outro lado, na Maternidade B, embora a análise dos dados tenha ficado parcialmente prejudicada pelo fato de que sete entre as 10 mulheres entrevistadas terem sido submetidas à cesariana, parece predominar a concepção de que nenhuma das práticas investigadas deve ser utilizada de forma rotineira, o que está mais de acordo com as evidências científicas atuais.

Constata-se, assim, o quanto os comportamentos dos grupos sociais não são determinados pelas características objetivas das situações, mas pela representação destas, conforme expõe Abric (2001). Assim, explica-se porque diferentes grupos com representações distintas têm condutas diferentes em uma mesma situação.

No item “b”, questão número seis do roteiro de entrevista utilizado para os profissionais (anexo B), faz-se uma investigação mais aprofundada das razões alegadas pelos profissionais da Maternidade A para utilizar de forma rotineira uma dessas práticas - o enema - a despeito das recomendações em contrário da OMS (OMS, 1996). Vários foram os motivos alegados para a adoção dessa conduta, como o risco de contaminação da mulher e do bebê, o conforto da mulher, o costume de fazer, para evitar odores ruins na sala de parto, entre outros aspectos apontados, conforme apresentado no item 4.3.1 Dessa forma, constatou-se que, além de os motivos alegados desconsiderarem evidências científicas atuais que não comprovam os benefícios dessa prática, alguns deles baseiam-se em crenças pessoais dos próprios profissionais. Davis-Floyd e St. John (2004), analisando o sistema médico americano, constataram que, apesar de pretenderem o rigor científico, as condutas médicas naquele sistema são, na verdade, fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que estão inseridas. Além disso, os motivos apontados pelos profissionais da Maternidade A para realizar o enema rotineiramente parecem se basear também numa visão de que o médico detém sozinho o conhecimento do que é melhor para a parturiente e para o bebê, considerando que na Maternidade A somente os profissionais dessa categoria são responsáveis pela assistência ao parto.

Assim, por exemplo, no caso em que os profissionais mencionam o conforto da paciente como uma justificativa plausível o bastante para a adoção rotineira do enema, caberia questionar aqui por que eles não delegam à mulher a responsabilidade pela escolha do que julga mais confortável para si.

Observou-se também que, apesar de alguns profissionais da Maternidade A terem reconhecido que não há trabalhos científicos que provem os benefícios do enema e que há situações nas quais, mesmo tendo sido submetidas a essa prática, as mulheres

evacuam na sala de parto, eles defendem o seu uso de forma rotineira. Nesse sentido, Davis-Floyd e St. John (2004) demonstram o quanto, no modelo tecnocrático de atenção ao parto, o seguimento das rotinas acaba tomando a forma de um ritual tão incorporado pelo profissional, devido à constante repetição, que termina se tornando um reflexo impensado e raramente questionado.

Portanto, esses dados parecem apontar mais uma vez para uma idéia predominante entre esses profissionais de que cabe exclusivamente ao médico decidir a maneira como o parto ocorrerá, mesmo que não haja evidências científicas que sustentem suas decisões. Isso, por sua vez, parece refletir, por outro lado, uma visão de que a opinião do médico é mais importante do que a da parturiente.

Por outro lado, a manutenção de rotinas que submetem todas as mulheres à realização do enema, a despeito das evidências científicas que apontam sua contra-indicação, parece desempenhar a função de manter a identidade do grupo em questão, ou seja, do grupo dos profissionais de medicina, cuja atuação está historicamente relacionada ao uso de intervenções técnicas, conforme demonstram Davis-Floyd e St. John (2004). Abric (1998), ao falar das funções das representações sociais, defende que uma dessas funções é a identitária, ligada à preservação da imagem positiva que os grupos sociais têm de si, bem como sua especificidade na inserção social.

Os dados obtidos do grupo das mulheres assistidas, no tocante à utilização das práticas de assistência investigadas nas Maternidades A e B, confirmam mais uma vez a existência de diferenças importantes entre as rotinas de assistência dessas duas instituições.

Dessa forma, observou-se que, enquanto na Maternidade A as informações fornecidas pelas mulheres parecem indicar o uso rotineiro do enema e da tricotomia, assim como o uso freqüente da ocitocina para corrigir a dinâmica do parto e da episiotomia, na Maternidade B, os dados coletados levam a crer que nenhuma das práticas investigadas é utilizada com freqüência ou rotineiramente.

No caso das mulheres atendidas na Maternidade A, o que chama a atenção é que parece não haver um questionamento de sua parte sobre a necessidade ou não de realizar as práticas investigadas e outras às quais elas foram submetidas. Esses dados parecem apontar para uma concepção comum entre as mulheres, de que o profissional de saúde, principalmente o médico, detém o conhecimento sobre o que é melhor para ela, além de revelar uma subjugação ao poder médico que, historicamente, caracteriza a assistência ao parto em nossa sociedade, conforme já apontado anteriormente.

Com relação às mulheres assistidas na Maternidade B, por outro lado, observou-se, durante as entrevistas, que muitas delas demonstraram um estranhamento quanto ao fato de não terem sido submetidas a práticas como o enema, a tricotomia e a episiotomia, o que parece indicar que a sua utilização já foi incorporada ao senso comum como algo “normal” na assistência ao parto e, por isso, esperado. Campero *et al.* (1998) encontraram resultados semelhantes com relação a esse aspecto.

5.6 A Assistência ao Parto Segundo os Profissionais de Saúde e as Mulheres Assistidas – Discussão Geral

Os dados obtidos a partir da análise do material textual produzido por cada um dos grupos estudados permitem realizar uma comparação bastante elucidativa entre as maneiras como profissionais de saúde e mulheres assistidas percebem a assistência ao parto da forma como ela ocorre nas maternidades investigadas e como imaginam uma assistência ideal. Essa comparação permitiu observar alguns pontos de convergência e outros de divergência na percepção da assistência de cada um dos grupos.

Dessa forma, observou-se que os profissionais de saúde, de maneira geral, destacam como aspectos importantes da assistência: **a presença do acompanhante, a preocupação com a sua humanização, a participação da enfermeira obstetra e o espaço físico**, sendo que os três primeiros aspectos foram mencionados pelos profissionais da Maternidade B com idade entre 37 e 49 anos e pela categoria das enfermeiras obstetras; o último aspecto, por outro lado, foi destacado pelos profissionais da Maternidade A, com idade entre 24 e 36 anos e pela categoria dos médicos.

As mulheres assistidas, por sua vez, ao falarem da assistência recebida, destacam de maneira importante a **atenção** recebida dos profissionais de saúde em ambas as maternidades. Portanto, percebe-se que cada um dos grupos estudados enfatizou aspectos diferentes ao falar da assistência prestada nas maternidades investigadas. Contudo, partindo do pressuposto de que dispensar atenção é um aspecto que compõe a proposta do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, parece haver uma correspondência entre a maneira como os profissionais da Maternidade B e mulheres percebem a assistência, ou seja, ambos os grupos valorizam os seus aspectos humanizadores, embora cada um deles tenha enfatizado pontos diferentes ao abordar essa questão.

Assim, enquanto os profissionais destacam aspectos da humanização como a presença do acompanhante, a importância da participação ativa da mulher no nascimento de seu filho e uma postura não intervencionista no parto, as mulheres ressaltam a atenção dispensada pelos profissionais de saúde, conforme as características especificadas no item 4.2.1.2.1.

Outra semelhança entre os dois grupos na maneira de ver a assistência está relacionada à **participação da equipe de enfermagem no parto**. Os profissionais, sobretudo os que trabalham na Maternidade B, pertencentes à categoria das enfermeiras obstetras e com idade entre 37 e 49 anos, percebem a participação da enfermeira obstetra como um elemento muito importante na medida em que, na sua visão, ela teria uma atuação mais ligada ao cuidado e menos ligada à intervenção no parto. As mulheres, especialmente as solteiras, por sua vez, fazem referências constantes às profissionais identificadas por elas como enfermeiras, não fazendo uma distinção entre as profissionais com formação superior e aquelas com formação de nível médio. Essas referências parecem indicar que essas profissionais são as que têm mais contato com as mulheres durante sua permanência na maternidade e, embora tenham sido citadas algumas dificuldades na relação com elas, os aspectos positivos da convivência são os mais citados. As mulheres relacionam a atuação dessas profissionais com o ato de dar explicações, avaliado por elas como positivo. Partindo-se do pressuposto de que o ato de dar explicações é um aspecto do cuidado, este parece indicar uma convergência na maneira de ver a assistência nos dois grupos, ou seja, a de que a participação da enfermagem na assistência desempenha um papel importante, cuja importância reside principalmente na postura profissional de cuidado em alguns de seus aspectos.

Quanto à **presença do acompanhante durante o processo de parto**, observou-se que, embora ela tenha sido referida pelos dois grupos como um aspecto relevante da assistência, o grupo dos profissionais, especialmente o da Maternidade B, com idade entre 37 e 49 anos e da categoria das enfermeiras obstetras, foi o que maior relevância atribuiu a esse aspecto. As mulheres, por sua vez, o referem como um componente importante de uma assistência ideal.

Outro aspecto referido de forma importante pelos profissionais, sobretudo pelos que trabalham na Maternidade A, com idade entre 24 e 36 anos e da categoria dos médicos, foi a estruturação do **espaço físico** de modo a proporcionar maior privacidade e conforto para a parturiente, sendo que, de acordo com esses profissionais, estas seriam características importantes de uma assistência ideal. Ao falar da assistência ideal, as

mulheres não fazem referências significativas a esse ponto. No entanto, o espaço físico é destacado por elas como um aspecto importante da assistência quando revelam a interferência, geralmente negativa, que presenciar o processo de parto de outras mulheres e todas as suas implicações tem sobre si. Deduz-se que essa interferência ocorre porque a maneira como o espaço físico está estruturado nas maternidades analisadas não proporciona privacidade para as mulheres em trabalho de parto.

Contribuíram para a produção desse dado principalmente as mulheres com escolaridade superior ao ensino médio completo, que tiveram acompanhante durante o processo do parto e eram casadas. Assim, pode-se inferir que a estruturação do espaço físico é relevante para os dois grupos, embora o dos profissionais tenha sido o que maior importância atribuiu a esse aspecto.

Com relação à concepção de que como deveria ser uma **assistência ideal**, o aspecto mais citado pelos profissionais de saúde, principalmente pelos que trabalham na Maternidade A, pertencentes à categoria dos médicos e com idade entre 24 e 36 anos, foi disponibilizar o recurso da analgesia a todas às parturientes sem contra-indicação para o seu uso. Já as mulheres assistidas mencionam, como principal característica de uma assistência ideal, uma boa relação com os profissionais de saúde, em que a atenção dispensada por esses profissionais tem um papel importante. A presença do acompanhante também é destacada pelas mulheres como um componente importante da assistência ideal, conforme citado anteriormente. Dessa forma, percebe-se haver divergências consideráveis entre os dois grupos na maneira de pensar como deveria ser uma assistência ideal.

Quanto aos **aspectos negativos**, observou-se que os profissionais de ambas as maternidades estudadas identificam mais aspectos negativos do que as mulheres assistidas ao falarem sobre a assistência ao parto. Dessa forma, o aspecto negativo mais citado pelo grupo de profissionais foi a impossibilidade de oferecer parto sob analgesia para todas as mulheres sem contra-indicações para o seu uso, sendo que os profissionais da categoria dos médicos com idade entre 24 e 36 anos que trabalham na Maternidade A são os que mais fazem referências a esse aspecto.

As mulheres entrevistadas, por sua vez, em momento algum mencionaram a ausência da analgesia como um aspecto negativo da assistência e, embora tenham feito referências à experiência incômoda de sentir dor, parecem assumi-la como uma dimensão natural do processo de parir. Embora os estudos na realidade brasileira quanto ao papel da dor na experiência das mulheres sejam escassos e pouco elucidativos,

algumas pesquisas realizadas com classes populares têm apontado para a idéia de que, entre esse grupo, a dor é considerada como um elemento natural e essencial da maternidade (Gualda, 1994; Hotimsky *et al.*, 2002 & Paim, 1998).

Por outro lado, o aspecto negativo mais citado por esse grupo, especialmente pelas mulheres solteiras, foi o atendimento de alguns profissionais de saúde, conforme citado anteriormente. Os tipos de reclamações feitas sobre esses atendimentos parecem indicar que a falta de atenção, por um lado, e o tratamento desrespeitoso, por outro, são as suas características principais. Portanto, no que diz respeito à percepção dos aspectos negativos da assistência, percebe-se haver diferenças marcantes entre os dois grupos.

Entre os profissionais entrevistados parece prevalecer uma visão segundo a qual disponibilizar o recurso da analgesia a todas as mulheres seria essencial para melhorar a qualidade da assistência prestada, concepção que desconsidera estudos na área que revelam uma associação do uso desse recurso com uma maior probabilidade de experienciar o parto de maneira negativa (Waldenström *et al.* 2004). Além disso, essa visão desconsidera também as necessidades das usuárias dos serviços investigados, pois, conforme se constatou neste estudo, embora elas mostrem desconforto com a experiência de sentir dor, não demonstram uma expectativa de suprimi-la com métodos farmacológicos e, ao contrário, parecem assumi-la como uma dimensão natural da experiência de parir. As mulheres, ao falarem dos aspectos negativos da assistência, focalizam mais questões ligadas à qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Quanto à maneira de pensar **os papéis dos profissionais e das mulheres no momento do parto**, os dados parecem indicar uma semelhança entre os dois grupos estudados. Essa semelhança ocorre no sentido de perceber o papel desempenhado pelo médico como o mais importante para que o parto ocorra sem complicações graves. Entre os profissionais, essa visão predomina entre aqueles que trabalham na Maternidade A, que pertencem à categoria dos médicos e têm idade entre 24 e 36 anos. Essa forma de pensar torna-se evidente quando os profissionais médicos expressam a idéia de que o médico faz o parto, e a mulher apenas o ajuda. Mesmo quando esses profissionais atribuem a si o papel de orientar a mulher em trabalho de parto, muitas vezes a orientação está relacionada ao que a mulher deve fazer. No caso das mulheres assistidas, também se observou a visão de que o papel do médico é o mais importante, na medida em que é ele quem “faz o parto”, além de uma série de práticas que elas também parecem considerar necessárias para que o parto ocorra. Contribuíram para a

produção desse dado principalmente as mulheres que não tiveram acompanhante durante o processo de parto, com escolaridade até o ensino médio completo e atendidas na Maternidade A.

Por último, com relação à maneira de ver **o papel da dor** no momento do parto, observou-se que, embora os dois grupos indiquem perceber a dor como uma característica intrínseca ao trabalho de parto, os profissionais parecem vê-la como um mal a ser combatido, principalmente com recursos farmacológicos, enquanto que as mulheres, apesar de terem, em muitos momentos, manifestado o desejo de que a dor cessasse logo, parecem não valorizar esse aspecto.

Quanto à questão da **relação** entre profissional e parturiente, foram observados também alguns pontos de semelhança e outros de divergência na maneira como cada um dos grupos analisados percebe a relação que estabelecem entre si.

Dessa forma, constatou-se que tanto o grupo dos profissionais, representado principalmente por aqueles que trabalham na Maternidade B e com idade entre 37 e 49 anos, como o grupo das mulheres assistidas, representado principalmente por aquelas com idade entre 25 e 38 anos, percebe a relação que estabelecem entre si como “boa”. Observou-se também que, de maneira geral, há uma convergência na forma como cada um desses grupos avalia o que significa ter uma boa relação, notando-se apenas algumas diferenças entre eles. Entre essas diferenças, percebeu-se, entre os profissionais, menção a aspectos como envolver a parturiente nas decisões do parto e respeitar sua capacidade de desempenhar um papel ativo no momento do parto, o que não foi observado no grupo das mulheres. Nesse grupo, por sua vez, aspectos afetivos, como ser tratada com carinho, são citados como componentes importantes de uma “boa” relação, o que não aparece no relato do grupo dos profissionais.

Com relação ao aspecto **“envolvimento nas decisões não emergenciais do parto”**, foram observadas diferenças importantes entre os dois grupos estudados. Assim, enquanto a maioria dos profissionais entrevistados se percebe envolvendo a parturiente nesse tipo de decisão, a maioria das mulheres assistidas não se percebeu sendo envolvida nas referidas decisões, muito embora tenham manifestado o desejo, durante a realização da entrevista, de ter participado. Entre as decisões de que as mulheres gostariam de ter participado, conforme seus relatos, foram encontrados: realização da episiotomia, do enema e da tricotomia e utilização do soro com ocitócitos. Constatou-se também entre os profissionais uma concepção de que cabe somente a eles tomar algumas dessas decisões, como prescrever o enema e a tricotomia.

O último aspecto analisado foi o da **“liberdade oferecida à mulher para expressar seus sentimentos durante o processo do parto”**. Entre os profissionais, parece predominar uma visão mais restritiva em relação a formas de expressão mais exacerbadas por parte da parturiente, como gritar, sendo que a analgesia é vista como um recurso importante para evitar esse tipo de comportamento. O grupo que mais contribuiu para a produção desses dados foi o dos profissionais que trabalham na Maternidade A, com idade entre 24 e 36 anos. Por outro lado, entre o grupo das mulheres assistidas, os dados parecem indicar que, logo ao entrarem na maternidade, elas trazem consigo uma crença de que expressões como o grito não são bem vistas pelos profissionais que trabalham na maternidade. Junto com essa crença, aparece o medo de que, se não se controlarem, serão criticadas e maltratadas pelos profissionais, o que por sua vez, as leva a evitar esse tipo de expressão, embora, em alguns momentos, tenham manifestado o desejo de se expressar de forma mais intensa. Contribuíram para a produção desses dados principalmente as mulheres com nível de escolaridade até o ensino médio completo e que não participaram de grupo de gestantes.

Portanto, os dados parecem apontar para uma visão comum entre os profissionais de que manifestações extremas por parte da parturiente são indesejáveis, a qual as mulheres assistidas denotam já conhecer ao serem admitidas na maternidade. Esse conhecimento, por sua vez, foi transmitido a elas por outras mulheres de sua rede social que já passaram pela mesma experiência. Esses dados vão ao encontro de outras pesquisas que têm demonstrado haver uma tendência da equipes de saúde a esperar que as mulheres se comportem dentro de um padrão previamente determinado, o qual envolve o controle sobre as emoções. Além disso, estudos prévios também corroboram a idéia de que as mulheres normalmente percebem essas expectativas e procuram se amoldar a elas, ainda que nem sempre o consigam (Campero *et al.*, 1998; Caron & Silva; 2002; Hotimsky, 2002; Tornquist, 2004 & Valverde & Diniz, 2001).

Com relação à **utilização de algumas práticas de assistência**, identificaram-se também pontos de convergência e de divergência nas informações fornecidas pelo grupo dos profissionais e pelo grupo das mulheres assistidas. Assim, observou-se que as informações dos grupos referentes à Maternidade B coincidem, ou seja, se de um lado os profissionais que trabalham nessa Maternidade informaram que nenhuma das práticas investigadas é utilizada rotineiramente, de outro lado, os dados fornecidos pelas mulheres lá assistidas confirmam essa informação.

Na Maternidade A, constatou-se que os dados dos dois grupos convergem quanto à utilização rotineira do enema e da tricotomia, mas diferem quanto à utilização da ocitocina para corrigir a dinâmica do trabalho de parto e da episiotomia. Dessa forma, enquanto o grupo dos profissionais dessa Maternidade informou que não utiliza nenhum dos dois procedimentos de forma rotineira, os dados fornecidos pelas mulheres assistidas na referida Instituição indicam um uso que não chegou a ser definido como rotineiro, mas muito freqüente dessas práticas.

Portanto, a discrepância observada quanto à utilização da ocitocina e da episiotomia nos dados fornecidos pelos grupos relativos à Maternidade A parece sugerir uma resistência entre o grupo dos profissionais em expor a utilização tão freqüente dessas práticas. Isto, por sua vez, parece apontar para uma idéia, vigente nesse grupo, de que tal conduta não é bem vista no universo científico de maneira geral, já que esta pesquisadora representa esse universo. Por fim, após essa discussão, caberia questionar, talvez em um próximo trabalho, por que, apesar de as evidências científicas condenarem o uso de certas práticas e de os profissionais terem conhecimento acerca disso, seu uso ainda é tão freqüente na assistência prestada na Maternidade A.

Considerações Finais

O objetivo principal deste trabalho foi identificar representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto na maternidade. Considera-se que esse objetivo e também os objetivos específicos foram atendidos. Além disso, o estudo identificou também outros aspectos, como aqueles relacionados à avaliação que os participantes fazem da assistência prestada nas maternidades investigadas e, ainda, representações sociais sobre o próprio parto. A seguir são apresentadas as principais contribuições desta pesquisa, assim como apontadas algumas sugestões para o desenvolvimento desse campo de estudos e para a melhoria da assistência ao parto e nascimento nas instituições que trabalham nessa área.

O estudo identificou que, entre os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, existem dois tipos diferentes de representações sociais sobre a assistência ao parto. De um lado, encontrou-se uma representação social que aponta para uma visão medicalizada da assistência e que é predominante entre os profissionais da Maternidade A e que pertencem à categoria dos profissionais da área de medicina, cujas principais características são:

1. a assistência é percebida como uma atividade na qual cabe ao profissional médico “fazer” coisas durante o parto, como o próprio parto e outras intervenções aplicadas a todos os casos e ainda dizer à mulher o que fazer e como agir durante o processo;
2. o papel da mulher na assistência, na visão desses profissionais, se restringe a fazer força e ajudá-los a “fazer” o parto;
3. quanto à participação da mulher nas decisões não emergenciais que envolvem o parto, observou-se uma maneira de pensar segundo a qual cabe exclusivamente ao profissional médico tomar algumas dessas decisões, como a realização do enema e da tricotomia;
4. com relação à questão da liberdade oferecida à mulher para expressar seus sentimentos durante o parto, encontrou-se uma idéia predominante nesse grupo de profissionais, segundo a qual não é desejável que a mulher em trabalho de parto expresse seus sentimentos de maneira exacerbada;
5. quanto à questão da utilização de algumas práticas de assistência, identificou-se uma representação social segundo a qual, para que o parto ocorra sem problemas, é necessário submeter todas as mulheres a práticas intervencionistas

como o enema e a tricotomia. Da mesma forma, observaram-se ainda representações sociais que concebem o parto como algo intrinsecamente doloroso e, nesse sentido, há uma supervalorização do uso do recurso da analgesia como forma de aliviar a dor no parto;

6. as razões apontadas por esses participantes para utilizar de forma rotineira uma dessas práticas, no caso o enema, baseiam-se em crenças pessoais, desconsiderando evidências científicas na área.

Observaram-se também nesse grupo concepções que apontam para a presença de alguns aspectos humanizadores na maneira de pensar a assistência, como, por exemplo, a defesa da adequação do espaço físico da Maternidade A de modo a promover maior privacidade e conforto para as parturientes e, ainda, o reconhecimento da importância do acompanhante no parto, embora algumas restrições em relação a essa prática sejam colocadas, como a impossibilidade de as mulheres contarem com a sua presença nos partos cesáreos.

De outro lado, encontrou-se um tipo de representação social, predominante entre os profissionais que trabalham na Maternidade B, pertencentes à categoria das enfermeiras obstetras, que aponta para uma visão da assistência identificada com o modelo proposto pelo Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. As principais características dessa representação social são as seguintes:

1. grande importância é dada à presença do acompanhante durante todo o processo de parto, assim como à participação da enfermeira obstetra na assistência e à participação ativa da mulher no nascimento do seu filho;
2. quanto ao envolvimento da mulher nas decisões não emergenciais que cercam o parto, observou-se que os profissionais defendem uma idéia segundo a qual a mulher pode ser envolvida nessas decisões;
3. há uma forma de pensar que tende a ser mais permissiva em relação a expressões emocionais exacerbadas por parte da mulher em trabalho de parto;
4. predomina, nesse grupo, uma visão de que nenhuma das práticas de assistência investigadas deve ser utilizada de forma rotineira.

Apesar de os profissionais da Maternidade B, de maneira geral, mostrarem-se bastante identificados com o modelo de atenção já mencionado, estes relatam haver divergências importantes dentro da equipe quanto à maneira de pensar como deve se dar a assistência naquela maternidade.

Por outro lado, um aspecto comum aos dois grupos de profissionais é que demonstram perceber a sua relação com as parturientes como “boa”, sendo que para eles “ter uma boa relação” envolve aspectos que variam desde o ato de se apresentar para as mulheres até envolvê-las nas decisões relativas ao seu parto.

Já entre as mulheres assistidas, não foram observadas representações sociais da assistência ao parto tão claramente definidas e nem diferenças tão marcantes entre as representações do grupo atendido na Maternidade A e aquele atendido na Maternidade B. Da mesma maneira, também não se identificou uma influência significativa de fatores demográficos como idade e escolaridade na maneira como esse grupo percebe a assistência, o que parece confirmar os resultados de outros estudos na área (Green & Baston, 2003; Hodnett, 2002; Waldenström, 2004 & Waldenström *et al.*, 2004;).

Identificou-se que esse grupo, ao falar da assistência, destaca outros aspectos como a avaliação que fazem do atendimento recebido, assim como suas percepções sobre esse atendimento.

Dessa forma, entre o grupo das mulheres assistidas, os principais achados deste estudo foram os seguintes:

1. as participantes, principalmente aquelas atendidas na Maternidade A, se percebem desempenhando um papel mais passivo durante o processo de parto, enquanto atribuem aos profissionais um papel mais ativo. Esses dados, por sua vez, parecem apontar para uma representação social de que o papel dos profissionais de saúde no parto é mais importante do que o delas que estão vivenciando a experiência de parir e, ainda, uma subordinação ao poder médico que caracteriza a assistência ao parto em nossa sociedade, conforme demonstrado anteriormente;
2. há uma diferença importante entre o grupo atendido na Maternidade A e aquele atendido na Maternidade B quanto à questão do envolvimento nas decisões não emergenciais do parto. Houve uma prevalência de mulheres que não se sentiram envolvidas na assistência ao parto, sendo que a grande maioria das mulheres que referiu não ter participado desse tipo de decisão foi atendida na Maternidade A;
3. há um conhecimento pouco claro quanto a critérios de internação nas maternidades. Parece predominar, entre as mulheres assistidas, uma visão segundo a qual para ser admitida na maternidade é suficiente estar sentindo dores e contrações;

4. as mulheres assistidas identificam mais aspectos positivos do que negativos na assistência recebida. Entre os aspectos positivos, a atenção recebida da equipe de saúde foi o mais citado. Entre os aspectos negativos, o mais referido foi o atendimento prestado por alguns profissionais de saúde, caracterizado pelas mulheres como grosseiro, impaciente, desumano, pouco atencioso, entre outras características. Ao falar de como imaginam uma assistência ideal, as mulheres apontam o estabelecimento de uma boa relação com profissionais de saúde como a sua característica principal. Esses dados, por conseguinte, parecem apontar para uma representação social comum entre as mulheres assistidas de que uma boa assistência é aquela em que os profissionais são atenciosos, ao passo que uma assistência ruim, por outro lado, seria aquela em que os profissionais fossem pouco atenciosos com as parturientes e as tratassem de forma desrespeitosa;
5. de maneira geral, a relação estabelecida com os profissionais de saúde nas maternidades investigadas é percebida como “boa”, mesmo naquelas situações em que alguns problemas são mencionados. Ao abordarem esse aspecto, as mulheres mencionam com frequência as profissionais da área de enfermagem, o que parece indicar que essas profissionais desempenham um papel importante na maneira como elas percebem a sua relação com a equipe;
6. com relação ao aspecto “liberdade para expressar sentimentos durante o processo de parto”, encontrou-se uma crença segundo a qual as mulheres não devem gritar na maternidade sob o risco de não serem bem tratadas pelos profissionais. Essa crença, por sua vez, parece estar apoiada em dados concretos de realidade, uma vez que se observou, entre os profissionais, a presença de uma idéia de que não é desejável que a mulher em trabalho de parto expresse seus sentimentos de maneira intensa;
7. quanto à utilização de algumas práticas de assistência nas maternidades analisadas, observou-se que as mulheres assistidas na Maternidade A foram as que mais foram submetidas a essas práticas e que não há um questionamento de sua parte sobre a necessidade ou não de realizar esses procedimentos e outros aos quais elas revelaram ter sido submetidas. Esses dados, por sua vez, apontam para uma idéia de que o profissional de saúde, principalmente o médico, detém o conhecimento sobre o que é melhor para a parturiente, além de mostrar também

uma subjugação ao poder médico, que se configura como uma das características principais da assistência ao parto em nossa sociedade.

Portanto, comparando os dois grupos, o das mulheres assistidas e o dos profissionais de saúde, um dos resultados encontrados e que mais chama a atenção é o fato de que, apesar de haver diferenças importantes entre as representações sociais dos dois grupos de profissionais analisados e de essas diferenças também serem percebidas nas práticas assistenciais de cada uma das maternidades representadas por esses grupos, estas diferenças não exercem uma influência determinante na maneira como as mulheres representam ou avaliam a assistência recebida.

O que os resultados indicam é que o que exerce uma influência importante na maneira como as mulheres vêm a assistência recebida é a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde. Ou seja, a assistência parece ser percebida positivamente na proporção em que as mulheres sentiram receber “atenção” dos profissionais de saúde.

Porém, é necessário considerar o fato de que é difícil para as usuárias expressarem sua opinião sobre outros aspectos da assistência quando desconhecem outras alternativas de cuidado, conforme defendem Teijlingen *et al.* (2003). Esse fato parece explicar, em parte, porque as mulheres acabam aceitando sem questionamento a submissão a práticas intervencionistas como a episiotomia. Por outro lado, parece que o uso indiscriminado dessas práticas nas últimas décadas levou à sua incorporação pelo público leigo como algo “normal” e até mesmo esperado na assistência ao parto.

Contudo, essa postura passiva da mulher na assistência parece ser também uma consequência do fato de as maternidades serem estruturas hospitalares e o hospital, em nossa sociedade, ter se constituído historicamente como espaço de exercício do poder médico em que o indivíduo aparece como objeto do saber e da prática médicos, conforme demonstra Foucault (1985). Além disso, é importante também considerar uma tendência encontrada em outros estudos no sentido de as mulheres avaliarem positivamente a assistência recebida pelo fato de estarem sob o efeito do alívio do parto ter tido um desfecho feliz, conforme amplamente exposto neste trabalho (Domingues *et al.*, 2004; Hodnett, 2002; Teijlingen *et al.*, 2003 & Waldenström *et al.*, 2004).

Assim, considera-se que uma das mais importantes contribuições deste estudo foi ter identificado o quanto as mulheres valorizam, na assistência ao parto, a qualidade da relação que estabelecem com os profissionais de saúde. Esse dado, por sua vez, está em consonância com os resultados de outros estudos que identificaram resultados

semelhantes (Domingues *et al.* 2004; Fowles, 1998; Green & Baston, 2003; Hodnett, 2002; Motta, 2003; Santos & Silbert, 2001; Waldenström, 2004 & Waldenström *et al.* 2004). Todavia, percebe-se que outros estudos se fazem necessários no sentido de aprofundar o que significa para as mulheres um “atendimento atencioso”.

Outro dado que chama a atenção é a supervalorização, por parte dos profissionais da Maternidade A, da analgesia peridural como forma de aliviar a dor no parto. Embora esse método esteja associado com um alívio significativo da dor, conforme visto, ele também traz riscos consideráveis para a saúde de mulheres e bebês e ainda não existem estudos suficientes no sentido de demonstrar o impacto do uso desse recurso na satisfação das mulheres com a assistência. Waldenström *et al.* (2004) encontraram em seu estudo que as mulheres que receberam analgesia peridural tiveram quase o dobro de risco de experienciar o parto de maneira negativa. Estudo realizado pela Maternity Center Association (2004) identificou que, entre as mulheres que fizeram uso da analgesia peridural em seu parto, entre 38% e 83% não tinham certeza ou não concordavam quanto às várias afirmativas sobre os riscos potenciais desse método. É preciso considerar, ainda, que pesquisas realizadas com mulheres pertencentes a classes populares no Brasil têm indicado que, para esse grupo, a dor parece ser considerada como um elemento natural e essencial da maternidade (Gualda, 1994; Hotimsky *et al.*, 2002 & Paim, 1998). No entanto, identifica-se a necessidade de realizar outros estudos no sentido de elucidar o papel da dor na experiência de parto de mulheres brasileiras.

Assim, cabe questionar se, em havendo uma grande oferta do recurso da analgesia peridural, conforme defendem os profissionais da Maternidade A, as mulheres serão devidamente informadas sobre os seus riscos e se terão a chance de optar pela sua utilização ou não. Questiona-se também por que outras formas de alívio da dor menos invasivas, como a aplicação de massagens e de banhos quentes, não são defendidas por esses profissionais como primeiras opções na tentativa de diminuir a dor no parto.

Por fim, algumas sugestões são feitas a organismos governamentais e não governamentais comprometidos com a qualidade da assistência ao parto no sentido de promover melhorias no atendimento. Avalia-se que essas sugestões não são aplicáveis somente na realidade da cidade de Florianópolis, local em que se desenvolveu a pesquisa, mas também no País de maneira geral, considerando-se que a realidade brasileira não difere muito daquela encontrada aqui. Dessa forma, esforços devem ser empregados no sentido de:

1. desenvolver estratégias buscando conscientizar as usuárias e seus familiares sobre as alternativas possíveis na assistência, assim como seus direitos sociais e reprodutivos. Considera-se assim a importância da mídia falada e escrita para atender esses objetivos e ainda do apoio desses organismos para o desenvolvimento de trabalhos com grupos de gestantes em espaços comunitários, como as Unidades Locais de Saúde. É importante levar em conta a necessidade dos profissionais que desenvolvem esses trabalhos serem capacitados de modo a ter acesso ao manejo adequado de trabalhos com grupos, bem como conhecimentos atuais sobre a questão da assistência ao parto, baseados nos avanços científicos. Parte-se do pressuposto de que mudanças significativas no modelo hegemônico de assistência somente ocorrerão a partir do momento em que grupos sociais começarem a se organizar no sentido de ter acesso às informações e garantir seus direitos;
2. repensar a formação dos profissionais em nível de graduação e pós-graduação (cursos de especialização e residência), no sentido de formular programas de ensino que levem mais em consideração as contribuições da ciência para a assistência ao parto e nascimento e, da mesma forma, a importância do desenvolvimento de habilidades relacionais com as usuárias dos serviços e seus familiares. Espera-se, assim, que relatos de tratamento desrespeitoso e violento no parto não mais ocorram. Abre-se, dessa forma, para a psicologia um campo valioso de estudos e atividade profissional, considerando que as relações humanas têm sido objeto de estudo dessa disciplina desde o seu surgimento;
3. buscar uma maior integração entre os níveis de assistência (USL, centros especializados em gestação de alto-risco e maternidades) de modo a promover um atendimento mais completo e adequado às necessidades das usuárias;
4. promover incentivos para que as instituições que prestam assistência adotem condutas orientadas pelas evidências científicas e também pelas necessidades dos sujeitos envolvidos, pois conforme se mostrou, as mudanças nas práticas alteram as representações sociais dos grupos sociais;
5. prestar apoio às instituições que trabalham identificadas com o modelo proposto pelo Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, no sentido de possibilitar que estejam sempre repensando sua atuação a fim de que não se perca de vista aquele que deve ser sempre o princípio norteador da assistência: as necessidades de mulheres e crianças.

Referências Bibliográficas

- Abric, J. C. (1998). Abordagem estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos interdisciplinares de representação social (pp.27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp. 155-171). Rio de Janeiro: UERJ.
- Alves, M. T. S. S. B. (2002). O parto na maternidade: Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. Em R. M. Barbosa, E. M. L. Aquino, M. L. H. Born, & E. Berquó (Orgs.), Interfaces-gênero, sexualidade e saúde reprodutiva (pp. 279-305). Campinas: Unicamp.
- Andrade, M. A. A. (1998). A identidade como representação e a representação da identidade. Em A.S.P.Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos interdisciplinares de representação social (pp.141-149). Goiânia: AB.
- Bangerter, A. (1995). Rethinking the relation between science and common sense, a comment on the current state of social representations. Papers on Social Representations, 4 (1), 61-78.
- Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: Uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, 21 (5), 1316-1327.
- Camargo, B.V. (2005) Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A.S.P.Moreira, B.V.Camargo, J.C. Jesúino e S. M. Nóbrega (Orgs.). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 511-539). João Pessoa: UFPB/Editora Universitária.

- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S. & Langer, A. (1998). Alone, I wouldn't have known what to do: A qualitative study on social support during labor and delivery. Mexico Social Science & Medicine, 47 (3), 395-403.
- Caron, O. P. F., & Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: A difícil arte da comunicação. Rev. Latino Americana de Enfermagem, 10 (4), 485-492.
- Carriere, B. (1999) Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica. São Paulo: Manole.
- Chen, C., Wang, S. & Chang, M. (2001). Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. Birth, 28:3, 180-185.
- DATA/SUS. Ministério da Saúde, 2003. Mortalidade perinatal. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/capituloc.pdf>
- DATA/SUS. Ministério da Saúde, 2004. C. 2. Taxa de mortalidade perinatal. Indicadores de mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c02.htm>
- Davis-Floyd, R. (1994). The rituals of american hospital birth. Em D. McCurdy (Ed.), Conformity and conflict: Readings in cultural antropology (8th edition, pp. 323-340). New York: HarperCollins.
- Davis-Floyd, R. & St. John, G. (2004). Del medico al sanador. Buenos Aires: Creavida.
- Dias, M. A. B. & Deslandes, S. F. (2004). Cesarianas: Percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, 20 (1), 109-116.
- Diniz, C. S. G. (2001). Entre a técnica e os direitos humanos: Possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.

- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3), 627-637.
- Diniz, S. G. & Duarte, A. C. (2004). Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber. Rio de Janeiro: UNESP.
- Domingues, R. M. S. M. (2002). A presença de um (a) acompanhante durante a atenção ao parto: A experiência da Maternidade Leila Diniz. Em R. M. Barbosa, E. M. L. Aquino, M. L. H. Born, & E. Berquó (Orgs.), Interfaces-gênero, sexualidade e saúde reprodutiva (pp. 245-277). Campinas: Unicamp.
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M. & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: Contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública, 20 Sup 1: S52-S62.
- Faúndes, A., Pádua, K. S., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G. & Sousa, M. H. (2004). Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev. Saúde Pública, 38 (4), 488-499.
- Fernandes, B. M. (2000). Representações femininas do parto normal e da cesárea. Em E. R. Brandão (Org.), Saúde, direitos reprodutivos e cidadania (27-54). Juiz de Fora: Editora da UFJF.
- Foucault, M. (1985). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.
- Fortes, H., & Pacheco, G. (1968). Dicionário médico. Rio de Janeiro: Fábio de Melo, editor.
- Fowles, E. R. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. Birth, 25:4, 235-240.
- Gouchert, M. (2003). Baixo peso ao nascer em partos hospitalares na Região da Grande Florianópolis em 2001 (Trabalho de conclusão do curso de medicina). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. Birth 30:4, 235-247.
- Gualda, D. M. R. (1994). Os vazios da assistência obstétrica: Reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. Rev. Esc. Enf. USP, 28:3, 332-336.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186 (5), S160-S172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2005). Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library, disponível:<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003766.html>
- Hotimsky, S. N. (2001). Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da associação comunitária Monte Azul: Uma abordagem antropológica. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.
- Hootimsky, S. N., Rattner, D. , Venancio, S. I, Bógus, C. M.& Miranda, M. M.(2002). O parto como eu vejo...ou o parto como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, 18(5): 1303-1311.
- Ip, W. Y., Chien, W. T. & Chan, C. L. (2003). Childbirth expectations of chinese first-time pregnant. Journal of Advanced Nursing, 42(2), 151.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão. Em D. Jodelet (org.), As representações sociais (pp 17-41). Rio de Janeiro: UERJ.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (1993). Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth. Massachusetts: Perseus.

- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2000). Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. (M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra originalmente publicada em 1995).
- Kolkovas, A. (1999). Dicionário terapêutico Guanabara. (ed. 1999/2000). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Langer, M. (1986). Maternidade e sexo. (M. N. Folberg, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra originalmente publicada em 1978).
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M. & Gotlieb, S. L. D. (2004). A mortalidade materna nas capitais brasileiras: Algumas características e estimativas de um fator de ajuste. Rev. Bras.Epidemiol., 7(4), 449-460.
- Maldonado, M. T. (2000). Psicologia da gravidez, parto e puerpério (15. ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maternity Center Association. (2004). Recommendations from listening to mothers: The first national U. S. survey of women's childbearing experiences. Birth, 31:1, 61-65.
- Melo, V. H. (1983). Evolução histórica da obstetrícia: A marginalidade social das parteiras e da mulher. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher (2001). Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moraes, M. H. C. (2001). Os fenômenos emocionais envolvidos na prática médica: Um estudo de interação médico residente-parturiente. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Moscovici, S. (1981). On social representation. Em J. P. Forgas (Org.), Social cognition, (pp. 181-209). London: Academic Press.
- Motta, C. C. L. (2003) Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Nóbrega, S. M. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. Em A.S. Moreira (org.), Representações sociais : teoria e prática (pp. 55-87). João Pessoa: Editora Universitária.
- Odent, M. (2000). A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Imagem.
- Organização Mundial da Saúde. (1985). (S. N. Hotimsky, Trad.). Tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Lancet, 24 de agosto, 436-437.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). Maternidade segura, assistência ao parto normal: Um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família/Genebra.
- Paciornick, M. (1983). O parto de cócoras: Aprenda a nascer com os índios (3ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Paim, H. H. S. (1998). Marcas no corpo: Gravidez e maternidade em grupos populares. Em L. F. D. Duarte, & O. F. Leal (Orgs.), Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas (pp. 31-47). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Ratto, K. M. N. (2001). É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, 21, 115-135.
- Rede Feminista de Saúde (2001). Dossiê mortalidade materna. Disponível: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiémortmaterna.html>

- Reinert, M. (1990). ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique, (28) 24-54.
- Rezende, J. (1995). Obstetrícia (7ª. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rosfelter, P. (1994). El nacimiento de una madre: Bebe blues. (C. Slavutzky, trad.) Buenos Aires: Editora Nueva Visión.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos interdisciplinares de representação social (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Sá, C. P. (1993). Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria. Em M. J. Spink (Org.), O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social (pp. 19-45). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Santos, M. L. (2002). Humanização da assistência ao parto e nascimento: Um modelo teórico. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Santos, O. M. B. & Sibert, E. R. C. (2001). The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. Em Journal of Gynecology & Obstetrics, 75, 873-879.
- Soares, A. V. N. & Silva, I. A. (2001). Hospitalização: Do abandono ao acolhimento-representações de puérperas sobre internação em uma maternidade. Em C. M. N. Schulze & B. V. Camargo (Orgs.), Caderno de resumos da II Jornada Internacional sobre Representações Sociais: Questões metodológicas (p.173). Florianópolis: UFSC.
- Soifer, R. (1980). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. (I.V. Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Obra originalmente publicada em 1977).

- Spink, M. J. P. (2003). As origens históricas da obstetrícia moderna. Em M. J. P. Spink, Psicologia social e saúde (pp. 169-193). Petrópolis: Editora Vozes.
- Stedman, T. L. (1999). Stedman dicionário médico (C. de Araújo, M. Vanzelloti, J. I. Lemos, M. F. Azevedo, Trad.), 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Taber (2000). Dicionário médico enciclopédico : Taber (17ª .ed.) São Paulo: Manole.
- Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A. M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: What is, must be best. Birth 30:2, 75-80.
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev. Estudos Feministas 10: 2, 483-507.
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública, 19 (2), S419-S427.
- Tornquist, C. S. (2004). Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Valverde, R. C. & Diniz, N. M. F. (2001). Humanização no parto: representações sociais das enfermeiras (os). Em C. M. N. Schulze & B. V. Camargo (Orgs.), Caderno de resumos da II Jornada Internacional sobre Representações Sociais: Questões metodológicas. Florianópolis: UFSC.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M. & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12 (2), 479-501.
- Videla, M. (1997). Maternidade: Mito e realidade. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Wagner, W. (1993). Can representations explain behaviour? A discussion of social representations as rational systems. Papers on Social Representations, 2 (3), 236-249.

Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? Birth 31:2, 102-107.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. Birth, 31:1, 17-27.

Wolff, L. R. & Moura, M. A.V. (2003). As representações sociais das parturientes sobre a assistência no trabalho de parto e parto. Livro de resumos da III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais (p.99). Rio de Janeiro: UERJ.

Anexos

Anexo A: Roteiro de Entrevista com a Mulher Assistida

Anexo B: Roteiro de Entrevista com o Profissional de Saúde

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (mulheres assistidas)

Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)

Anexo E: Relatório do Alceste Relativo ao Corpus “Assistência ao Parto”- Grupo das Mulheres Assistidas (versão resumida)

Anexo F: Relatório do Alceste Relativo ao Corpus “Relação- Profissional- Parturiente”- Grupo das Mulheres Assistidas (versão resumida)

Anexo G: Relatório do Alceste Relativo ao Corpus “Assistência ao Parto”- Grupo dos Profissionais de Saúde (versão resumida)

Anexo H: Relatório do Alceste Relativo ao Corpus “Relação- Profissional-Parturiente”- Grupo dos Profissionais de Saúde (versão resumida)

Anexo A

Roteiro de Entrevista com a Mulher Assistida

I- Identificação

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Você realizou acompanhamento pré-natal?

Você participou de grupo de gestantes?

Maternidade em que ocorreu o parto:

Tipo de parto:

Presença de acompanhante no parto:

Não ()

Sim () Quem?

II- Tópicos

1. Conte-me como foi a sua escolha de ter bebê na Maternidade X.

2. Conte-me como foi o seu parto.

3. Fale-me como foi ter o seu bebê nesta maternidade.

4. Que pontos você achou mais positivos no atendimento que recebeu? Por quê?

5. Houve pontos negativos?

Não ()

Sim () Quais?

6. Como você acha que seria o jeito ideal de atender uma mulher que vai ter o seu bebê numa maternidade? Por que você acha que deveria ser assim?

7. Toda maternidade tem um jeito de realizar o atendimento e realiza algumas coisas com a mulher que são chamadas de procedimentos. Por exemplo, você me contou que no seu parto foi realizado o procedimento _____ (referir o primeiro procedimento que a mulher mencionou). Esse foi um procedimento. Que outros procedimentos você se lembra que foram realizados no seu parto? Investigar os seguintes procedimentos se não tiverem sido citados:

- Correção da dinâmica do trabalho de parto com ocitocina (soro para aumentar a dilatação do útero)
- Enema (lavagem)
- Tricotomia (raspagem dos pêlos)
- Episiotomia (corte perto da vagina)

8. Como foi a sua convivência na maternidade com as pessoas que trabalham lá?

9. Todo parto envolve sempre algumas decisões que o profissional, médico ou enfermeiro, tem que tomar ali na hora. Algumas decisões são emergenciais, como aquelas que são tomadas em situações que envolvem risco de morte para a mãe ou o bebê. Outras decisões são “não-emergenciais” e ocorrem em todos os partos (fornecer um exemplo que a mulher mencionou em seu relato). Você sentiu que participou dessas decisões “não emergências”?

10. Você se sentiu à vontade na maternidade para colocar para fora o que estava sentindo?

11. Há mais alguma coisa que eu não lhe perguntei e que você gostaria de falar sobre esse assunto?

Anexo B

Roteiro de Entrevista com o Profissional de Saúde

I- Identificação

Idade:

Sexo:

Profissão:

Maternidade em que trabalha:

Função que exerce na Maternidade:

No caso de ter filhos, de que tipo de parto eles nasceram?

II- Tópicos

1. Conte-me como você veio trabalhar nesta maternidade.
2. Fale-me sobre sua experiência de assistência a partos nesta maternidade.
3. Que pontos você considera mais positivos na assistência que é prestada nesta maternidade? Por quê?
4. Em sua opinião, há aspectos negativos na assistência que é prestada nesta maternidade?
Não ()
Sim () Quais?
5. Como seria, em sua opinião, a assistência ideal? Por que você acha que deveria ser assim?
6. Pelas informações que pude obter eu sei que cada maternidade segue uma rotina e realiza alguns procedimentos que variam de uma maternidade para a outra.
a) Você poderia me dar alguns exemplos de procedimentos que utiliza rotineiramente em sua prática de assistência?

Investigar os procedimentos listados abaixo e que não tiverem sido citados:

- Correção da dinâmica do trabalho de parto com ocitocina
- Enema
- Tricotomia
- Episiotomia

b) Segundo classificação realizada em 1996 pela Organização Mundial da Saúde das práticas no parto normal, o enema está classificado entre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas da assistência (Categoria B). Qual a sua opinião sobre essa classificação?

7. Como costuma ser a sua relação com as parturientes?

8. Todo parto envolve sempre algumas decisões que o profissional responsável pela assistência, médico ou enfermeiro, precisa tomar. Algumas decisões são emergenciais, como aquelas que são tomadas em situações que envolvem risco de morte para a mãe ou o bebê. Outras decisões são “não-emergenciais” e estão presentes em todos os partos.

a) Você costuma oferecer à mulher a oportunidade de participar das decisões “não emergenciais” do parto?

Não ()

Sim () Como?

9. Você costuma deixar as mulheres em trabalho de parto à vontade para expressar o que estão sentindo? Como você faz isso?

10. Há mais alguma coisa que eu não lhe perguntei e você gostaria de falar sobre esse assunto?

Anexo C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (mulheres assistidas)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sandra Cristina da Silveira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-a, a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo.

Esta pesquisa se intitula “**A Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres no Puerpério e Profissionais de Saúde**” e tem por objetivo conhecer a visão de mulheres no puerpério e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto na maternidade, com a intenção de contribuir para a sua melhoria. A sua participação acontecerá através do consentimento em entrevistá-la.

As entrevistas serão gravadas em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado possa lhe identificar, não serão usados. Todas as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas nesta pesquisa. A sua participação é absolutamente voluntária, a pesquisadora está à disposição para qualquer esclarecimento e a sua recusa em participar não trará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento no Centro de Saúde. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone 244-4128.

.....
Sandra Cristina da Silveira Pesquisadora Principal

.....
Brígido Vizeu Camargo – Pesquisador responsável

Eu abaixo assinado, declaro através deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa **A Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres no Puerpério e Profissionais de Saúde**. Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Florianópolis, de de 2004.
.....
Assinatura

Anexo D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sandra Cristina da Silveira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo.

Esta pesquisa se intitula “**A Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres no Puerpério e Profissionais de Saúde**” e tem por objetivo investigar quais as representações sociais que mulheres no puerpério e profissionais de saúde têm sobre a assistência ao parto na maternidade, com a intenção de contribuir para a sua melhoria. A sua participação acontecerá através do consentimento em entrevistá-lo (a).

As entrevistas serão gravadas em áudio, sendo que seu nome, ou qualquer dado possa lhe identificar, não serão usados. Todas as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas nesta pesquisa. A sua participação é absolutamente voluntária, a pesquisadora está à disposição para qualquer esclarecimento. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone 244-4128.

.....
Sandra Cristina da Silveira Pesquisadora Principal

.....
Brígido Vizeu Camargo – Pesquisador Responsável

Eu abaixo assinado, declaro através deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa **A Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres no Puerpério e Profissionais de Saúde**. Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Florianópolis, de de 2004.

.....
Assinatura

Anexo E

Relatório do Alceste Relativo ao Corpus "Assistência ao Parto"- Grupo das Mulheres Assistidas (versão resumida)

* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse :CORPUS1.pl ; Date : 8/ 6/**; Heure : 18:18:39

```
C:\Alceste\&&_0\  
CORPUS1.txt  
ET 1 1 1 1  
A 1 1 1  
B 1 1 1  
C 1 1 1  
D 1 1 1 0 0  
A1 1 0 0  
A2 3 0  
A3 1 1 0  
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0  
B2 2 2 0 0 0 0 0 0  
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0  
C1 0 121  
C2 0 2  
C3 0 0 1 1 1 2  
D1 0 2 2  
D2 0  
D3 5 a 2  
D4 1 -2 1  
D5 0 0
```

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 20

A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes	:	2881
Nombre d'occurrences	:	35624
Fréquence moyenne par forme	:	12
Nombre de hapax	:	1301
Fréquence maximum d'une forme	:	1713

76.99% des formes de fréq. <	5 recouvrent	11.30% des occur.;
88.96% des formes de fréq. <	15 recouvrent	20.21% des occur.;
94.45% des formes de fréq. <	32 recouvrent	30.15% des occur.;
97.08% des formes de fréq. <	70 recouvrent	40.22% des occur.;
98.37% des formes de fréq. <	135 recouvrent	50.01% des occur.;
99.13% des formes de fréq. <	237 recouvrent	61.26% des occur.;
99.55% des formes de fréq. <	317 recouvrent	70.60% des occur.;
99.79% des formes de fréq. <	688 recouvrent	80.02% des occur.;
99.93% des formes de fréq. <	1070 recouvrent	91.23% des occur.;
100.00% des formes de fréq. <	1713 recouvrent	100.00% des occur.;

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés	:	1395
Nombre de mots supplémentaires de type "r"	:	339
Nombre de mots supplémentaires de type "s"	:	34
Nombre d'occurrences retenues	:	35393
Moyenne par mot	:	19.673010

Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 13695 soit 40.145980%
Nombre d'occurrences supplémentaires : 20418
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 1280

B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 30
B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 539
Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 226
Nombre total de mots : 765
Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 34
Nombre de lignes de B1_DICB : 799

Nombre d'occurrences analysées : 13695

Nombre d'u.c.i. : 20
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 16.991320
Nombre d'u.c.e. : 806
Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 806
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
Nombre de couples : 29000

B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte : 14
Nombre d'unités de contexte : 638

B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte : 16
Nombre d'unités de contexte : 569

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables : 437
Nombre d'unités de contexte : 638
Nombre de "1" : 11410

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables : 434
Nombre d'unités de contexte : 569
Nombre de "1" : 11193


```

      13 |-----+
Cl. 3 ( 42uce) |-----+
      14 |-----+
Cl. 2 ( 152uce) |-----+
      18 |-----+
Cl. 4 ( 351uce) |-----+

```

C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 2.20

Nombre de mots (formes réduites) : 765
Nombre de mots analysés : 539
Nombre de mots "hors-corpus" : 34
Nombre de classes : 4

661 u.c.e. classées soit 82.009930%

Nombre de "1" analysés : 9690
Nombre de "1" suppl. ("r") : 11902

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 116. u.c.e. 1710. "1" analysés ; 2054. "1" suppl..
2eme classe : 152. u.c.e. 2177. "1" analysés ; 2734. "1" suppl..
3eme classe : 42. u.c.e. 632. "1" analysés ; 707. "1" suppl..
4eme classe : 351. u.c.e. 5171. "1" analysés ; 6407. "1" suppl..

Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 116. soit : 17.55 %
Nombre de "uns" (a+r) : 3764. soit : 17.43 %
Nombre de mots analysés par uce : 14.74

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
4	46.	168.	27.38	15.05	ach+
15	4.	6.	66.67	10.10	aliment+
18	3.	8.	37.50	2.23	alojamento_conjunto
20	4.	8.	50.00	5.89	amament+
28	23.	23.	100.00	111.96	aos
31	2.	3.	66.67	5.02	apoio
35	52.	90.	57.78	116.53	assist+
38	12.	26.	46.15	15.30	atencao
39	5.	9.	55.56	9.11	atenci+
41	39.	68.	57.35	83.00	atendi+
42	17.	40.	42.50	18.32	atend+
52	13.	25.	52.00	21.31	boa+
78	5.	7.	71.43	14.19	cidade
89	3.	5.	60.00	6.27	comida
102	5.	15.	33.33	2.64	convers+
109	6.	17.	35.29	3.80	cuid+
112	5.	7.	71.43	14.19	dado+
115	3.	4.	75.00	9.18	dando
117	5.	12.	41.67	4.91	daquel+
125	2.	4.	50.00	2.93	dei
138	7.	7.	100.00	33.24	destaco
141	4.	7.	57.14	7.67	dev+
148	5.	5.	100.00	23.67	direito+
166	2.	4.	50.00	2.93	duvida+
170	19.	55.	34.55	11.98	enfermeir+
178	3.	5.	60.00	6.27	equipe
188	8.	22.	36.36	5.57	estagiari+
196	5.	11.	45.45	6.02	experiencia+
197	12.	31.	38.71	10.07	explic+
201	6.	20.	30.00	2.21	falt+
206	6.	15.	40.00	5.35	fato
240	33.	60.	55.00	63.97	gost+
245	3.	8.	37.50	2.23	gross+
253	2.	3.	66.67	5.02	iam
254	2.	4.	50.00	2.93	ictericia

261	7.	15.	46.67	8.99	import+
304	35.	114.	30.70	16.47	maternidade_a
305	48.	154.	31.17	25.74	maternidade_b
320	7.	18.	38.89	5.82	momento
335	27.	29.	93.10	119.66	negativo+
338	3.	4.	75.00	9.18	nest+
342	4.	6.	66.67	10.10	nota
344	2.	3.	66.67	5.02	obrigado+
353	5.	9.	55.56	9.11	otimo+
372	5.	9.	55.56	9.11	pediatr+
377	2.	3.	66.67	5.02	peito
382	2.	4.	50.00	2.93	perfeit+
393	46.	55.	83.64	181.08	ponto+
396	25.	27.	92.59	109.56	positivo+
399	2.	4.	50.00	2.93	pos_parto
402	10.	26.	38.46	8.18	precis+
408	2.	3.	66.67	5.02	prestad+
409	2.	3.	66.67	5.02	prestativ+
432	2.	3.	66.67	5.02	reagente
433	52.	58.	89.66	228.46	recebi
434	3.	8.	37.50	2.23	receb+
435	10.	23.	43.48	11.07	reclam+
437	5.	9.	55.56	9.11	remedio+
443	7.	13.	53.85	12.07	rest+
463	3.	4.	75.00	9.18	seja
485	5.	7.	71.43	14.19	super
491	8.	21.	38.10	6.33	tenh+
494	18.	42.	42.86	19.85	teve
506	4.	9.	44.44	4.56	tratamento
507	12.	31.	38.71	10.07	trat+
513	5.	14.	35.71	3.26	unic+
560 *	5.	7.	71.43	14.19 *	2 houve
562 *	7.	15.	46.67	8.99 *	3 eram
563 *	65.	200.	32.50	44.30 *	3 foi
579 *	3.	8.	37.50	2.23 *	4 desde
591 *	5.	12.	41.67	4.91 *	4 sobre
597 *	6.	20.	30.00	2.21 *	5 depois-que
610 *	4.	10.	40.00	3.54 *	5 por-isso
613 *	27.	30.	90.00	114.01 *	5 quanto
614 *	103.	545.	18.90	3.91 *	5 que
619 *	14.	43.	32.56	7.16 *	6 bom
623 *	11.	26.	42.31	11.47 *	6 legal
625 *	18.	32.	56.25	34.81 *	6 muito-bom
628 *	11.	26.	42.31	11.47 *	6 tudo-bem
645 *	4.	9.	44.44	4.56 *	7 deles
658 *	104.	555.	18.74	3.38 *	7 eu
660 *	3.	8.	37.50	2.23 *	7 isto
666 *	24.	74.	32.43	12.76 *	7 mim
670 *	90.	343.	26.24	37.21 *	7 na
674 *	3.	5.	60.00	6.27 *	7 nenhum
703 *	22.	78.	28.21	6.94 *	7 tudo
731 *	41.	147.	27.89	13.97 *	9 bem
747 *	8.	26.	30.77	3.27 *	9 melhor
748 *	31.	119.	26.05	7.25 *	9 muito
756 *	10.	38.	26.32	2.14 *	9 sempre
761 *	20.	73.	27.40	5.50 *	9 tambem
768 *	29.	91.	31.87	14.95 *	*civ_1
770 *	75.	368.	20.38	4.60 *	*esc_1
774 *	80.	393.	20.36	5.28 *	*ida_1
776 *	7.	9.	77.78	22.87 *	*ind_21
780 *	8.	20.	40.00	7.18 *	*ind_25
781 *	5.	13.	38.46	4.01 *	*ind_26
787 *	3.	6.	50.00	4.41 *	*ind_32
788 *	10.	35.	28.57	3.10 *	*ind_33
795 *	7.	13.	53.85	12.07 *	*ind_40

Nombre de mots sélectionnés : 100

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 152. soit : 23.00 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 4911. soit : 22.74 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.32

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
9	3.	4.	75.00	6.15	adiant+
12	13.	16.	81.25	31.42	aguent+
16	5.	5.	100.00	16.87	alivi+
22	4.	8.	50.00	3.33	and+
23	6.	8.	75.00	12.37	anestes+
33	3.	4.	75.00	6.15	arrum+
34	59.	179.	32.96	13.77	as
43	17.	21.	80.95	41.14	aument+
44	4.	5.	80.00	9.25	avo+
47	13.	31.	41.94	6.59	banh+
48	3.	3.	100.00	10.09	barriga
54	4.	5.	80.00	9.25	bola+
55	17.	23.	73.91	34.89	bolsa
59	3.	5.	60.00	3.90	cafe
61	6.	7.	85.71	15.72	caminh+
67	25.	46.	54.35	27.45	cas+
69	6.	9.	66.67	9.83	centimetro+
71	23.	65.	35.38	6.25	cesariana
73	27.	35.	77.14	61.19	cheguei
77	3.	4.	75.00	6.15	chuv+
83	3.	6.	50.00	2.49	colica+
85	23.	40.	57.50	28.63	coloc+
86	24.	40.	60.00	32.92	comec+
91	3.	3.	100.00	10.09	comprimido+
97	2.	3.	66.67	3.25	conselho+
98	4.	8.	50.00	3.33	consult+
100	33.	41.	80.49	81.59	contrac+
107	6.	7.	85.71	15.72	costas
113	4.	8.	50.00	3.33	dai
120	12.	27.	44.44	7.31	das
122	5.	7.	71.43	9.37	decid+
123	3.	5.	60.00	3.90	decisao
124	25.	25.	100.00	87.01	dedo+
131	5.	8.	62.50	7.14	depil+
132	6.	11.	54.55	6.29	der+
134	5.	5.	100.00	16.87	desc+
135	5.	6.	83.33	12.45	desmai+
146	47.	53.	88.68	140.39	dilat+
149	4.	9.	44.44	2.37	direto
160	45.	92.	48.91	40.54	dor+
163	2.	3.	66.67	3.25	doutora
167	3.	3.	100.00	10.09	embaixo
186	15.	45.	33.33	2.91	esper+
187	5.	5.	100.00	16.87	espinha
190	11.	16.	68.75	19.39	estour+
193	3.	5.	60.00	3.90	examin+
208	43.	132.	32.58	8.55	faz+
220	3.	5.	60.00	3.90	final
221	22.	63.	34.92	5.59	figu+
223	26.	50.	52.00	25.70	fiz+
225	12.	31.	38.71	4.54	forc+
227	7.	8.	87.50	19.03	forte+
231	2.	3.	66.67	3.25	fraca
232	3.	5.	60.00	3.90	frente
265	5.	8.	62.50	7.14	inducao
266	4.	6.	66.67	6.52	induz+
268	4.	4.	100.00	13.48	inici+
270	17.	34.	50.00	14.76	intern+
277	7.	11.	63.64	10.43	lavagem
282	14.	36.	38.89	5.43	lev+
284	4.	5.	80.00	9.25	liguei
285	3.	6.	50.00	2.49	lig+
297	16.	23.	69.57	29.18	mand+
303	37.	125.	29.60	3.80	maternidade+
311	8.	20.	40.00	3.37	mei+
318	16.	19.	84.21	41.40	minuto+
322	5.	5.	100.00	16.87	morr+
324	4.	7.	57.14	4.66	mor+
330	6.	9.	66.67	9.83	nas
357	4.	4.	100.00	13.48	oxigenio
406	5.	9.	55.56	5.46	prepar+

411	5.	11.	45.45	3.19	pre_parto
414	3.	5.	60.00	3.90	procedimento+
419	5.	8.	62.50	7.14	pront+
421	3.	5.	60.00	3.90	quarta_feira
423	9.	16.	56.25	10.24	quase
430	10.	24.	41.67	4.90	rapid+
431	5.	7.	71.43	9.37	rasp+
440	5.	9.	55.56	5.46	resolv+
441	5.	6.	83.33	12.45	respir+
445	4.	4.	100.00	13.48	romp+
446	2.	3.	66.67	3.25	rota
455	18.	31.	58.06	22.59	sal+
456	3.	5.	60.00	3.90	sangramento
457	4.	7.	57.14	4.66	sangue
461	8.	12.	66.67	13.16	segur+
466	14.	23.	60.87	19.30	sentido
468	11.	27.	40.74	5.01	sentindo
469	18.	42.	42.86	9.99	sent+
481	18.	24.	75.00	38.04	soro
484	4.	6.	66.67	6.52	sub+
493	7.	14.	50.00	5.89	tent+
497	4.	8.	50.00	3.33	tipo+
500	16.	30.	53.33	16.33	tom+
501	9.	19.	47.37	6.56	toque+
503	12.	36.	33.33	2.30	trabalh+
514	6.	9.	66.67	9.83	uns
525	2.	3.	66.67	3.25	verific+
533	9.	24.	37.50	2.96	vir+
535	6.	13.	46.15	4.02	viu
536	15.	24.	62.50	21.95	volt+
537	3.	6.	50.00	2.49	vontade
540	* 116.	452.	25.66	5.75 *	a
541	* 126.	484.	26.03	9.42 *	e
545	* 76.	210.	36.19	30.26 *	0 estava
549	* 4.	7.	57.14	4.66 *	1 tendo
553	* 40.	135.	29.63	4.22 *	1 tinha
565	* 36.	88.	40.91	18.40 *	3 fui
574	* 26.	75.	34.67	6.51 *	4 ate
575	* 57.	191.	29.84	7.11 *	4 com
576	* 82.	323.	25.39	2.04 *	4 de
578	* 5.	12.	41.67	2.41 *	4 depois-de
581	* 33.	83.	39.76	15.06 *	4 em
583	* 7.	13.	53.85	7.13 *	4 menos
584	* 101.	357.	28.29	12.29 *	4 para
596	* 2.	3.	66.67	3.25 *	5 como-se
612	* 34.	95.	35.79	10.26 *	5 quando
629	* 3.	5.	60.00	3.90 *	6 vamos
650	* 61.	227.	26.87	2.93 *	7 eles
658	* 138.	555.	24.86	6.83 *	7 eu
662	* 70.	218.	32.11	15.26 *	7 me
668	* 4.	7.	57.14	4.66 *	7 minhas
696	* 3.	4.	75.00	6.15 *	7 teu
707	* 8.	11.	72.73	15.62 *	8 cinco
708	* 4.	9.	44.44	2.37 *	8 dez
709	* 9.	20.	45.00	5.64 *	8 dois
715	* 5.	6.	83.33	12.45 *	8 seis
718	* 43.	156.	27.56	2.41 *	8 um
727	* 2.	3.	66.67	3.25 *	9 atras
728	* 4.	8.	50.00	3.33 *	9 a-noite
730	* 10.	27.	37.04	3.13 *	9 bastante
734	* 24.	59.	40.68	11.44 *	9 depois
738	* 3.	4.	75.00	6.15 *	9 em-cima
741	* 47.	136.	34.56	12.93 *	9 ja
744	* 3.	4.	75.00	6.15 *	9 longe
752	* 2.	3.	66.67	3.25 *	9 pela-manha
759	* 3.	5.	60.00	3.90 *	9 suficiente
767	* 29.	84.	34.52	7.22 *	*acom_2
770	* 105.	368.	28.53	14.37 *	*esc_1
774	* 99.	393.	25.19	2.64 *	*ida_1
787	* 3.	6.	50.00	2.49 *	*ind_32
789	* 6.	12.	50.00	5.03 *	*ind_34
790	* 22.	61.	36.07	6.48 *	*ind_35
792	* 13.	23.	56.52	15.13 *	*ind_37
796	* 88.	335.	26.27	4.11 *	*mat_1

Nombre de mots sélectionnés : 145

Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 42. soit : 6.35 %
Nombre de "uns" (a+r) : 1339. soit : 6.20 %
Nombre de mots analysés par uce : 15.05

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	1.	3.	33.33	3.69	absorbente
4	21.	168.	12.50	14.30	ach+
5	12.	35.	34.29	48.46	acompanh+
18	3.	8.	37.50	13.20	alojamento_conjunto
30	1.	3.	33.33	3.69	apert+
35	29.	90.	32.22	117.17	assist+
38	8.	26.	30.77	27.11	atencao
40	4.	31.	12.90	2.34	atendid+
42	10.	40.	25.00	24.88	atend+
58	4.	5.	80.00	45.92	cadeira+
63	4.	19.	21.05	7.10	cam+
65	1.	3.	33.33	3.69	carinh+
74	8.	55.	14.55	6.77	cheg+
77	1.	4.	25.00	2.35	chuv+
90	2.	10.	20.00	3.18	complic+
119	9.	44.	20.45	15.75	dar+
140	11.	23.	47.83	68.88	deveri+
143	3.	19.	15.79	2.93	diferente+
147	1.	4.	25.00	2.35	dinheiro
149	2.	9.	22.22	3.86	direto
155	1.	3.	33.33	3.69	doenca
161	2.	8.	25.00	4.73	dos+
184	3.	8.	37.50	13.20	espaco
201	4.	20.	20.00	6.45	falt+
206	3.	15.	20.00	4.80	fato
215	1.	4.	25.00	2.35	ficha
216	15.	148.	10.14	4.58	fic+
222	2.	6.	33.33	7.41	fisic+
226	2.	9.	22.22	3.86	form+
236	14.	148.	9.46	3.09	gente
241	3.	5.	60.00	24.37	governo
245	2.	8.	25.00	4.73	gross+
249	2.	8.	25.00	4.73	horario+
257	28.	41.	68.29	281.83	ide+
259	1.	4.	25.00	2.35	igual
275	3.	15.	20.00	4.80	jeito
289	2.	11.	18.18	2.63	lugar+
294	3.	10.	30.00	9.54	maior+
298	1.	4.	25.00	2.35	maneira
312	1.	3.	33.33	3.69	melhorar+
325	1.	3.	33.33	3.69	mostr+
326	4.	6.	66.67	37.02	mudar+
328	10.	67.	14.93	9.21	mulher+
343	22.	41.	53.66	164.38	num+
352	7.	62.	11.29	2.80	os
358	2.	5.	40.00	9.59	paciencia
359	2.	6.	33.33	7.41	paciente+
364	1.	3.	33.33	3.69	particular+
377	1.	3.	33.33	3.69	peito
380	6.	40.	15.00	5.35	pens+
382	1.	4.	25.00	2.35	perfeit+
385	1.	3.	33.33	3.69	permit+
388	11.	91.	12.09	5.83	pesso+
391	8.	39.	20.51	13.96	poder+
392	10.	70.	14.29	8.28	pod+
399	2.	4.	50.00	12.88	pos_parto
409	1.	3.	33.33	3.69	prestativ+
417	1.	4.	25.00	2.35	profissional+
422	2.	4.	50.00	12.88	quartos
460	1.	4.	25.00	2.35	seguranca
470	1.	4.	25.00	2.35	separ+
482	2.	4.	50.00	12.88	sorte

483	3.	16.	18.75	4.23	sozinha
488	2.	6.	33.33	7.41	televis+
489	1.	4.	25.00	2.35	temperatura
505	2.	10.	20.00	3.18	tranquil+
510	1.	4.	25.00	2.35	troux+
527	4.	19.	21.05	7.10	vez+
533	5.	24.	20.83	8.77	vir+
534	4.	9.	44.44	22.25	visit+
548 *	12.	108.	11.11	4.91 *	1 tem
550 *	14.	125.	11.20	6.08 *	1 ter
558 *	3.	3.	100.00	44.42 *	2 haver
566 *	3.	21.	14.29	2.29 *	3 sao
567 *	1.	4.	25.00	2.35 *	3 sendo
568 *	14.	65.	21.54	27.93 *	3 ser
570 *	5.	29.	17.24	6.04 *	3 seria
577 *	1.	3.	33.33	3.69 *	4 dentro-de
580 *	4.	15.	26.67	10.64 *	4 durante
588 *	2.	8.	25.00	4.73 *	4 segundo
591 *	2.	12.	16.67	2.18 *	4 sobre
608 *	11.	74.	14.86	10.14 *	5 pois
619 *	6.	43.	13.95	4.46 *	6 bom
620 *	3.	22.	13.64	2.03 *	6 certo
631 *	3.	14.	21.43	5.46 *	7 alguien
635 *	4.	28.	14.29	3.09 *	7 aquela
651 *	4.	11.	36.36	16.93 *	7 em-que
672 *	2.	5.	40.00	9.59 *	7 naquela
676 *	2.	9.	22.22	3.86 *	7 ninguem
680 *	3.	17.	17.65	3.74 *	7 onde
682 *	5.	17.	29.41	15.59 *	7 outras
688 *	6.	47.	12.77	3.50 *	7 pouco
690 *	1.	3.	33.33	3.69 *	7 quantos
692 *	3.	16.	18.75	4.23 *	7 que-se
700 *	3.	14.	21.43	5.46 *	7 todos
705 *	3.	20.	15.00	2.59 *	7 voce
713 *	7.	44.	15.91	7.23 *	8 quarto
714 *	3.	16.	18.75	4.23 *	8 quatro
738 *	1.	4.	25.00	2.35 *	9 em-cima
739 *	9.	91.	9.89	2.22 *	9 entao
745 *	21.	160.	13.13	16.26 *	9 mais
747 *	4.	26.	15.38	3.71 *	9 melhor
754 *	1.	3.	33.33	3.69 *	9 pior
756 *	5.	38.	13.16	3.14 *	9 sempre
767 *	13.	84.	15.48	13.46 *	*acom_2
768 *	10.	91.	10.99	3.81 *	*civ_1
776 *	2.	9.	22.22	3.86 *	*ind_21
777 *	3.	22.	13.64	2.03 *	*ind_22
789 *	3.	12.	25.00	7.14 *	*ind_34
792 *	4.	23.	17.39	4.88 *	*ind_37
799 *	24.	292.	8.22	3.06 *	*part_2

Nombre de mots sélectionnés : 111

 Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 351. soit : 53.10 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 11578. soit : 53.62 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.73

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
6	12.	14.	85.71	6.11	acontecendo
7	36.	48.	75.00	9.97	acontec+
19	16.	18.	88.89	9.52	alta
24	4.	4.	100.00	3.55	anos
27	16.	20.	80.00	5.99	ao
37	3.	3.	100.00	2.66	assust+
49	154.	242.	63.64	17.01	bebe+
50	4.	4.	100.00	3.55	bexiga
57	12.	14.	85.71	6.11	cabeca
60	7.	8.	87.50	3.85	calma+
70	3.	3.	100.00	2.66	centro
75	5.	5.	100.00	4.45	che+
79	3.	3.	100.00	2.66	cirurg+

80	3.	3.	100.00	2.66	coco
81	11.	13.	84.62	5.29	cocoras
84	4.	4.	100.00	3.55	colo
93	4.	4.	100.00	3.55	condicoes
95	8.	9.	88.89	4.69	conhec+
103	5.	6.	83.33	2.22	coracao
104	9.	9.	100.00	8.06	cordao
105	4.	4.	100.00	3.55	correndo
106	15.	16.	93.75	10.88	cort+
108	11.	15.	73.33	2.52	crianca+
110	3.	3.	100.00	2.66	curso
111	113.	194.	58.25	2.92	da
114	7.	8.	87.50	3.85	dali
128	31.	47.	65.96	3.36	deix+
136	13.	13.	100.00	11.71	dess+
137	4.	4.	100.00	3.55	desta
139	25.	38.	65.79	2.61	deu+
142	41.	61.	67.21	5.37	dia+
150	67.	100.	67.00	9.14	diss+
152	4.	4.	100.00	3.55	dizendo
153	47.	63.	74.60	12.93	diz+
156	3.	3.	100.00	2.66	doer
171	4.	4.	100.00	3.55	enferm+
173	8.	8.	100.00	7.15	enrol+
177	3.	3.	100.00	2.66	equipamento
179	6.	7.	85.71	3.02	errado
183	13.	14.	92.86	9.08	escut+
191	5.	5.	100.00	4.45	estud+
195	4.	4.	100.00	3.55	exemplo
198	4.	4.	100.00	3.55	extravi+
200	3.	3.	100.00	2.66	fac+
202	80.	116.	68.97	14.22	fal+
203	4.	4.	100.00	3.55	fama
204	4.	4.	100.00	3.55	familia
207	14.	16.	87.50	7.79	fazendo
210	5.	5.	100.00	4.45	fech+
216	95.	148.	64.19	9.41	fic+
218	38.	55.	69.09	6.16	filho+
219	6.	6.	100.00	5.35	film+
226	7.	9.	77.78	2.23	form+
228	7.	7.	100.00	6.25	for+
233	5.	6.	83.33	2.22	frio+
234	19.	21.	90.48	12.17	funcionar+
235	44.	61.	72.13	9.77	ganh+
236	91.	148.	61.49	5.38	gente
239	16.	18.	88.89	9.52	gestante+
243	9.	11.	81.82	3.70	gravid+
246	12.	13.	92.31	8.18	grupo+
251	17.	22.	77.27	5.34	hospit+
260	13.	16.	81.25	5.22	imagin+
262	5.	5.	100.00	4.45	inch+
263	5.	5.	100.00	4.45	incomod+
267	3.	3.	100.00	2.66	infeccao
269	8.	10.	80.00	2.95	inteiro
272	38.	52.	73.08	9.04	ir
273	23.	33.	69.70	3.84	iri+
274	19.	22.	86.36	10.11	irm+
276	20.	24.	83.33	9.14	lado+
278	3.	3.	100.00	2.66	leite
281	4.	4.	100.00	3.55	levar+
292	6.	6.	100.00	5.35	madrugada
293	29.	45.	64.44	2.49	mae+
299	5.	5.	100.00	4.45	manh+
301	36.	57.	63.16	2.53	marido+
306	7.	8.	87.50	3.85	maternidade_c
309	3.	3.	100.00	2.66	maximo
310	101.	160.	63.13	8.52	med+
313	18.	20.	90.00	11.28	menin+
314	3.	3.	100.00	2.66	menstru+
327	24.	30.	80.00	9.13	muita
329	21.	28.	75.00	5.63	mundo
332	3.	3.	100.00	2.66	nasceria
333	54.	75.	72.00	12.13	nasc+
336	14.	19.	73.68	3.33	nervos+

350	5.	5.	100.00	4.45	opcao
356	7.	9.	77.78	2.23	ouv+
363	5.	5.	100.00	4.45	particip+
371	5.	5.	100.00	4.45	pedi
373	3.	3.	100.00	2.66	pedindo
374	11.	13.	84.62	5.29	ped+
387	6.	6.	100.00	5.35	pescoco
392	48.	70.	68.57	7.52	pod+
394	3.	3.	100.00	2.66	porta
395	9.	11.	81.82	3.70	posicao
397	14.	18.	77.78	4.52	poss+
398	9.	9.	100.00	8.06	posto
403	4.	4.	100.00	3.55	prefere
413	22.	28.	78.57	7.62	problema+
415	3.	3.	100.00	2.66	procur+
420	3.	3.	100.00	2.66	public+
426	56.	73.	76.71	18.37	quer+
429	10.	12.	83.33	4.49	quis+
436	5.	6.	83.33	2.22	recuper+
442	13.	16.	81.25	5.22	respond+
444	7.	9.	77.78	2.23	resultado+
450	38.	56.	67.86	5.35	sab+
452	16.	17.	94.12	11.79	sair+
453	8.	10.	80.00	2.95	saiu
454	17.	20.	85.00	8.43	sai+
458	12.	14.	85.71	6.11	saude
459	5.	5.	100.00	4.45	seguinte
462	41.	58.	70.69	7.90	sei+
464	7.	9.	77.78	2.23	semana+
471	4.	4.	100.00	3.55	serv+
473	3.	3.	100.00	2.66	simplesmente
474	5.	6.	83.33	2.22	situacao
475	7.	8.	87.50	3.85	sofrendo
476	6.	7.	85.71	3.02	sofrer+
483	12.	16.	75.00	3.16	sozinha
487	4.	4.	100.00	3.55	suspend+
490	38.	52.	73.08	9.04	temp+
492	10.	13.	76.92	3.02	tens+
499	16.	22.	72.73	3.52	tivess+
515	8.	9.	88.89	4.69	uti
517	39.	52.	75.00	10.87	vai+
519	11.	14.	78.57	3.73	vao
520	5.	6.	83.33	2.22	ve
521	16.	21.	76.19	4.64	vei+
522	11.	13.	84.62	5.29	vem
528	7.	9.	77.78	2.23	vi
529	5.	5.	100.00	4.45	vida
530	5.	5.	100.00	4.45	vier+
531	6.	6.	100.00	5.35	vindo
538	19.	20.	95.00	14.54	vou
546 *	15.	22.	68.18	2.08 *	0 estavam
548 *	65.	108.	60.19	2.60 *	1 tem
551 *	20.	25.	80.00	7.55 *	1 teria
559 *	14.	20.	70.00	2.36 *	2 havia
582 *	6.	7.	85.71	3.02 *	4 gracias-a
585 *	15.	18.	83.33	6.79 *	4 pelo
587 *	43.	70.	61.43	2.18 *	4 por
593 *	36.	54.	66.67	4.35 *	5 assim
598 *	13.	17.	76.47	3.83 *	5 embora
603 *	129.	222.	58.11	3.36 *	5 mas
609 *	103.	175.	58.86	3.17 *	5 porque
615 *	97.	141.	68.79	17.72 *	5 se
616 *	15.	20.	75.00	3.97 *	5 tanto
638 *	12.	15.	80.00	4.46 *	7 aquilo
642 *	15.	21.	71.43	2.93 *	7 dela
647 *	100.	136.	73.53	28.69 *	7 ela
649 *	55.	86.	63.95	4.68 *	7 ele
652 *	17.	25.	68.00	2.32 *	7 essa
655 *	50.	70.	71.43	10.56 *	7 esta
659 *	39.	62.	62.90	2.64 *	7 isso
663 *	39.	63.	61.90	2.17 *	7 mesmo
664 *	107.	170.	62.94	8.90 *	7 meu
673 *	5.	6.	83.33	2.22 *	7 naquele
685 *	42.	64.	65.63	4.46 *	7 o-que

692	*	12.	16.	75.00	3.16	*	7	que-se
699	*	34.	52.	65.38	3.42	*	7	todo
702	*	8.	9.	88.89	4.69	*	7	tua
705	*	14.	20.	70.00	2.36	*	7	voce
706	*	3.	3.	100.00	2.66	*	7	voces
712	*	18.	27.	66.67	2.08	*	8	primeiro
719	*	17.	24.	70.83	3.14	*	9	agora
721	*	50.	73.	68.49	7.81	*	9	ali
723	*	4.	4.	100.00	3.55	*	9	ao-lado
724	*	14.	19.	73.68	3.33	*	9	aqui
733	*	8.	9.	88.89	4.69	*	9	dentro
750	*	13.	16.	81.25	5.22	*	9	nunca
757	*	77.	128.	60.16	3.17	*	9	so
764	*	17.	24.	70.83	3.14	*	M	E
766	*	328.	577.	56.85	25.56	*		*acom_1
769	*	318.	570.	55.79	12.01	*		*civ_2
771	*	185.	293.	63.14	21.30	*		*esc_2
775	*	160.	268.	59.70	7.88	*		*ida_2
779	*	38.	55.	69.09	6.16	*		*ind_24
785	*	57.	87.	65.52	6.20	*		*ind_30
786	*	84.	110.	76.36	28.67	*		*ind_31

Nombre de mots sélectionnés : 182
Nombre de mots marqués : 706 sur 765 soit 92.29%

D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

6 41 O bebe chorava e as #enfermeiras #iam la e diziam para fazer isso e aquilo, ajudavam a #cuidar, eu tive um #apoio muito-bom. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #destaco o tipo de #atendimento #dado.

534 39 nao #teve nenhum #ponto #negativo no #atendimento que eu #recebi na #maternidade_a, nao #teve nada que eu nao #gostasse. para mim estava tudo bom, #otimo, nunca tive essa #experencia, mas quem sabe, para #uma outra pessoa, #seja diferente.

291 33 A maioria das mulheres no quarto tinha #tido parto_ normal, a #unica que #teve cesariana fui eu. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #gostei que quando impedrou o meu #peito, as #enfermeiras foram bem #prestativas.

64 31 as #estagiarias eram muito queridas, eu #gostei bastante. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #destaco a atencao que eu #recebi e que foi muito #importante para mim, a #hora que eu #precisava, eu so chamava e elas ja vinham me atender.

258 28 quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #destaco o #atendimento na emergencia que foi rapido, eu cheguei e ja fui atendida.

801 28 quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a, eu nao sei, eu #acho que foi o #atendimento mesmo, as pessoas foram bem #atenciosas comigo.

299 27 la na #maternidade_b era tudo certo na #hora, a #comida, os #remedios. para mim nao houve #pontos #negativos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, foi tudo-bem, tudo certo, eu nao sou muito de #reclamar.

497 27 se tu #precisas de alguma #coisa, eles estao sempre ali atentos. outro #ponto #positivo na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a foi a #alimentacao que tambem era muito #boa. eu tambem #achei #positivo que eles deixaram o meu marido me acompanhar e em #momento algum eles falaram nada, foi bem legal.

495 25 senao eles te deixam ate-o #ultimo #momento para tu teres o parto_normal. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a, tiveram #coisas #boas.

722 25 eu #gostei #do #atendimento da #maternidade_a, as #enfermeiras ficam ali em-cima-de ti, te #dando todo o #cuidado, ate quanto as refeicoes eu nao #tenho nada #do que #reclamar, era tudo-bem limpo, bem organizado.

204 24 os #estagiarios tambem eram bem #atenciosos, tinha #uma #estagiaria que era muito querida, o #pediatra era muito-bom, as #enfermeiras #explicaram como dava o banho no bebe, eu #acho que foi um bom #atendimento o-que eu #recebi na #maternidade_b,

205 24 pois tem lugares que a gente vai e e bem-mal atendido. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #gostei #do #atendimento #do #estagiario que #fez o parto, pois ele o #fez muito bem, tinha outro o #ensinando, ele #fez tudo #direito,

7 22 as #enfermeiras #tratam a gente muito bem, eu me senti em casa, elas #cuidam bem da mae e #do bebe, elas nos #tratavam #super bem. entao o-mais #positivo da assistencia que eu #recebi na #maternidade_b foi o #atendimento antes e depois #do parto. nao houve #ponto #negativo na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, para mim foi tudo muito-bom.

70 22 A atencao que eu #recebi na #maternidade_b foi muito #boa, eu nao #tenho #do que #reclamar. eu ja ouvi gente #reclamar da #maternidade_b, mas entao o #atendimento #deve ter sido diferente #daquele que eu #recebi.

200 22 O meu parto foi #otimo, o #atendimento la na #maternidade_b foi muito-bom, as #enfermeiras me #trataram bem, para mim faltou um pouco mais de #explicacao sobre #amamentacao, pois depois-que eu ganhei o bebe, eu #recebi #uma #explicacao no quarto,

637 22 #precisou eu ter um filho para eu dar #valor a minha mae. tu ves, para-que? O bebe veio e hoje eu me #dou #super bem com a minha mae. eu nunca #dei #valor a ela, hoje eu #dou. hoje eu sei o-que ela passou comigo, foi parto_normal tambem. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a, para mim eu #acho que foi tudo #positivo.

782 22 eles #explicaram tudo, que tem um certo tempo para as #coisas acontecerem. A gente nao sabia, mas e bem legal, eu #gostei de ter o meu bebe na #maternidade_a. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a, eu #gostei de tudo, nao #tenho #do que #reclamar, foi tudo-bem bom, para mim, para o bebe, eles atendem bem, eu #gostei.

30 21 ate aquele #momento, a bolsa nao tinha estourado ainda, eu nao estava sentindo dor e havia outros bebes nascendo #do meu lado, eu estava escutando tudo. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, eu #destaco o #fato de o pessoal da maternidade ter sido muito #atencioso e #prestativo comigo.

576 21 eu #tambem #achei bom que a #maternidade_a e bem limpa, que eu fiquei num quarto com outra mulher e que sempre passava #uma #enfermeira para nos ver. A #comida tambem era #boa, eu #gostei bastante. quanto #aos #pontos que eu #achei mais #positivos na assistencia que eu #recebi na #maternidade_a, eu #destaco a atencao que nos #recebemos, toda #hora elas vinham para ver como eu estava e o bebe.

Clé sélectionnée : B

183 35 na #maternidade, eu #fiquei do/ #meio dia ate #as 17h com cinco #dedos de #dilatacao #sentada numa #bola de fisioterapia e nada/ de #aumentar a #dilatacao. entao a #doutora da maternidade_b #resolveu #induzir o #parto com/ ocitocina e depois #das seis horas de #espera, ela #rompeu a #bolsa.

195 34 eu #cheguei la na maternidade_b, #fizeram o #toque, mas eu estava com a #mesma #dilatacao, so um #centimetro. eu #voltei para #casa, ate-que #comecou a me dar umas #dores mais proximas umas #das outras, e #as 21h30 a #bolsa #estourou.

797 34 quando chegou umas 4h, eu #voltei na #maternidade e me #deram um #soro para passar um pouco a #dor, mas eu nao tinha #dilatacao ainda. eu #voltei para #casa e passei o sabado inteiro com #dor, #dor. eu #aguentei ate umas 23h e #voltei para a #maternidade. eu #cheguei la com tres #dedos de #dilatacao e bastante #contracao, #dai eles #decidiram me #internar.

719 30 depois-que me botaram no #soro e que eu #comecei a #sentir #as/ #contracoes, porque eu #cheguei la sem #contracao e #dor alguma. A minha #avo disse que era/ bom eu ir na #maternidade porque eu estava com aquelas rajadas de #sangue.

55 28 na #quarta-feira, o medico disse que iria #iniciar a #inducao para #tentar que eu tivesse um #parto_normal. eu #fiquei na #inducao o dia todo, eu fui de-manha para o #soro e #colocaram dois #comprimidos em mim, eu #senti #contracao, mas eu tinha pouca #dilatacao, somente um/ #centimetro e #meio.

283 26 #colocaram o segundo #comprimido na minha vagina e eu ja #comecei a #sentir #as #dores. A tarde eles #comecaram a #colocar os #comprimidos e a-noite eu ja estava #sentindo #contracoes bem #fortes.

439 26 eu #voltei para #casa, fui dormir e #as 2h15/ #rompeu a #bolsa. eu fui para a #maternidade porque ele disse que era para retornar se eu/ estivesse com #contracao #forte de 10 em 10 #minutos ou se #rompesse a #bolsa, mas eu nao/ estava #sentindo #colica #forte.

795 26 eu ia para a #maternidade e #voltava. quando eu chegava la, eles #mandavam eu #caminhar, mas nada #adiantava e eu #voltava para #casa. quando chegou na sexta-feira, eu fui para a #maternidade #as 11h e me #mandaram #caminhar, mas eu nao tinha #dilatacao, eu tinha bastante #contracao, mas nao tinha #dilatacao.

313 23 eles nao podiam #fazer o/ #toque porque a #bolsa ja tinha #estourado. de-manha eles #fizeram o #toque e eu estava com/ dois #centimetros de #dilatacao e #fiquei assim ate #as 12h quando #trocou o plantao.

543 23 A #partir #dai #comecaram #as #contracoes que ocorriam de 20 em 20 #minutos e entao foi diminuindo o tempo entre uma #contracao e outra. eu #tomei #banho achando que a #bolsa ia #estourar. depois do #banho, eu peguei #as minhas malas e fui para a #maternidade. eu #cheguei la por #volta #das 4h.

207 22 outro ponto positivo foi que teve uma moca da #limpeza que me deu #uns #conselhos, isso foi bem positivo; quando eu #cheguei e fui #tomar #banho, ela estava #limpando, eu ja #fiz amizade com ela, depois ela apareceu la #embaixo, eu estava na #sala, ela falou: quando tu #sentires #dor, tu #fazes #forca, quando vir a #contracao, tu #fazes bastante #forca, #respira fundo.

149 20 A hora que eles #decidiram #fazer #cesariana foi um #alivio, eu nao via a hora de #aliviar aquela #dor e a #cesariana foi #rapida. quando eu #sentei na cama, eles ja #fizeram a #anestesia na #espinha, em poucos segundos eu nem #conseguia #colocar #as pernas na cama, foi o pessoal da maternidade_b que me ergueu, mas eu queria #fazer #cesariana mesmo.

306 20 O meu marido foi atras da minha mae para buscar meus documentos, eles iriam me #levar para outra #maternidade, pois na maternidade_b eles nao #tomavam uma #decisao. #as 12h o medico fez o #toque e #viu que eu estava com tres #dedos de #dilatacao e #resolveu #fazer a #cesariana.

309 20 na #maternidade eles #fizeram de tudo para ser #parto_normal, pois ate entao, o bebe estava encaixado. O bebe foi para o #oxigenio porque nasceu com um problema, pois eu fui #internada com a #bolsa #estourada.

529 20 eu #comecei a #sentir umas #dores bem #fortes de 10 em 10 #minutos, #dai eu resolvi ir para a #maternidade. eu #cheguei la na maternidade_a e quando eu fui atendida, eu so estava com cinco #dedos de #dilatacao e nao tinha como #fazer o #parto, porque a #respiracao do bebe ja estava bastante cansada.

715 20 eu #fiquei #esperando desocupar uma #sala, porque tinha uma mulher que #subiu para #fazer #ligacao #das trompas, mas como estava #demorando, #arrumaram a outra #sala e #fizeram a minha #cesariana ali.

285 19 na #maternidade eles disseram: vamos #tentar o #parto_normal, vamos #esperar mais um pouco. mas nao #adiantava. eles me #examinaram e disseram: nao #adianta, ela nao tem #dilatacao, tem que ser #cesariana mesmo.

544 19 ate #fazer os #exames e tudo o-mais, eu fui para #sala de #pre_parto #as 6h. quando eu #cheguei na maternidade_a, eu estava com seis #dedos de #dilatacao e elas foram #aumentando bem rapidamente.

574 19 eu fui #colocada para #tomar no #soro porque a minha #bolsa nao tinha #estourado. eu #senti muita #dor, eu gritava bastante e como a minha #bolsa nao #estourava, eles a #estouraram.

Clé sélectionnée : C

408 50 de repente, #numa #assistencia #ideal, #poderia ter uma verba para aumentar o #espaco #fisico #dos #quartos, para #poder receber o #acompanhante, pois fica um #dormindo em-cima do outro. na ultima noite, tinha #cadeira de praia, colchao, um #acompanhante #dormindo #num canto, outro no outro, #praticamente #virou bagunça.

238 42 #chegam mais #pessoas que nao tem para-onde ir e acabam superlotando uma maternidade, entao o atendimento acaba nao sendo feito com qualidade. para haver uma #assistencia #ideal, teria que ter mais #espaco #fisico na maternidade, o #governo teria que #investir mais #numa maternidade melhor e #maior.

409 39 #numa #assistencia #ideal, #poderia ter um quarto #maior, pois o quarto da maternidade_b tem quatro #camas, mais quatro #cadeiras para o #acompanhante, fica tudo muito #apertado. quando vinha a enfermeira tinha que sair um #acompanhante do quarto para ela #poder se movimentar.

569 35 vem uma #sopa, depois vem uma carne, uma salada, e bem completo. O atendimento foi bom, ninguem foi #grosso comigo. eu nao teria reclamacao alguma da maternidade_a, eu so acho que #numa #assistencia #ideal, o #horario de #visita #deveria ser #maior ou entao ter #horarios #diferentes.

237 33 A #assistencia #ideal seria aquela em-que todos trabalhariam com-amor, mesmo tendo poucos #profissionais, o #ideal seria que eles #atendessem bem as #pessoas, que houvesse bastantes recursos, que houvesse mais vagas, porque as #vezes,

261 33 eu #penso que la no/ #alojamento_conjunto, alem #dos estagiarios, #deveria #vir um medico sempre junto e #deveria/ sempre ser o mesmo. eu acho que seria bom que o medico passasse a #visita junto com #os/ estagiarios, #daria um pouco mais de confianca para a mae;

72 30 #numa #assistencia #ideal eu nao #mudaria nada, pois eu me senti muito bem la na maternidade_b, era bom ter outras #pessoas dividindo o quarto comigo, pois as #vezes, o #acompanhante se afastava um pouco para fazer um lanche,

519 30 ela #poderia explicar: calma, e assim mesmo, vai demorar um pouco. #numa #assistencia #ideal #deveria ter mais explicacao, eles #deveriam #dar mais #atencao a este ponto. nao #poderia ser como aconteceu la na maternidade_a que eles diziam de #mau #jeito: e assim mesmo, daqui a pouco vai #dar, o segundo filho vai ser melhor, o primeiro e mais #complicado.

699 30 resumindo, a #atencao e primordial. O/ atendimento #ideal #deveria ser #igual a clinica onde eu trabalho, que o #paciente #chega e a/ gente #vira para ele e #atende so a ele.

37 27 #pensando #numa #assistencia #ideal, eu gostaria que #os #quartos/ que a #mulher fica durante o trabalho de parto fossem separados, pois a #mulher ficaria mais/ #tranquila, uma nao presenciaria o parto da outra.

517 27 eu so acho que #deveria ter mais #atencao da parte deles. eu acho que o-que #falta para eles e #dar mais #atencao para a gente. O fato de o marido #poder #acompanhar o parto e legal, e bom. nao so o marido, qualquer #pessoa, porque eu acho que-se eu #estivesse la #sozinha, seria pior ainda, me #daria um desespero.

695 27 A #assistencia #ideal para mim, seria #chegar na maternidade e eles perguntarem quais #os sintomas que a gente esta sentindo, #dar aquela #atencao, porque naquela hora a #mulher esta carente e fragilizada, entao tem que #dar uma #atencao.

745 27 eu acho que #numa/ #assistencia #ideal, a #cadeira onde o #acompanhante fica #poderia ser mais macia, o meu marido/ ficou #os tres dias sentado naquela #cadeira e ficou todo descadeirado.

769 24 eu acho que tudo tem que ser feito com #carinho, as #pessoas tem que trabalhar com #carinho para #atender #pessoas. alem do #carinho, #numa #assistencia #ideal tem que haver #atencao e cuidado com as #pessoas.

583 23 eu fiquei esperando, porque tinha que #pegar numero e tinha que esperar eles #atenderem as outras #pessoas para depois me chamarem. eu acho que #numa #assistencia #ideal, a #pessoa #deveria entrar #direto e ser #atendida, que #deveria ter bastante roupa para o #acompanhante #poder #assistir o parto e que #deveria tambem #poder #assistir cesariana, pois na maternidade_a,

275 22 la na maternidade_b eles tem #jeito para #atender, eles tentam fazer/ da melhor #forma, tentam te #dar #seguranca, tem #paciencia, eles ficam ali. eu acho que a/ #assistencia da maternidade_b esta boa assim, eu acho que nao tem mais o-que #melhorar, eu/ acho que todo mundo faz o-que #pode.

302 22 se-bem-que tem #mulher que nao gosta de ter #acompanhante, que diz que depois ficam debochando dela, por #causa do #jeito que a gente sofre. A #assistencia #ideal e aquela em-que #pode entrar o #acompanhante, em-que as #pessoas sao sempre bem #queridas e nao sao #grosseiras.

395 22 como voce #pode fazer um parto? eu fui #atendida muito bem na maternidade_b, entao eu acho que nao tem o-que #mudar na #assistencia. esta certo que um pouco mais de verba do #governo

ajudaria, pois no segundo dia que eu estava la #faltou #absorvente #pos_parto e eles #trouxeram toalhas para as #pacientes usarem.

516 22 tu ficas um pouco tensa, ate-o bebe #vir para o quarto contigo, tu ficas bem apavorada. #pensando #numa #assistencia #ideal para #atender uma #mulher durante o parto, eu acho que a #forma como eles procedem na maternidade_a e boa.

Clé sélectionnée : D

420 18 A #menina teve #bebe sozinha. se #acontecesse isto comigo, o meu #filho teria morrido porque ele #nasceu com o #cordao umbilical #enrolado no #pescoço. #quer #dizer, isso nao #aconteceu somente graças-a #deus. eu nao tive #passagem para o #bebe #passar, a #medica teve que #suspender a minha #bexiga para ele #passar, senao ele estaria morto, nao estaria aqui hoje.

475 18 eu nao #posso te garantir o-que houve porque eles nao #assustam, eles nao #falam, mesmo-que #fosse um #problema, eles nao #iriam me #assustar. eu nao #sei te #dizer porque eles nao #deixaram #filmar o parto, so #sei que a #medica nao #deixou. ela ate #pediu para o meu #marido/ #filmar so depois-que o #bebe #nascesse.

511 18 E mesmo assim, se #acontecesse isso, seria complicado para mim. eu jamais #iria #imaginar que o #bebe #nasceria com o #cordao umbilical #enrolado no #pescoço. E se #nasce? eu acho que ele #ficou muito #tempo na #posicao de #nascer, como a #medica mesma #falou. quando ele #nasceu, quase nao #respondeu, nao chorou, eu acho que justamente por ele estar sufocado com o #cordao.

99 16 elas estavam #falando de #problemas internos #da maternidade. E claro que por ser um #hospital #publico, a #gente #sabe que esta sujeito a isso e muito mais, mas na #cabeca #da #gente, como era o meu primeiro #filho, eu #imaginava que teria o parto de #cocoras, que seria tudo bonito, e na verdade nao foi.

525 16 mas nao, tu #ficas ali sem #saber o-que esta #acontecendo. A #menina do #lado #ganhou sozinha e ela ja vinha #falando: esta doendo, o meu #bebe #vai #nascer, o meu #bebe #vai #nascer.

609 16 eu respondi: por mim tu podes #ir embora, nao #quero nem #saber se tu #vais #ficar ou nao. ele #disse: eu #vou ligar para a tua #irma. eu #falei: entao esta, liga para quem tu quiseres, eu #sei que eu estou com vontade de fazer #coco. #da essa vontade na #gente.

448 14 eu tive que parar porque ele estava com o #cordao #enrolado no #pescoço. ela #cortou o #cordao e puxou o #bebe. quando ele #nasceu, estava com a #cabeca deformada. uma parte do #problema era normal, a parte de tras #da #cabeca tinha um coagulo de sangue bem feio. O #bebe nao #respondeu, nao chorou, pois ele #ficou muito #tempo na #posicao de #nascer.

755 14 O #bebe estava ha #tempo ja na #posicao de parto, ate #nasceu com esta parte #da #cabeca bem #alta. ele estava desde #sabado na #posicao de parto, so que eu ainda nao tinha dilatacao.

479 13 mas se eu #tivesse #ficado ali o #dia #inteiro, com aquela #funcionaria #falando/ que e assim mesmo, se a #medica nao #tivesse #vindo, se o meu #marido nao #tivesse #chamado, eu #ficaria ali muito mais #tempo.

562 13 A enfermeira #falou que eu estava amamentando la na #uti e eu #disse que eu tinha feito #curso de #gestante e tudo, mas ele #disse que nao, que so daria #alta para o #bebe no #dia #seguinte, porque ele #queria me #deixar amamentando um pouco mais la no #hospital.

325 12 eu cheguei a #ir para a sala de/ parto de #cocoras #da maternidade_b, mas eu #disse para o #medico: eu fiz #grupo de #gestantes e/ no #grupo eles #falaram que a #gente so #ganha o #bebe com dez centimetros de dilatacao, como/ que eu #vou #ganhar so com dois centimetros?

452 11 quando ele #nasceu, a #medica #disse que ele #ficou muito #tempo na #posicao de #nascer e a #cabeca dele estava completamente deformada. isto foi a primeira coisa que eu olhei e entao eu #falei: o-que-e isso na #cabeca do meu #filho? era horrivel.

471 11 O meu #marido #disse: mas eu ja #falei com a #medica. ela #respondeu: mas nao pode, nao pode, nao pode #entrar com nada aqui. ele #entrou, pois se ele tinha pedido autorizacao para a #medica, o-que ela tinha que #ficar #dizendo que nao pode? quando ele foi #filmar o parto, a #medica #pediu para nao #filmar, nao #sei por-que.

483 11 eu #disse: eu nao #quero mais ninguem aqui, #chama a #medica. mas todo #mundo #vem, olha e #diz: e assim mesmo, e o primeiro #filho, depois o segundo e diferente.

521 11 eles #sabem, a #medica #estudou para isso, e obvio que ela #sabe. tanto e que quando ela chegou e fez o toque, ela nao #saiu mais #dali. ela foi #ajudar e #disse: eu #vou #suspender a tua #bexiga e quando #vier a contracao tu #vais fazer forca para o #bebe #encaixar, para a #gente tentar encaixa_lo.

33 10 por #exemplo. A #gente ja #vai para a maternidade com a #preocupacao de-que, se der algum #problema, eles #vao forcar o parto_normal ate-o ultimo momento. essa #preocupacao #ficou na minha #cabeca. A #menina que #ganhou #bebe #ao meu #lado, estava com #pressao #alta, mas conseguii #ganhar o #bebe pelo/ parto_normal, ela tinha #entrado um #dia antes-de mim e #ficou bastante #tempo em trabalho de/ parto.

218 9 de repente, teria sido bom se eu #tivesse frequentado esses #grupos de #gestantes, mas la aonde eu fiz o pre_natal, nao tinha, e eu nao #sabia que tinha aqui no #posto de #saude, senao eu teria #participado.

247 9 A #gente #veio morar aqui em florianopolis ha oito #anos e sempre #ouvei #falar bem #da maternidade_b. como a minha #irma teve dois #filhos que #nasceram la, eu fui para la tambem.

324 9 no #grupo de #gestantes todo/ #mundo #dizia que #queria #ir para a maternidade_a, mas o pessoal do #posto de #saude #prefere a/ maternidade_b, eles #diziam que la o parto e mais natural.

Anexo F

Relatório do Alceste Relativo ao Corpus “Relação- Profissional-Parturiente”- Grupo das Mulheres Assistidas (versão resumida)

* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse :CORPUS2.pl ; Date : 17/ 6/**; Heure : 17:24:59

C:\Arquivos de programas\Alceste\&&_0\
CORPUS2.txt
ET 1 1 1 1
A 1 1 1
B 1 1 1
C 1 1 1
D 1 1 1 0 0
A1 1 0 0
A2 3 0
A3 1 1 0
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0
B2 2 2 0 0 0 0 0 0
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0
C1 0 121
C2 0 2
C3 0 0 1 1 1 2
D1 0 2 2
D2 0
D3 5 a 2
D4 1 -2 1
D5 0 0

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 20

A2: Calcul du dictionnaire

Utilisation du dictionnaire initial DICIN ###
Nombre de formes dans DICIN : 1934
Nombre de formes distinctes : 1934
Nombre d'occurrences : 16482
Fréquence moyenne par forme : 9
Nombre de hapax : 916
Fréquence maximum d'une forme : 924

70.17% des formes de fréq. < 3 recouvrent 11.80% des occur. ;
84.75% des formes de fréq. < 8 recouvrent 21.31% des occur. ;
91.47% des formes de fréq. < 15 recouvrent 30.32% des occur. ;
95.14% des formes de fréq. < 33 recouvrent 40.15% des occur. ;
97.05% des formes de fréq. < 62 recouvrent 50.21% des occur. ;
98.14% des formes de fréq. < 103 recouvrent 60.91% des occur. ;
98.81% des formes de fréq. < 139 recouvrent 70.64% des occur. ;
99.22% des formes de fréq. < 325 recouvrent 81.94% des occur. ;
99.38% des formes de fréq. < 465 recouvrent 90.38% des occur. ;
99.48% des formes de fréq. < 924 recouvrent 100.00% des occur. ;

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés	:	892	
Nombre de mots supplémentaires de type "r"	:	283	
Nombre de mots supplémentaires de type "s"	:	34	
Nombre d'occurrences retenues	:	16454	
Moyenne par mot	:	13.274890	
Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3)	:	6143	soit 39.383260%
Nombre d'occurrences supplémentaires	:	9455	
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence	:	856	

B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0		
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé	:	4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu	:	9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé"	:	1
B15: Code de fin d'U.C.E.	:	1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E.	:	30
B17: Elimination des U.C.E. de longueur	<	0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé	:	4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé"	:	1

Nombre de mots analysés	:	325
Nombre de mots supplémentaires de type "r"	:	184
Nombre total de mots	:	509
Nombre de mots supplémentaires de type "s"	:	34
Nombre de lignes de B1_DICB	:	543

Nombre d'occurrences analysées	:	6143
--------------------------------	---	------

Nombre d'u.c.i.	:	20
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e.	:	16.563340
Nombre d'u.c.e.	:	371
Nombre d'u.c.e. sélectionnées	:	371
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées		
Nombre de couples	:	13203

B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte	:	14
Nombre d'unités de contexte	:	296

B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte	:	16
Nombre d'unités de contexte	:	264

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4		
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre		
Nombre d'items analysables	:	257
Nombre d'unités de contexte	:	296
Nombre de "1"	:	4981

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
 Nombre d'items analysables : 256
 Nombre d'unités de contexte : 264
 Nombre de "1" : 4874

 Cl: intersection des classes

Nom du dossier traité C:\Arquivos de programas\Alceste\&&_0\
 Suffixe de l'analyse :121
 Date de l'analyse :17/ 6/**
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 19

DONN.1 Nombre de mots par uc : 14
 Nombre d'uc : 296

DONN.2 Nombre de mots par uc : 16
 Nombre d'uc : 264

278 u.c.e classées sur 371 soit 74.93 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 334

Tableau croisant les deux partitions :

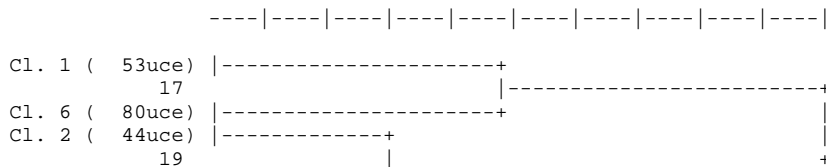
RCDH1 *		RCDH2					
classe *		1	2	3	4	5	6
	poids *	57	51	38	49	48	91
1	64 *	53	1	1	0	0	9
2	60 *	0	44	4	10	1	1
3	34 *	0	0	25	2	7	0
4	39 *	0	3	0	36	0	0
5	51 *	0	1	8	1	40	1
6	86 *	4	2	0	0	0	80

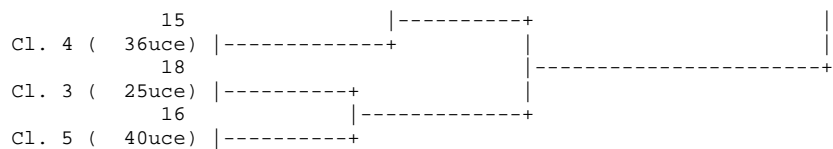
Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 *		RCDH2					
classe *		1	2	3	4	5	6
	poids *	57	51	38	49	48	91
1	64 *	241	-11	-7	-13	-13	-6
2	60 *	-15	190	-1	0	-9	-24
3	34 *	-7	-6	145	-2	1	-14
4	39 *	-9	-1	-5	212	-7	-16
5	51 *	-12	-8	1	-7	200	-19
6	86 *	-12	-14	-14	-19	-19	252

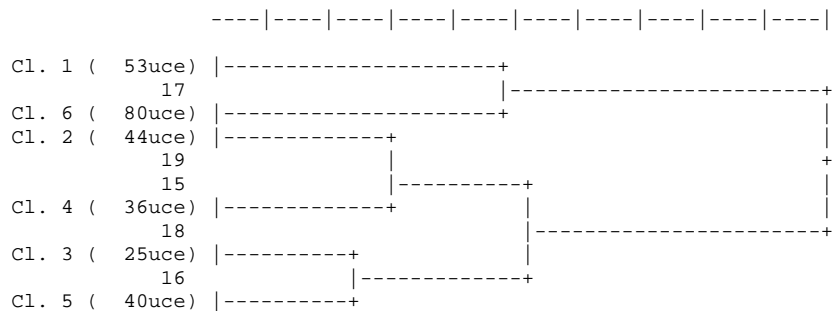
Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :





Classification Descendante Hiérarchique...
 Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :



 C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 2.00
 Nombre de mots (formes réduites) : 509
 Nombre de mots analysés : 325
 Nombre de mots "hors-corpus" : 34
 Nombre de classes : 6

278 u.c.e. classées soit 74.932620%

Nombre de "1" analysés : 3944
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 4831

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 53. u.c.e. 702. "1" analysés ; 876. "1" suppl..
 2eme classe : 44. u.c.e. 634. "1" analysés ; 748. "1" suppl..
 3eme classe : 25. u.c.e. 350. "1" analysés ; 438. "1" suppl..
 4eme classe : 36. u.c.e. 545. "1" analysés ; 662. "1" suppl..
 5eme classe : 40. u.c.e. 630. "1" analysés ; 769. "1" suppl..
 6eme classe : 80. u.c.e. 1083. "1" analysés ; 1338. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 53. soit : 19.06 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1578. soit : 17.98 %
 Nombre de mots analysés par uce : 13.25

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
2	2.	3.	66.67	4.45	acalm+
5	8.	21.	38.10	5.33	acontec+
15	3.	6.	50.00	3.80	amor
19	4.	8.	50.00	5.11	apavor+
28	2.	3.	66.67	4.45	barriga
29	28.	84.	33.33	15.88	bebe+
35	4.	7.	57.14	6.75	bolsa
37	9.	11.	81.82	29.23	cabeca
39	3.	5.	60.00	5.53	calma
40	3.	4.	75.00	8.23	camila
49	11.	40.	27.50	2.15	chor+

53	7.	8.	87.50	25.00	comec+
60	5.	10.	50.00	6.43	consequ+
82	3.	5.	60.00	5.53	demor+
88	6.	13.	46.15	6.49	deus
89	4.	10.	40.00	2.95	deu+
97	14.	50.	28.00	3.15	diss+
99	23.	92.	25.00	3.14	do
101	2.	4.	50.00	2.52	doutor+
110	5.	5.	100.00	21.62	entend+
111	5.	9.	55.56	8.03	entr+
117	2.	4.	50.00	2.52	esconder
120	2.	4.	50.00	2.52	esquec+
122	5.	5.	100.00	21.62	estagiari+
125	2.	3.	66.67	4.45	estour+
144	9.	21.	42.86	8.33	filh+
145	3.	5.	60.00	5.53	final
146	15.	47.	31.91	6.05	figu+
148	5.	15.	33.33	2.09	forc+
150	3.	7.	42.86	2.63	forte+
154	8.	20.	40.00	6.12	ganh+
160	12.	17.	70.59	31.15	gravid+
169	4.	6.	66.67	9.01	inteir+
174	5.	10.	50.00	6.43	lado
176	3.	5.	60.00	5.53	lembr+
186	10.	25.	40.00	7.80	marido
193	2.	4.	50.00	2.52	meio
196	4.	7.	57.14	6.75	mesm+
197	5.	8.	62.50	10.07	mes+
204	2.	4.	50.00	2.52	mud+
205	5.	15.	33.33	2.09	muita
207	6.	12.	50.00	7.78	mundo
209	13.	18.	72.22	35.25	nasc+
225	6.	7.	85.71	20.67	pai+
233	12.	24.	50.00	16.29	pass+
238	3.	5.	60.00	5.53	pela+
239	7.	20.	35.00	3.55	pens+
250	3.	4.	75.00	8.23	posto
257	4.	6.	66.67	9.01	prim+
270	5.	6.	83.33	16.42	respond+
271	2.	3.	66.67	4.45	ri+
277	4.	5.	80.00	12.25	saude
287	5.	10.	50.00	6.43	sofr+
289	3.	6.	50.00	3.80	sozinha
291	5.	14.	35.71	2.65	tempo
292	2.	4.	50.00	2.52	tent+
293	7.	20.	35.00	3.55	ten+
301	3.	7.	42.86	2.63	tranquil+
312	7.	11.	63.64	14.75	veio
313	6.	6.	100.00	26.03	vem
314	3.	4.	75.00	8.23	vendo
318	3.	4.	75.00	8.23	vie+
320	6.	9.	66.67	13.66	vir+
321	2.	3.	66.67	4.45	vi+
324	6.	8.	75.00	16.70	vou
327 *	45.	206.	21.84	3.98 *	e
330 *	4.	6.	66.67	9.01 *	0 estar
333 *	6.	8.	75.00	16.70 *	0 estou
357 *	30.	130.	23.08	2.55 *	4 de
362 *	2.	4.	50.00	2.52 *	4 gracias-a
373 *	4.	7.	57.14	6.75 *	5 depois-que
382 *	3.	7.	42.86	2.63 *	5 por-isso
390 *	4.	7.	57.14	6.75 *	5 tanto
393 *	2.	4.	50.00	2.52 *	6 alto
397 *	3.	6.	50.00	3.80 *	6 meu-deus
411 *	3.	4.	75.00	8.23 *	7 consigo
414 *	2.	4.	50.00	2.52 *	7 dele
419 *	13.	33.	39.39	10.03 *	7 ele
425 *	7.	19.	36.84	4.18 *	7 esta
426 *	4.	10.	40.00	2.95 *	7 estas
433 *	19.	72.	26.39	3.38 *	7 meu
437 *	2.	3.	66.67	4.45 *	7 muitas

463 *	6.	16.	37.50	3.74 *	7	todo
466 *	2.	4.	50.00	2.52 *	7	tua
472 *	3.	4.	75.00	8.23 *	8	sete
479 *	4.	8.	50.00	5.11 *	9	aqui
485 *	8.	22.	36.36	4.63 *	9	depois
495 *	13.	47.	27.66	2.71 *	9	muito
501 *	5.	10.	50.00	6.43 *	9	realmente
508 *	5.	12.	41.67	4.15 *	M	E
510 *	50.	219.	22.83	9.49 *		*acom_1
515 *	41.	138.	29.71	20.13 *		*esc_2
518 *	49.	202.	24.26	12.91 *		*ida_1
525 *	11.	14.	78.57	33.83 *		*ind_26
530 *	21.	45.	46.67	26.51 *		*ind_31
534 *	8.	23.	34.78	4.01 *		*ind_35
542 *	34.	152.	22.37	2.37 *		*part_1

Nombre de mots sélectionnés : 97

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 44. soit : 15.83 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1382. soit : 15.75 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.41

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
3	15.	71.	21.13	2.01	ach+
9	8.	28.	28.57	3.80	ajud+
16	2.	4.	50.00	3.56	anda+
27	6.	14.	42.86	8.08	banho+
34	3.	3.	100.00	16.13	bola
41	3.	8.	37.50	2.90	caminh+
46	12.	28.	42.86	17.08	cesariana
61	5.	7.	71.43	16.66	consult+
62	3.	7.	42.86	3.94	contrac+
77	5.	13.	38.46	5.24	decid+
80	7.	15.	46.67	11.32	deit+
81	7.	21.	33.33	5.23	deix+
93	4.	11.	36.36	3.63	dilat+
94	3.	3.	100.00	16.13	direito
95	3.	3.	100.00	16.13	discu+
97	14.	50.	28.00	6.78	diss+
100	4.	7.	57.14	9.20	dos
107	2.	3.	66.67	5.88	empurr+
114	2.	3.	66.67	5.88	erro
130	8.	16.	50.00	14.88	explic+
134	12.	53.	22.64	2.28	fal+
137	2.	4.	50.00	3.56	fato
138	22.	79.	27.85	11.97	faz+
140	6.	10.	60.00	15.19	feit+
142	3.	5.	60.00	7.46	ficar+
143	22.	81.	27.16	11.02	fic+
152	3.	3.	100.00	16.13	frente
168	2.	3.	66.67	5.88	import+
170	5.	6.	83.33	20.98	intern+
172	12.	35.	34.29	10.24	ir+
190	8.	32.	25.00	2.28	maternidade_b
192	12.	47.	25.53	4.00	med+
195	3.	4.	75.00	10.67	mesa
198	2.	4.	50.00	3.56	mexer
200	5.	10.	50.00	9.09	momento
201	3.	6.	50.00	5.38	monte
211	6.	14.	42.86	8.08	nervos+
212	2.	4.	50.00	3.56	ness+
224	6.	7.	85.71	26.33	paciente+
234	2.	4.	50.00	3.56	pe
241	9.	36.	25.00	2.61	pergunt+
246	15.	50.	30.00	9.19	pod+
251	10.	21.	47.62	17.23	precis+
252	4.	13.	30.77	2.29	prefer+

256	3.	5.	60.00	7.46	pre_parto
260	6.	12.	50.00	10.99	profession+
262	15.	51.	29.41	8.65	quer+
265	5.	13.	38.46	5.24	quis+
274	8.	29.	27.59	3.36	sab+
282	5.	8.	62.50	13.47	senta+
298	11.	24.	45.83	17.75	tom+
310	9.	33.	27.27	3.68	vai+
336 *	5.	11.	45.45	7.55 *	1 teria
340 *	3.	6.	50.00	5.38 *	2 havia
348 *	6.	20.	30.00	3.25 *	3 ser
367 *	2.	5.	40.00	2.23 *	4 sem
407 *	2.	5.	40.00	2.23 *	7 aquele
415 *	3.	6.	50.00	5.38 *	7 deles
431 *	23.	115.	20.00	2.56 *	7 me
440 *	3.	5.	60.00	7.46 *	7 naquela
451 *	15.	67.	22.39	2.85 *	7 o-que
452 *	2.	4.	50.00	3.56 *	7 o-que-e
486 *	2.	3.	66.67	5.88 *	9 de-manha
498 *	2.	4.	50.00	3.56 *	9 o-melhor
502 *	6.	22.	27.27	2.35 *	9 sempre
505 *	2.	5.	40.00	2.23 *	9 talvez
511 *	16.	59.	27.12	7.17 *	*acom_2
512 *	15.	64.	23.44	3.61 *	*civ_1
519 *	17.	76.	22.37	3.36 *	*ida_2
520 *	9.	18.	50.00	16.87 *	*ind_21
535 *	5.	13.	38.46	5.24 *	*ind_36
538 *	3.	9.	33.33	2.14 *	*ind_39
543 *	25.	126.	19.84	2.79 *	*part_2

Nombre de mots sélectionnés : 73

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 25. soit : 8.99 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 788. soit : 8.98 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.00

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
12	3.	6.	50.00	12.60	alta+
13	1.	3.	33.33	2.20	amarelo
19	2.	8.	25.00	2.58	apavor+
21	2.	3.	66.67	12.33	assistencia
22	3.	14.	21.43	2.79	atenc+
23	7.	17.	41.18	22.92	atend+
47	3.	11.	27.27	4.68	cham+
48	6.	24.	25.00	8.22	cheg+
54	3.	5.	60.00	16.19	comenta+
55	1.	3.	33.33	2.20	comida
63	2.	4.	50.00	8.34	cont+
68	1.	3.	33.33	2.20	cria+
70	2.	8.	25.00	2.58	cuid+
72	10.	64.	15.63	4.47	da
92	2.	6.	33.33	4.44	diferente
100	2.	7.	28.57	3.36	dos
108	7.	47.	14.89	2.41	enfermeir+
112	3.	3.	100.00	30.69	equipe
113	2.	4.	50.00	8.34	errad+
114	1.	3.	33.33	2.20	erro
119	3.	9.	33.33	6.73	esper+
134	9.	53.	16.98	5.11	fal+
140	3.	10.	30.00	5.59	feit+
141	2.	7.	28.57	3.36	fez
143	14.	81.	17.28	9.60	fic+
149	1.	3.	33.33	2.20	forma
151	3.	10.	30.00	5.59	foss+
157	2.	3.	66.67	12.33	gestantes
159	1.	3.	33.33	2.20	grande
162	2.	3.	66.67	12.33	grupo

163	1.	3.	33.33	2.20	horario
171	4.	11.	36.36	10.48	irma+
188	11.	37.	29.73	22.43	maternidade+
190	7.	32.	21.88	7.33	maternidade_b
192	8.	47.	17.02	4.45	med+
217	2.	7.	28.57	3.36	ocorr+
223	3.	8.	37.50	8.18	ouvi+
229	2.	3.	66.67	12.33	particular
232	2.	7.	28.57	3.36	part+
243	4.	14.	28.57	6.90	peessoal
246	8.	50.	16.00	3.66	pod+
255	2.	6.	33.33	4.44	pressa+
258	3.	8.	37.50	8.18	problema+
261	3.	7.	42.86	10.06	quase
263	2.	3.	66.67	12.33	questao
266	2.	8.	25.00	2.58	rapid+
267	5.	9.	55.56	24.64	receb+
281	1.	3.	33.33	2.20	senhor+
293	4.	20.	20.00	3.19	ten+
302	3.	12.	25.00	3.93	trat+
325	1.	3.	33.33	2.20	xinga+
332 *	3.	13.	23.08	3.31 *	0 estavam
335 *	6.	35.	17.14	3.25 *	1 ter
339 *	3.	13.	23.08	3.31 *	1 tive
350 *	2.	5.	40.00	5.98 *	3 seria
358 *	2.	6.	33.33	4.44 *	4 durante
360 *	1.	3.	33.33	2.20 *	4 entre
371 *	1.	3.	33.33	2.20 *	5 caso
394 *	4.	13.	30.77	7.90 *	6 bom
399 *	2.	7.	28.57	3.36 *	6 tudo-bem
400 *	2.	7.	28.57	3.36 *	7 alguem
402 *	4.	16.	25.00	5.32 *	7 alguma
410 *	5.	17.	29.41	9.22 *	7 comigo
412 *	2.	4.	50.00	8.34 *	7 contigo
416 *	2.	3.	66.67	12.33 *	7 de-quem
418 *	4.	19.	21.05	3.62 *	7 elas
422 *	3.	7.	42.86	10.06 *	7 essa
429 *	2.	6.	33.33	4.44 *	7 isto
437 *	1.	3.	33.33	2.20 *	7 muitas
445 *	2.	8.	25.00	2.58 *	7 nos
450 *	2.	6.	33.33	4.44 *	7 outros
457 *	3.	13.	23.08	3.31 *	7 que-se
460 *	1.	3.	33.33	2.20 *	7 ti
471 *	3.	13.	23.08	3.31 *	8 quarto
491 *	3.	5.	60.00	16.19 *	9 junto
499 *	2.	6.	33.33	4.44 *	9 perto
509 *	6.	37.	16.22	2.72 *	M O
516 *	16.	121.	13.22	4.68 *	*gru_1
519 *	11.	76.	14.47	3.84 *	*ida_2
523 *	6.	18.	33.33	13.93 *	*ind_24
524 *	2.	6.	33.33	4.44 *	*ind_25
531 *	3.	7.	42.86	10.06 *	*ind_32
532 *	5.	17.	29.41	9.22 *	*ind_33
541 *	15.	125.	12.00	2.51 *	*mat_2
543 *	18.	126.	14.29	7.89 *	*part_2

Nombre de mots sélectionnés : 85

Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 36. soit : 12.95 %
Nombre de "uns" (a+r) : 1207. soit : 13.75 %
Nombre de mots analysés par uce : 15.14

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
16	2.	4.	50.00	4.94	anda+
26	2.	4.	50.00	4.94	banheiro
38	2.	3.	66.67	7.76	cadeira+
41	5.	8.	62.50	17.94	caminh+

50	4.	7.	57.14	12.44	cocoras
52	3.	8.	37.50	4.40	coloc+
59	4.	5.	80.00	20.31	conhec+
64	2.	5.	40.00	3.30	convers+
75	22.	28.	78.57	118.94	das
77	5.	13.	38.46	7.87	decid+
78	24.	31.	77.42	128.64	decis+
80	5.	15.	33.33	5.84	deit+
90	5.	13.	38.46	7.87	dev+
103	3.	8.	37.50	4.40	duas
105	19.	20.	95.00	128.70	emergenci+
111	3.	9.	33.33	3.43	entr+
116	8.	12.	66.67	32.10	escolh+
119	3.	9.	33.33	3.43	esper+
128	2.	3.	66.67	7.76	exemplo
129	3.	4.	75.00	13.86	experiencia
142	2.	5.	40.00	3.30	ficar+
153	2.	5.	40.00	3.30	funcionaria+
183	3.	6.	50.00	7.47	mand+
203	5.	5.	100.00	34.23	mostr+
208	4.	5.	80.00	20.31	nas
228	23.	25.	92.00	152.28	particip+
230	28.	90.	31.11	38.94	parto
231	4.	15.	26.67	2.65	parto_normal
241	13.	36.	36.11	19.68	pergunt+
252	7.	13.	53.85	20.23	prefer+
257	2.	6.	33.33	2.26	prim+
259	2.	3.	66.67	7.76	procedimento+
260	4.	12.	33.33	4.62	profission+
269	2.	6.	33.33	2.26	repente
274	8.	29.	27.59	6.15	sab+
276	8.	15.	53.33	22.94	sala+
288	2.	6.	33.33	2.26	soro
295	5.	6.	83.33	26.95	tipo+
297	3.	11.	27.27	2.08	tive+
298	7.	24.	29.17	6.13	tom+
309	2.	3.	66.67	7.76	vagin+
328 *	29.	158.	18.35	9.49 *	o
345 *	3.	9.	33.33	3.43 *	3 foram
347 *	5.	13.	38.46	7.87 *	3 sao
353 *	2.	6.	33.33	2.26 *	4 antes-de
363 *	3.	10.	30.00	2.68 *	4 menos
368 *	20.	31.	64.52	82.30 *	4 sobre
381 *	15.	83.	18.07	2.75 *	5 porque
385 *	10.	21.	47.62	24.22 *	5 quanto
398 *	2.	5.	40.00	3.30 *	6 muito-bom
401 *	2.	6.	33.33	2.26 *	7 algum
420 *	25.	77.	32.47	35.99 *	7 eles
427 *	35.	247.	14.17	2.93 *	7 eu
431 *	20.	115.	17.39	3.43 *	7 me
433 *	23.	72.	31.94	31.10 *	7 meu
436 *	3.	10.	30.00	2.68 *	7 minhas
446 *	3.	5.	60.00	10.00 *	7 onde
454 *	4.	4.	100.00	27.28 *	7 qual
462 *	3.	4.	75.00	13.86 *	7 todas
467 *	9.	42.	21.43	3.16 *	7 tudo
494 *	3.	10.	30.00	2.68 *	9 melhor
496 *	29.	190.	15.26	2.85 *	9 nao
498 *	2.	4.	50.00	4.94 *	9 o-melhor
503 *	7.	14.	50.00	17.95 *	9 sim
514 *	23.	140.	16.43	3.03 *	*esc_1
521 *	3.	9.	33.33	3.43 *	*ind_22
527 *	2.	4.	50.00	4.94 *	*ind_28
533 *	3.	6.	50.00	7.47 *	*ind_34
539 *	4.	7.	57.14	12.44 *	*ind_40
542 *	26.	152.	17.11	5.14 *	*part_1

Nombre de mots sélectionnés : 70

 Classe n° 5 => Contexte E

 Nombre d'u.c.e. : 40. soit : 14.39 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1399. soit : 15.94 %
 Nombre de mots analysés par uce : 15.75

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
6	2.	4.	50.00	4.18	acredit+
7	4.	4.	100.00	24.15	agua
20	28.	72.	38.89	47.35	as
25	2.	5.	40.00	2.71	baix+
27	6.	14.	42.86	9.70	banho+
29	16.	84.	19.05	2.12	bebe+
32	15.	18.	83.33	74.27	boa+
33	3.	5.	60.00	8.60	boca
42	4.	10.	40.00	5.52	cam+
43	2.	3.	66.67	6.73	cart+
44	4.	13.	30.77	2.97	casa
55	2.	3.	66.67	6.73	comida
65	19.	22.	86.36	100.47	convivencia
67	2.	3.	66.67	6.73	crianca
70	5.	8.	62.50	15.48	cuid+
76	11.	32.	34.38	11.73	da+
91	4.	13.	30.77	2.97	dia+
103	3.	8.	37.50	3.57	duas
108	20.	47.	42.55	36.42	enfermeir+
126	2.	3.	66.67	6.73	estranh+
133	2.	4.	50.00	4.18	falt+
156	13.	43.	30.23	10.37	gente
177	3.	10.	30.00	2.05	lev+
182	4.	6.	66.67	13.61	mam+
189	15.	26.	57.69	43.66	maternidade_a
190	9.	32.	28.13	5.54	maternidade_b
194	4.	11.	36.36	4.49	menin+
199	6.	12.	50.00	12.91	moc+
213	2.	3.	66.67	6.73	noite
214	3.	8.	37.50	3.57	normal
218	3.	8.	37.50	3.57	olh+
232	4.	7.	57.14	10.66	part+
237	3.	3.	100.00	18.04	peg+
240	2.	3.	66.67	6.73	perd+
243	4.	14.	28.57	2.41	peessoal
244	23.	31.	74.19	101.31	peesso+
267	3.	9.	33.33	2.71	receb+
268	3.	5.	60.00	8.60	reclam+
272	3.	3.	100.00	18.04	roupa
290	3.	3.	100.00	18.04	suja
294	4.	14.	28.57	2.41	teve
296	6.	7.	85.71	29.66	tira+
300	16.	25.	64.00	54.89	trabalh+
302	6.	12.	50.00	12.91	trat+
303	3.	4.	75.00	12.10	traz+
305	5.	5.	100.00	30.29	troc+
306	19.	65.	29.23	15.17	uma+
312	4.	11.	36.36	4.49	veio
319	4.	10.	40.00	5.52	vinh+
326 *	32.	186.	17.20	3.62 *	a
343 *	2.	4.	50.00	4.18 *	3 eram
344 *	25.	82.	30.49	24.47 *	3 foi
347 *	4.	13.	30.77	2.97 *	3 sao
356 *	26.	78.	33.33	31.59 *	4 com
359 *	8.	36.	22.22	2.06 *	4 em
360 *	2.	3.	66.67	6.73 *	4 entre
361 *	2.	4.	50.00	4.18 *	4 fora
363 *	3.	10.	30.00	2.05 *	4 menos
372 *	9.	41.	21.95	2.23 *	5 como
394 *	4.	13.	30.77	2.97 *	6 bom
396 *	4.	7.	57.14	10.66 *	6 legal
398 *	2.	5.	40.00	2.71 *	6 muito-bom
400 *	3.	7.	42.86	4.72 *	7 alguem
403 *	3.	3.	100.00	18.04 *	7 algumas

404 *	2.	3.	66.67	6.73 *	7	aonde
409 *	2.	5.	40.00	2.71 *	7	cada
418 *	8.	19.	42.11	12.72 *	7	elas
423 *	3.	6.	50.00	6.31 *	7	essas
424 *	3.	7.	42.86	4.72 *	7	esse
430 *	17.	67.	25.37	8.65 *	7	la
438 *	25.	143.	17.48	2.29 *	7	na
439 *	6.	23.	26.09	2.79 *	7	nada
443 *	2.	4.	50.00	4.18 *	7	ninguem
447 *	6.	18.	33.33	5.61 *	7	outra
449 *	3.	8.	37.50	3.57 *	7	outro
471 *	4.	13.	30.77	2.97 *	8	quarto
473 *	2.	3.	66.67	6.73 *	8	tres
476 *	3.	9.	33.33	2.71 *	9	ainda
483 *	14.	54.	25.93	7.24 *	9	bem
502 *	6.	22.	27.27	3.22 *	9	sempre
507 *	17.	43.	39.53	26.11 *	M A	
516 *	22.	121.	18.18	2.50 *		*gru_1
519 *	17.	76.	22.37	5.41 *		*ida_2
529 *	5.	11.	45.45	8.97 *		*ind_30
537 *	4.	11.	36.36	4.49 *		*ind_38

Nombre de mots sélectionnés : 85

 Classe n° 6 => Contexte F

Nombre d'u.c.e. : 80. soit : 28.78 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 2421. soit : 27.59 %
 Nombre de mots analysés par uce : 13.54

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	3.	5.	60.00	2.42	acab+
22	7.	14.	50.00	3.24	atenc+
31	9.	13.	69.23	10.89	berr+
49	22.	40.	55.00	15.68	chor+
57	2.	3.	66.67	2.12	complic+
69	5.	5.	100.00	12.60	critic+
76	13.	32.	40.63	2.48	da+
79	2.	3.	66.67	2.12	dedos
93	6.	11.	54.55	3.71	dilat+
96	4.	6.	66.67	4.30	disso
102	30.	43.	69.77	41.70	do+
115	13.	13.	100.00	33.75	escandal+
118	4.	5.	80.00	6.52	escut+
131	13.	17.	76.47	20.10	express+
138	30.	79.	37.97	4.56	faz+
139	3.	5.	60.00	2.42	fech+
147	14.	24.	58.33	11.20	fiz+
148	10.	15.	66.67	11.11	forc+
155	3.	3.	100.00	7.51	gem+
158	5.	10.	50.00	2.28	gost+
161	23.	24.	95.83	57.63	grit+
164	30.	67.	44.78	11.02	hora+
167	2.	3.	66.67	2.12	imagin+
179	3.	4.	75.00	4.23	livre
185	5.	7.	71.43	6.37	mao+
191	8.	17.	47.06	2.95	medo
202	3.	3.	100.00	7.51	mord+
205	9.	15.	60.00	7.54	muita
206	16.	24.	66.67	18.40	mulher+
227	6.	6.	100.00	15.18	parede+
230	34.	90.	37.78	5.26	parto
231	8.	15.	53.33	4.66	parto_normal
239	11.	20.	55.00	7.23	pens+
264	4.	5.	80.00	6.52	quiet+
278	4.	6.	66.67	4.30	segur+
279	11.	23.	47.83	4.44	sei
280	4.	7.	57.14	2.82	seja
283	35.	59.	59.32	34.09	sent+

286	3.	4.	75.00	4.23	soco+
294	7.	14.	50.00	3.24	teve
304	2.	3.	66.67	2.12	trist+
315	3.	3.	100.00	7.51	vergonh+
323	27.	32.	84.38	54.54	vontade+
331 *	33.	95.	34.74	2.50 *	0 estava
337 *	24.	63.	38.10	3.45 *	1 tinha
349 *	4.	7.	57.14	2.82 *	3 sera
352 *	3.	5.	60.00	2.42 *	3 sou
377 *	8.	17.	47.06	2.95 *	5 nem
383 *	4.	6.	66.67	4.30 *	5 por-isso-que
391 *	6.	9.	66.67	6.51 *	5 tao
392 *	7.	12.	58.33	5.35 *	6 ai
451 *	27.	67.	40.30	5.72 *	7 o-que
457 *	9.	13.	69.23	10.89 *	7 que-se
470 *	3.	4.	75.00	4.23 *	8 primeiro
481 *	11.	21.	52.38	6.17 *	9 a-vontade
488 *	14.	31.	45.16	4.57 *	9 entao
496 *	61.	190.	32.11	3.24 *	9 nao
500 *	3.	4.	75.00	4.23 *	9 pior
514 *	50.	140.	35.71	6.62 *	*esc_1
517 *	57.	157.	36.31	9.98 *	*gru_2
518 *	63.	202.	31.19	2.10 *	*ida_1
522 *	5.	10.	50.00	2.28 *	*ind_23
526 *	10.	21.	47.62	3.93 *	*ind_27
536 *	11.	15.	73.33	15.36 *	*ind_37

Nombre de mots sélectionnés : 64
Nombre de mots marqués : 496 sur 509 soit 97.45%

D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

226 40 la na maternidade todo #mundo berrava e #ganhava #bebe. no #final o meu #marido disse: #camila, berra, berra se nao eles nao #virao te atender. eu disse: se e para berrar, entao eu #vou berrar. eu #comecei a berrar: pelo #amor de #deus #vem me ajudar. E realmente eles #vieram em dois toques, a minha medica #veio.

228 23 E ele nao vinha. ele so dizia que era assim mesmo. quando eu #comecei a berrar, eles #vieram, eu dizia: pelo #amor de #deus, eu nao #aguento mais, eu #vou #ganhar o #bebe, eu nao estou #conseguindo.

110 22 O trabalho de parto foi bem dolorido, eu acho que foi porque romperam a #bolsa e tambem porque o meu #lado psicologico estava bem abalado, pois o #pai #do #bebe praticamente sumiu depois #do quarto #mes de #gravidez.

221 22 O meu #marido olhava para mim chorando e eu nao #consegui chorar. depois eu #fiquei pensando: meu-deus, #parece que eu estava tao seca #vendo o meu #filho #nascer que eu nao chorei.

309 22 se tu #tens um #companheiro que nao te #entende, tu #entras em depressao a cada dia que #passa. no meu caso foi diferente, eu #tenho um #marido que gracias-a #deus foi excelente, me ajudou, me #entendeu e ate agora eu estou bem.

200 21 A medica disse: eu estou aqui #do #lado, qualquer coisa tu me chamas. quando eu senti a contracao e chamei, ela #veio na #mesma hora. eu so #entrei na mesa de parto, a outra #gravida de sete #meses #comecou a ter #bebe e o #estagiario a chamou: #doutora, o #bebe de sete #meses esta #nascendo.

19 20 depois-que o #bebe/ #nasceu, na sexta feira, e chorou a-noite toda, eu nem dormi a-noite e #fiquei cansada. no/ sabado ele tambem chorou a manha #inteira, e entao eu #comecei a chorar tambem.

220 20 quando o #bebe #nasceu, me #deu vontade de chorar, mas #ao mesmo #tempo eu o #vi com a #cabeca #do #jeito que estava e sem #conseguir #responder, eu nao #consegui nem chorar.

222 19 mas eu #fiquei nervosa porque tu olhas e pensas: sera que vai #acontecer alguma coisa? A #primeira coisa que #veio na minha #cabeca e que o #bebe iria morrer. #do #jeito que ele estava, com a #cabeca daquele #jeito, ele todo roxo, preto, eu disse: pronto, meu #filho #demorou para #nascer e vai morrer.

111 18 eu #passei a #gravidez #inteira #sozinha, eu nao tive o #bebe na minha cidade por causa da fofoca, pois o #pai #do #bebe tambem e de la e estava namorando com outras duas meninas.

223 18 eu nao #consequia chorar, eu nao #consequia #rir, eu nao tinha reacao alguma. A unica coisa que #lembro que #aconteceu e que foi muito espontanea, foi eu perguntar: o-que-e isso na #cabeca #do meu #filho?

118 15 teve uma hora que eu estava tao tensa que #ao inves de fazer forca para o #bebe #nascer, eu retraia, queira ou nao, na hora #do parto #passa tudo #pela tua #cabeca, tudo o-que #aconteceu na #gravidez,

218 15 na hora #do parto, que eu estava la quase #ganhando e fazendo forca, eu #fiquei muito #apavorada porque aquela moca #gravida de sete #meses estava berrando tanto, que o berro dela #entrava na minha #cabeca.

224 15 ela #respondeu: ele esta assim porque #demorou muito #tempo para #nascer, ficou muito #tempo encaixado, mas depois a #cabeca dele vai voltar #ao normal. realmente, depois voltou #ao normal, mas a minha reacao foi muito espontanea, eu #vi a #cabeca #do #bebe e perguntei o-que era aquilo, eu #lembro exatamente que eu perguntei.

159 14 A #bolsa tinha #estourado, eu estava me sentindo bem agoniada. eu nao #entendo muito bem, mas a enfermeira #do #posto de #saude olhou na carteira de vacinacao #do #bebe e disse que ele estava em #sofrimento fetal, eu acho que foi por-isso-que eles fizeram cesariana.

299 14 na hora que #nasce o #bebe #passa muita coisa #pela tua #cabeca. #parece que #passa a tua vida #inteira. #parece um filme em-que #passa a tua vida #inteira e as pessoas que tu das valor e as que tu nao das.

107 12 eu #respondei que eu queria a posicao de cocoras, pois ate entao haviam me falado maravilhas #do parto de cocoras. todo #mundo se #apavorava com o meu tamanho, pois eu engordei 23 quilos na #gravidez, mas eu so tinha #barriga.

112 12 eu gostaria que o #pai #do #bebe tivesse participado #do meu parto, entao foi bem complicado o meu trabalho de parto porque o #lado #emocional influenciou muito. se eu #estivesse mais #tranquila, se eu tivesse #passado uma #gravidez #tranquila, eu nao teria #sofrido tanto quanto eu #sofri.

247 11 as coisas foram #acontecendo #do #jeito deles. eu ficava so #vendo o-que estava #acontecendo porque para mim, era tudo novidade, eu ficava na minha, so #vendo as coisas #acontecerem. na hora eu acho que tu ficas nervosa e nem #passa #pela #cabeca fazer alguma pergunta. O meu nervosismo nao era de medo, era porque era a #primeira vez que eu #ganhava #bebe, tudo era diferente.

Clé sélectionnée : B

8 24 foi ai que eu fiquei sabendo mesmo-que eu #iria #fazer #cesariana. A minha irma ja #queria brigar com esse medico ai porque ele nao orientou #direito, porque ele nao falou para mim que eu #ficaria #internada porque #precisava #fazer #cesariana, ele nao #explicou porque nao #poderia ser #feito o parto_normal, nem nada.

23 22 eu tambem #achei que foi uma falha o #fato deles #estarem #discutindo na #frente da #paciente; eu ja estava ali #nervosa na #mesa porque #iria #fazer a operacao e dai de repente, o medico fala que nao #precisava #fazer a #cesariana naquela hora;

261 19 eu #acho que eu nao #precisei #tomar decisao alguma. na hora da #contracao no #pre_parto, ela perguntou como eu #queria #ficar #deitada, eu estava de lado e #disse que #podia #ficar assim mesmo.

6 18 mas nao #explicou #direito que eu #ficaria #internada e #faria uma #cesariana. O medico so #disse para a minha irma: #vai la e #faca a #internacao la embaixo e volta aqui.

16 18 eu #acho que o #fato #dos/ #profissionais decidirem tudo, talvez seja um #erro, eles #acham que por serem medicos, nao/ #precisam passar nada para o #paciente e #fazem o-que #querem.

187 17 ela fez isso todas-as-vezes-que eu pedi. eu #ficava #nervosa porque o bebe chorava e eu nao #podia me #mexer, pois eu tinha #feito #cesariana, mas a enfermeira dizia que eu nao #precisava chorar que ela ja #iria ver o bebe e nao o #deixaria chorar.

37 16 la na maternidade_b eles me #deixaram a-vontade para #sentar na #bola para aumentar a dilatacao, para #tomar banho que #ajuda a relaxar. na maternidade_b eles me #deixaram livre para #tomar quantos banhos eu #quisesse e se nao #quisesse, nao #precisava #tomar banho.

7 15 A minha irma foi #fazer a #internacao e o medico ja saiu dali. A minha irma perguntou para a enfermeira que estava la o-que tinha acontecido, o-que #iria ser #feito e foi ela quem #explicou: ela #vai #ficar #internada porque ela #vai #fazer #cesariana.

315 15 na maternidade_b eu #precisei #dos #profissionais e eles nao me #ajudaram. eu estava com pressao alta e a decisao deles foi me mandar para casa, isso e decisao que-se #tome? por mim, eu teria #ficado na maternidade_b, mas como que eu #iria #discutir com eles la?

318 12 entao eu #acho que-nem sempre as decisoes #dos #profissionais sao bem tomadas, mas os #profissionais da maternidade_a me passaram confianca quanto as decisoes que #tomaram. porem, eu #acho que-nem sempre as decisoes #dos #profissionais sao as melhores para os #pacientes. na maternidade_a eu era #consultada sobre as minhas preferencias, como por exemplo, se eu #queria #tomar banho, #ficar #sentada ou #deitada.

319 12 eles perguntavam: #queres #tomar um banho agora? #queres #ficar um pouco #sentada, pois em #pe/ cansa? #nessas coisas sim, eu era #consultada. depois, no quarto, eles tambem perguntavam/ para mim o-que eu #queria. depois-que eu ganhei o bebe, eu #tomei banho antes da hora, porque eu estava louca para #tomar um banho e a enfermeira me #ajudou.

363 10 eu #disse que eu nao #queria #cesariana. eu nao sei o-que #poderia acontecer, eu #achava que eu nao #poderia #ficar #nervosa, que eu tinha que aguentar ali que uma hora #iria passar.

15 9 O pessoal da maternidade nao falou nada para mim, nem quando eu fui para a #mesa de cirurgia, nao #explicaram que eu #iria #tomar anestesia, o-que eles #iriam #fazer, nao falaram nada.

26 9 eu #acho que foi um #erro do medico falar aquelas coisas na minha #frente, isto foi o-que me #deixou mais #nervosa, mas o resto foi tudo normal. talvez os medicos devessem #explicar melhor os procedimentos antes-de #internar, o-que #vai ser #feito, o-que nao #vai ser #feito e como sera #feito, se nao a gente #fica sem saber o-que #vai acontecer.

43 9 os #profissionais da/ maternidade_b tambem me #deixaram bastante a-vontade para escolher se eu #queria #ficar/ andando ou se #queria #ficar #deitada. eu #poderia #fazer o-que eu #quisesse la-dentro. sim, eu me/ senti a-vontade para expressar o-que eu estava sentindo na hora do parto la na/ maternidade_b.

135 9 como eu #queria ganhar la mesmo onde eu estava, eu fiquei. eu fui mais ou menos induzida a #ficar #deitada no #pre_parto, mas eu sabia que era o-melhor, entao para-que eu ia #discutir?

24 8 eu #acho que isso nao deve ser falado na #frente da #paciente, pois depois disso, eu fiquei com medo. eu ja estava com medo e fiquei com mais, eu pensei: o-que o medico #vai #fazer entao? que #faca #direito ou que #deixe para depois.

98 8 as enfermeiras me #disseram: tu #podes escolher a sala que #quiseres e se ela estiver ocupada no #momento, a gente #vai ter que passar para outra. eu #achei isso bem #importante. na hora que eu estava em trabalho de parto, eu #queria que fosse #feita a #cesariana para acabar logo com aquele sofrimento.

314 8 imagina_me #tomando uma decisao com dor, #querendo ou nao, a gente #fica um pouco fora de orbita. eu #acho #importante eles #tomarem a decisao, porque eles sao os #profissionais. ali naquele #momento, eu #achei que fizeram para mim o-melhor, mas nem sempre o #profissional sabe o-que-e o-melhor para a #paciente.

Clé sélectionnée : C

94 32 eu ficava muito tempo sem-que alguem #da #equipe me visse. O #medico que #fez o meu parto tambem trabalha numa #maternidade #particular e eu acho que-se o meu parto #fosse la, o #atendimento seria #diferente.

21 26 #ocorreu tudo-bem na #assistencia que eu #recebi na #maternidade_b, o #unico/ #problema foi essa falha #medica, houve um erro de #comunicacao entre a #equipe e eu nao sei/ de-quem partiu isto, na verdade isso nao poderia acontecer.

59 26 O #pessoal #da #maternidade_b so pedia para-que eu me posicionasse sempre do/ lado #esquerdo, por #causa #da minha #pressao que estava #alta. eles #falavam para eu ter/ cuidado, para nao me esforcar muito, eles tinham muito cuidado comigo, mas nao ficavam/ #falando que eu estava fazendo algo #errado, nao ficavam #chamando a minha atencao.

75 21 eu estava tranquila quando fui para a #maternidade, tu podes ate ter entrevistado outras pessoas que #falaram tudo #diferente de mim, pois eu tive umas #amigas que fizeram #grupo de #gestantes e elas #falaram para mim que #ocorreu tudo-bem no parto delas.

271 18 eles poderiam ter me #falado isto, me #preparado antes, a #medica deveria ter vindo #contar, quem #contou foi a minha #irma e o meu namorado, #dai eu so #cheguei no quarto e fiquei sozinha.

5 17 eu nao tive uma convivencia muito #grande com esses profissionais que nao eram #da #enfermagem, na verdade eu nao tenho uma opiniao sobre isso, a convivencia era #rapida. A minha #irma foi junto comigo para a #maternidade e ela ficou meio indignada porque quando nos #chegamos, o #medico que #fez o meu ultra_som, #fez a minha internacao e ele #falou para ela fazer a internacao,

76 16 as minhas #amigas me #contaram que #chegaram la na #maternidade_b e tinha #lugar para elas, que elas foram bem #atendidas, que aconteceu tudo certo. quer dizer, eu #recebi referencias positivas #da #maternidade_b e #cheguei la e fui tratada #daquela #forma.

12 15 eu acho que o #problema foi mais #da parte do #medico, porque das enfermeiras que estavam la #atendendo diariamente, eu nao tenho queixa alguma, elas me trataram super bem. O #problema foi com o #medico, eu ate fiquei com medo, eu #cheguei a #comentar com a minha #irma que-se ele #fosse fazer a minha cesariana a contragosto, seria melhor que nao fizesse, pois poderia ate fazer alguma coisa #errada.

250 14 eu nao tenho nada a reclamar quanto ao #atendimento #recebido na maternidade_a, eu acho que foi melhor do que eu #esperava, pois eu #ouvira muitos #comentarios dos outros, eu nao achava que #fosse aquilo.

87 13 eu achei tao engraçado que uma enfermeira #da #maternidade_b que estava coordenando o #grupo de #gestantes #falou assim para a minha colega: eu acho bom tu nao #criares caso com essa historia de nao querer ser #depilada porque as #vezes, por-causa-de uma bobagem, tu vais #criar um clima com as enfermeiras ou com o #medico e pode ficar pior para ti.

63 11 eles mediram a temperatura, fizeram o #exame do pezinho, o teste de glicose, eles tem muito cuidado com a mae e com o bebe. eu nao teria palavras para agradecer o #atendimento que nos #recebemos la na #maternidade_b. eu estive la na #maternidade recentemente e #os elogiei bastante.

74 8 foram muitas horas de trabalho de parto, #quase 24 horas de bolsa rota sem o bebe nascer. eu nao tive orientacao alguma. eu acho que eu nao #recebi orientacao na #assistencia que eu #recebi na #maternidade_b porque #servico publico no brasil e assim.

252 8 para mim foi o contrario, o #atendimento foi bem-melhor do que eu #esperava.

357 8 eu estava com o celular la, mas #os meus familiares #ligavam para a #maternidade mesmo e o #pessoal me #chamava. eles davam o recado e diziam que-se a gente quisesse alguma coisa, como #ligar para a familia, poderia #usar o telefone.

182 7 sim, eu me senti a-vontade para expressar o-que eu estava sentindo na hora do parto; #falaram_me na #maternidade para eu nao ficar preocupada, pois eles ja sabiam que quando a gente #chegava na #maternidade, tratavamos o #pessoal #da #equipe bem, mas depois #os #xingariamos e eles ja estavam preparados.

251 7 O que eu #ouvira de #comentarios dos outros, e que o tempo que voce fica na #maternidade e #ruim, coisas parecidas. as pessoas diziam que o #atendimento iria #depende de-quem iria te #atender.

322 7 ate havia uma menina do meu lado que tinha #problema de pre_eclampsia durante toda a gravidez e eles nao verificavam a #pressao dela. eu #chamei a atencao #da enfermeira porque a menina so chorava, queria ir embora, mas nao podia. eles mandavam comida salgada para ela e ela tinha #pressao #alta, eu nunca #ouvi #falar disso, ela deveria ter feito uma dieta.

102 6 durante o trabalho de parto o #pessoal la #da #maternidade_b #quase nao ficava comigo, eu ficava so com o meu marido que estava mais nervoso do que eu, ele estava apavorado.

103 4 #os #medicos e as enfermeiras so #chegavam na sala onde eu estava para me examinar, eu estava perto do balcao onde eles ficam na #maternidade.

Clé sélectionnée : D

36 68 eu #sabia que numa #das #salas tinha uma #cadeira de #parto de #cocoras e na outra tinha um #tipo de #cadeira de #parto de #cocoras que virava maca, mas na hora eu #escolhi qualquer uma, a #funcionaria acabou me #colocando na #cadeira que ela #preferiu.

211 55 a #funcionaria saiu e eu ja sai atras dela #perguntando onde era o #banheiro. quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, em momento algum eles me #perguntaram nada.

34 51 sim, eu #participei #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, o #tipo de #parto fui eu que #escolhi. assim-que eu entrei na maternidade, eles me #perguntaram a #posicao que eu #preferia ter bebe.

276 51 eu acho que eu nao #participei #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto. eu sei que existem outros #tipos de #parto, como #parto de #cocoras, e eu acho que eles #deviam ter #perguntado que #tipo de #parto eu queria, se eu queria fazer a raspagem ou nao.

151 46 se eu fosse #escolher o #parto de #cocoras, tinha #duas #cadeiras para eu #escolher. eles me #mostraram onde ficaria o bebe, me #mostraram tudo e #perguntaram qual #parto que eu queria, qual #sala, qual #cadeira, de tudo isso eles me deixaram #participar.

179 46 sim, eu senti que #participei #das #decisoes nao #emergenciais do meu #parto, pois mesmo com as dores, eles me levaram #nas #salas de #parto para eu #escolher qual #sala eu #preferia, eles me #colocaram na cama e me #mostraram como eu ficaria sentada ou deitada.

134 42 ainda quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, a enfermeira me #mostrou as #salas de #parto que eu poderia #escolher, mas depois, na hora do #parto, eles nao #perguntaram de-novo qual #sala eu queria,

346 42 nao, eu nao senti que eu #participei #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto. O medico nao me #perguntou como eu #preferia. eu nao sei porque sao os medicos que #decidem a maioria #das coisas, eu acho que com o contato que eles tem com tantas mulheres, eles #devem #saber como vai ser.

150 39 quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, eu #participei sim, porque quando eu entrei no pre_parto, eles ja foram me #mostrar todas as #salas de #parto onde eu poderia ficar e quais eu poderia #escolher.

54 32 O meu marido sempre diz para a minha prima que esta gravida que a referencia dele e a maternidade_b, embora a gente nao #conheca o atendimento #das outras maternidades. quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, la na maternidade_b, eles #perguntavam para mim sobre as minhas #preferencias, sobre que #tipo de #parto eu queria.

277 32 eles so fizeram os #procedimentos e nao #perguntaram nada sobre o-que eu queria ou nao, por-isso eu acho que eu nao #participei #das #decisoes sobre o meu #parto. eu acho que eles e que tomam as #decisoes porque eles #sabem o-que estao fazendo, eles acham que e melhor fazer assim, mas eu acho que eles #deveriam ter me #perguntado.

288 32 nao foi preciso eu #caminhar dentro da maternidade, por-isso-que la eles/ #mandaram ficar so deitada. sim, eu senti que eu #participei #das #decisoes nao #emergenciais/ sobre o meu #parto porque eles me #perguntavam tudo antes-de fazer.

367 30 nao, eu nao #participei #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto. la na maternidade_a eles diziam: tens que #caminhar. E eu ia #caminhar, mas eles nao #perguntavam para mim o-que eu achava que eu #deveria fazer. eles diziam: tu vais #andar, tu vais voltar para casa porque nao esta na hora ainda.

368 28 eu nao #participei #das #decisoes, eles tomavam a #decisao e so me passavam. eu acho que e assim porque eles #sabem, mas, eu acho que eles #deveriam pelo menos #conversar com a gente.

96 20 A convivencia foi otima, boa mesmo. sim, eu senti que eu #participei #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, porque quando eu cheguei la na maternidade_b, uma enfermeira me levou com mais #duas mulheres para #conhecer as #salas de parto_normal.

358 20 nao, eu nao senti que #tivesse #participado #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto. eu acho que nao, nao. eu nao sei porque os medicos #decidem tudo, pode ser que eles tenham mais #experiencia que a gente.

68 19 quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, tudo que poderia ser feito antes do #parto eu ja #sabia porque a gente ja tinha sido orientada no grupo de gestantes.

130 17 quanto a #participar #das #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, na verdade eles falavam, por #exemplo, para ir tomar banho, eu fui, para #descer, eu fui, para deitar, eu fiquei deitada esperando,

285 15 tudo que eu te falei foi o-que aconteceu. agora o #negocio e criar o bebe e dar muito amor e carinho. quanto a #participar #nas #decisoes nao #emergenciais sobre o meu #parto, por #exemplo, eu nao precisei ficar #caminhando la na maternidade porque eu ja tinha #caminhado o dia inteiro.

Clé sélectionnée : E

155 42 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na maternidade_b foi #boa porque nao teve conflito, me #trataram bem, foi #normal. era sempre aquela rotina, eu acordava, tinha que #trocar o bebe, #dar de #mamar, #vinham #dar remedio, #comida, essas coisas.

365 36 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi legal, foi #boa, elas me #trataram bem, a #gente se divertia, #brincava, #as #enfermeiras eram bem legais. #as #enfermeiras sempre #vinham ver como a #gente estava, se a #gente precisava de alguma coisa. eu sempre tinha um #acompanhante comigo, eu nao fiquei sozinha, mas mesmo assim, #as #enfermeiras #vinham #dar #uma #olhada.

341 30 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi #boa, foi #normal. eles #vinham, conversavam, atendiam a #gente bem, eu nao tenho o-que falar mal deles. eles me atenderam bem, a nao ser aquela #moca que eu ja falei, #tirando aquela, o resto para mim foi 10. no #alojamento_conjunto, a #convivencia tambem foi tranquila.

194 28 A #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a, de #maneira geral, foi #boa, #tirando aquela funcionaria que me deixou com a #roupa de #cama #suja e a outra que me disse que o maximo que poderia acontecer seria eu ganhar o bebe na #cama.

281 28 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi #boa. A cada #dia e #uma #pessoa diferente que #trabalha la. de 12 em 12 horas muda o #plantaio. um #dia e #uma #pessoa que te #leva o cafe, outro #dia e outra. sempre e #uma #pessoa diferente que #leva o almoco e a janta.

310 27 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi #boa, fora o estresse com #as #meninas la do aleitamento materno, que eu nao sabia se #acreditava #numa ou na outra, foi tudo-bem.

67 24 eu quase pulei na #enfermeira e disse: pelo amor de deus, o-que-e isso? tu estas enfiando a #agua goela a #baixo e a #crianca esta se afogando. esse acontecimento foi #uma execucao, entre outras coisas assim, mas fora isso, a minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham la na maternidade_b foi #boa.

174 24 O tratamento das #enfermeiras na maternidade_b era muito-bom, #as vezes elas ficavam com o bebe quando ele estava chorando para eu comer, elas tinham essa paciencia. #as vezes, eu #reclamava que a #comida nao estava como eu gostava #as #enfermeiras #trocavam. A #noite, se #faltava #agua para #beber, #as #enfermeiras #traziam.

325 19 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham la na #maternidade_a foi #normal. la, entre os #enfermeiros, e como #uma familia, um depende do outro para o servico #dar certo, enquanto um faz #uma #parte, outro faz outra, se alguem precisa, outro vai la e deixa tudo encaminhado para adiantar o servico.

253 17 quanto a minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a, #as #enfermeiras sao bem atenciosas, assim-como tambem um pessoal da prefeitura que entrega #uma bolsa para a #gente. esse pessoal da prefeitura ja faz o #cartao de saude do bebe, ja marca a consulta com o #pediatra e com o dentista no posto de saude para ele e ginecologista para mim, foi tudo encaminhado la na maternidade.

156 16 eu achei que a #convivencia com #as #pessoas foi #boa, eu estava ate me acostumando em ficar la, quando eu cheguei em #casa eu ate #estranhei porque eu fiquei quatro #dias la na maternidade_b.

2 14 O que eu achei bom na #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na maternidade_b, foi o apoio que eu recebi das #enfermeiras, elas #trataram a #gente super bem, com carinho, #orientavam como #cuidar do bebe e da #gente tambem, foi muito-bom.

64 14 A #convivencia com #as #pessoas que #trabalha na maternidade_b foi legal, com algumas excecoes. tinha algumas #enfermeiras la na maternidade_b que nao deveriam estar naquela profissao, mas o-que eu vou fazer? sempre aonde tu vais tem #uma ou duas #pessoas que nao estao legais, faz #parte.

193 14 mas para quem me ajudou e #tratou bem a mim e ao bebe, a #gente deu alguma coisa porque e legal, ate mesmo para incentiva_los. para #as #meninas que me ajudaram no #banho, para todos, a #gente deu um #cartao que a #gente mesmo escreveu. #pegamos papel #cartao e fizemos um #cartao.

196 14 eu acho que #as vezes, algumas #pessoas #perdem em nao ficar com a #boca fechada, nao precisava me dizer nada, so que nao tinha #roupa de #cama para #trocar, mas nao precisava dizer:

354 14 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi #boa. eu fiquei la tres #dias, fui na segunda-feira e sai na quarta-feira. eles sao bons, atendem bem a #gente. A #gente fica la para ter bebe e nao pode ficar com celular, nada dessas coisas.

246 13 A minha #convivencia com #as #pessoas que #trabalham na #maternidade_a foi #boa, #as #pessoas sao bem #simpaticas, no quarto #as #enfermeiras #cuidavam bem do bebe, foi bom. eu nao tenho nada do que #reclamar. quanto a participar das decisoes nao emergenciais sobre o meu parto, o-que o pessoal da #maternidade_a decidiu, eu aceitei, nao teve como dizer nao, ou que estava bom, ou que nao estava.

283 12 A #convivencia com essas #pessoas foi #boa. O que era bom, eram #as explicacoes, #as #orientacoes que elas #davam sobre como eu tinha que fazer #as coisas. para quem tem calor de figo, como eu tinha, eles falaram: tens que #dar #banho de sol no teu peito, se rachar muito, tem #uma pomada para passar, a mace.

343 11 eu fui para o quarto acho que era #umas 10h, 9h e pouco e so fui tomar #banho #as 14h30. O meu marido foi em #casa, #voltou e eu ainda estava #suja.

Clé sélectionnée : F

90 20 ou #seja, naquela #hora tu estas na #mao dos outros e #seja o-que deus quiser. entao eu fiquei na minha, nao #expressei o-que eu estava #pensando na #hora nao, fiquei #quieta.

139 17 eu me #senti a-vontade para #chorar, para reclamar da #dor. eu nao #senti #vontade de #gritar no meu parto e #pensei que-se eu #gritasse, eles iriam me tratar mal e realmente, na maternidade eles nao #gostam que a #mulher #grite, eles ja estavam #criticando a moca do outro quarto que estava #gritando.

140 15 eu acho que eles nao #gostam que a #mulher #grite porque #pensam que nao tem necessidade, mas eles tem que-se colocar no lugar da pessoa que esta ali #sentindo a #dor, se a #mulher esta #gritando e porque e o modo dela se #expressar, cada-um e cada-um.

217 15 na #hora da #dor nem tu sabes o-que tu #sentes e o-que da/ #vontade de fazer. ao mesmo tempo que da #vontade de #chorar, da #vontade de ficar bem/ #quieta, toda encolhida.

297 15 foi ai que eu #fiz #forca e o bebe nasceu e nao deu problema algum, gracias-a deus. na #hora do parto, o-que eu #senti mesmo #vontade de fazer, foi dar uns #socos na #parede, mas eu #fechava a #mao e batia de leve, por causa da #dor.

298 15 E a #dor que faz tu #gritares, mas eu nunca fui #escandalosa. eu #gemia muito, #gemia bastante e #mordia o pano da camisola. eu #mordia e #gemia bastante. A unica #vontade que me deu foi de dar um #soco na #parede. nem o meu marido me passava pela cabeça na #hora do parto, so na #hora que nasceu o bebe.

324 15 mas se for para #chorar, eu #choro, tanto que na #hora do parto eu #chorei um monte. eu me #senti a-vontade para #chorar, ja e uma coisa minha #expressar o-que eu #sinto, #seja alegria, #tristeza, elogio e #critica.

348 15 uns #diziam que nao era para eu #escutar o-que os outros #diziam e sim prestar #atencao no medico, entao assim eu #fiz. na #hora do parto eu nao #gritei muito, quando eu #sentia #dor, que era uma #dor insuportavel, eu sempre #dizia para o meu marido: ai, me ajuda, me ajuda.

280 14 era #muita #dor, entao eu ficava #gritando.

306 13 eu fui pelo que a minha #mae disse. eu #mordi a ponta da camisola e dei/ umas batidas na #parede. eu #sentia as #dores, mas como a minha irma estava comigo, ela/ #segurava e apertava a minha #mao, acho que eu transmitia para ela o-que eu estava #sentindo.

100 12 mas eu acho que eu nao fui #escandalosa nao. tinha #horas que eu tinha #vontade de #gritar mesmo, mas eu nao #gritava porque sabia que nao #ia resolver nada, mas eu #acabava #gemendo mesmo sem querer.

138 12 ja tinham me falado antes-de eu ir para a maternidade que nao era para #gritar, eu ja fui bem consciente #disso. na #hora do parto eu tinha era #vontade de #chorar e eu #chorava muito.

142 12 A minha #dor nao era tao grande, de repente, a dessa #mulher que #gritava, era bem maior e ela #sentiu #vontade de #gritar. eu nao precisei #gritar, mas na maternidade eles #criticam quem #grita, a minha avo ja tinha me falado isso, ja faz um tempo que ela #teve filho, mas ela falou que a trataram mal na maternidade porque ela #gritou.

245 12 eu #chorava e me desesperava so de #pensar que algum dia eu faria uma cesariana. E legal, eu acho legal, acho que toda #mulher tem #vontade de realmente ter um #parto_normal.

267 12 eu nao tive #vontade de fazer nada #disso, eu so estava tentando ajudar, com as enfermeiras e a medica ali perto tu nao #sentes #medo. eu so tinha #vontade de #sair de la e que parassem as contracoes. elas ajudam bastante a gente, #avisam quando a contracao esta vindo, que vai #doer um pouco, que e para fazer #forca.

323 12 eu entao me #expressei por ela, porque ela so #chorava, coitada. ja e uma coisa minha #ver as coisas erradas e me estressar. quanto a #gritar, por-mais-que eu tivesse #vontade, eu fiquei com #vergonha, eu acho tao #escandaloso, entao eu me #segurei nessa parte.

60 11 sim, eu me #senti a-vontade para #expressar o-que eu estava #sentindo na #hora do parto, pois na #hora da #dor, mesmo-que tu queiras te controlar, tu nao consegues. se eu #sentia #dor, eu #dizia, eu #gemia, #chorava, ficava desesperada, ou chamava a minha #mae ou alguem que estava por-perto.

360 11 quanto a se #sentir a-vontade para #expressar o-que eu estava #sentindo na #hora do parto, eu tinha #vontade de #chorar, mas eu procurei nao #chorar. nao #sei se me ajudou ou #complicou, mas eu achava que-se eu ficasse mais nervosa poderia #complicar outras coisas. eu so #pensava que deus e a minha #mae me ajudassem, mas eu tinha #vontade de #chorar.

55 10 eu falei que eu queria ter #parto_normal, pois todos falam que e muito-bom, que a pessoa so #sente #dor na #hora, ja na cesariana a recuperacao e bem mais dificil.

Anexo G

Relatório do Alceste Relativo ao Corpus "Assistência ao Parto"- Grupo dos Profissionais de Saúde (versão resumida)

* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse : prof1.pl ; Date : 5/ 1/**; Heure : 10:04:06

```
C:\Alceste\&&_0\  
prof1.txt  
ET 1 1 1 1  
A 1 1 1  
B 1 1 1  
C 1 1 1  
D 1 1 1 0 0  
A1 1 0 0  
A2 3 0  
A3 1 1 0  
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0  
B2 2 2 0 0 0 0 0 0  
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0  
C1 0 121  
C2 0 2  
C3 0 0 1 1 1 2  
D1 0 2 2  
D2 0  
D3 5 a 2  
D4 1 -2 1  
D5 0 0
```

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 20

A2: Calcul du dictionnaire

Utilisation du dictionnaire initial DICIN

Nombre de formes dans DICIN : 4615

Nombre de formes distinctes : 4615

Nombre d'occurrences : 53742

Fréquence moyenne par forme : 12

Nombre de hapax : 2267

Fréquence maximum d'une forme : 2268

```
75.60% des formes de fréq. < 4 recouvrent 10.16% des occur.;  
90.16% des formes de fréq. < 14 recouvrent 20.20% des occur.;  
95.28% des formes de fréq. < 36 recouvrent 30.41% des occur.;  
97.59% des formes de fréq. < 71 recouvrent 40.36% des occur.;  
98.68% des formes de fréq. < 161 recouvrent 50.04% des occur.;  
99.22% des formes de fréq. < 303 recouvrent 60.04% des occur.;  
99.50% des formes de fréq. < 519 recouvrent 70.11% des occur.;  
99.67% des formes de fréq. < 998 recouvrent 80.32% des occur.;  
99.76% des formes de fréq. < 2140 recouvrent 91.67% des occur.;  
99.80% des formes de fréq. < 2268 recouvrent 100.00% des occur.;
```

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 2430

Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 371

Nombre de mots supplémentaires de type "s" :	28	
Nombre d'occurrences retenues :	53461	
Moyenne par mot :	18.246340	
Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) :	22149	soit 43.337640%
Nombre d'occurrences supplémentaires :	28959	
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence :	2353	

B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0	
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé :	4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu :	9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" :	1
B15: Code de fin d'U.C.E. :	1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. :	29
B17: Elimination des U.C.E. de longueur <	0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé :	4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" :	1

Nombre de mots analysés :	850
Nombre de mots supplémentaires de type "r" :	273
Nombre total de mots :	1123
Nombre de mots supplémentaires de type "s" :	28
Nombre de lignes de B1_DICB :	1151

Nombre d'occurrences analysées :	22149
----------------------------------	-------

Nombre d'u.c.i. :	20
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. :	17.804660
Nombre d'u.c.e. :	1244
Nombre d'u.c.e. sélectionnées :	1244
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées	
Nombre de couples :	43410

B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte :	15
Nombre d'unités de contexte :	970

B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte :	17
Nombre d'unités de contexte :	861

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4	
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre	
Nombre d'items analysables :	692
Nombre d'unités de contexte :	970
Nombre de "1" :	18506

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4	
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre	
Nombre d'items analysables :	687
Nombre d'unités de contexte :	861
Nombre de "1" :	18181


```

      16
Cl. 4 ( 318uce) |-----+-----+
      17
Cl. 2 ( 387uce) |-----+-----+
      18
Cl. 3 ( 100uce) |-----+-----+

```

C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 3.37

Nombre de mots (formes réduites) : 1123
Nombre de mots analysés : 850
Nombre de mots "hors-corpus" : 28
Nombre de classes : 4

1012 u.c.e. classées soit 81.350480%

Nombre de "1" analysés : 15693
Nombre de "1" suppl. ("r") : 16822

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 207. u.c.e. 3174. "1" analysés ; 3480. "1" suppl..
2eme classe : 387. u.c.e. 6028. "1" analysés ; 6452. "1" suppl..
3eme classe : 100. u.c.e. 1475. "1" analysés ; 1654. "1" suppl..
4eme classe : 318. u.c.e. 5016. "1" analysés ; 5236. "1" suppl..

Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 207. soit : 20.45 %
Nombre de "uns" (a+r) : 6654. soit : 20.46 %
Nombre de mots analysés par uce : 15.33

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
9	54.	210.	25.71	4.51	ach+
10	8.	14.	57.14	11.74	acompanhamento
20	10.	12.	83.33	29.51	adequ+
21	9.	16.	56.25	12.80	admissao
35	5.	7.	71.43	11.26	alta
38	3.	5.	60.00	4.83	amament+
39	13.	36.	36.11	5.62	ambiente
43	3.	4.	75.00	7.34	ampli+
45	19.	43.	44.19	15.54	analgesia
48	7.	14.	50.00	7.62	anestesista+
56	6.	6.	100.00	23.47	aparelh+
57	9.	11.	81.82	25.74	apartamento+
66	86.	322.	26.71	11.35	as
68	28.	87.	32.18	8.05	aspecto+
70	48.	140.	34.29	19.10	assist+
75	16.	32.	50.00	17.73	atendi+
76	17.	56.	30.36	3.57	atend+
84	3.	5.	60.00	4.83	augment+
91	3.	5.	60.00	4.83	banheiro+
94	13.	32.	40.63	8.26	boa+
108	6.	13.	46.15	5.35	cam+
122	9.	23.	39.13	5.05	centr+
157	9.	23.	39.13	5.05	condic+
165	14.	30.	46.67	13.06	conhec+
174	3.	5.	60.00	4.83	consulta+
206	4.	7.	57.14	5.83	dai
216	4.	6.	66.67	7.92	deficiencia+
219	5.	5.	100.00	19.54	demanda
233	9.	24.	37.50	4.39	dever+
245	2.	3.	66.67	3.95	diminuir+
265	12.	17.	70.59	26.71	emergencia+
268	3.	5.	60.00	4.83	encaminhadas
284	5.	5.	100.00	19.54	equipamentos
289	5.	11.	45.45	4.27	escut+
290	22.	27.	81.48	63.50	espaco

309	9.	9.	100.00	35.31	exame+
310	7.	7.	100.00	27.41	excesso
323	20.	33.	60.61	33.80	falt+
338	6.	8.	75.00	14.75	fetal
341	6.	11.	54.55	7.94	ficar+
349	25.	30.	83.33	75.13	fisic+
362	20.	37.	54.05	26.65	foss+
366	6.	14.	42.86	4.38	funcionar+
370	18.	35.	51.43	21.38	ganh+
376	14.	31.	45.16	12.00	gestante+
379	4.	8.	50.00	4.33	gostar+
402	53.	89.	59.55	91.67	ideal
428	2.	3.	66.67	3.95	instrument+
442	6.	15.	40.00	3.57	iri+
452	16.	19.	84.21	48.38	leito+
463	4.	4.	100.00	15.62	lotado+
464	21.	49.	42.86	15.88	lugar+
466	18.	55.	32.73	5.38	maior+
475	6.	7.	85.71	18.45	materi+
477	13.	31.	41.94	9.07	maternidade_b
478	3.	4.	75.00	7.34	maternidade_c
487	16.	27.	59.26	25.67	melhor+
494	3.	3.	100.00	11.70	minimo
508	10.	14.	71.43	22.67	movimento+
510	2.	3.	66.67	3.95	mudaria
511	9.	19.	47.37	8.62	mud+
528	25.	40.	62.50	45.25	negativo
536	7.	9.	77.78	18.34	nivel
537	2.	3.	66.67	3.95	nome+
544	10.	13.	76.92	25.81	numero
547	6.	13.	46.15	5.35	obrig+
551	9.	16.	56.25	12.80	ocorr+
562	4.	7.	57.14	5.83	otim+
566	108.	285.	37.89	74.16	paciente+
569	7.	13.	53.85	9.02	pag+
579	5.	11.	45.45	4.27	particular+
580	86.	328.	26.22	9.91	parto+
591	5.	11.	45.45	4.27	ped+
600	9.	13.	69.23	19.26	pequen+
615	11.	29.	37.93	5.60	plant+
617	20.	30.	66.67	40.58	poder+
621	3.	5.	60.00	4.83	porcento
629	4.	6.	66.67	7.92	pos_parto
633	6.	8.	75.00	14.75	precisaria
634	19.	39.	48.72	19.91	precis+
644	17.	29.	58.62	26.73	pre_nat+
645	8.	20.	40.00	4.79	pre_parto+
649	3.	4.	75.00	7.34	privacidade
650	20.	42.	47.62	19.87	problema+
660	2.	3.	66.67	3.95	proporcion+
669	9.	16.	56.25	12.80	pud+
670	5.	5.	100.00	19.54	puerper+
672	5.	7.	71.43	11.26	qualidade
688	5.	7.	71.43	11.26	recurso+
701	3.	4.	75.00	7.34	resolvido
702	4.	5.	80.00	10.95	resolv+
710	7.	10.	70.00	15.24	rest+
727	31.	77.	40.26	20.09	sala+
764	15.	23.	65.22	28.98	sus
782	19.	27.	70.37	42.48	tivess+
787	3.	4.	75.00	7.34	trabalhos
803	7.	7.	100.00	27.41	ultra_som
806	3.	4.	75.00	7.34	unidade+
818	8.	12.	66.67	15.94	vag+
853 *	140.	625.	22.40	3.80 *	o
863 *	14.	40.	35.00	5.42 *	1 temos
865 *	51.	152.	33.55	18.86 *	1 ter
867 *	14.	22.	63.64	25.77 *	1 teria
869 *	2.	4.	50.00	2.15 *	1 teriamos
875 *	25.	80.	31.25	6.22 *	2 ha
877 *	4.	4.	100.00	15.62 *	2 haveria
887 *	31.	115.	26.96	3.37 *	3 sao
891 *	43.	77.	55.84	64.15 *	3 seria
906 *	13.	41.	31.71	3.33 *	4 durante

912	*	120.	508.	23.62	6.29	*	4	para
916	*	12.	37.	32.43	3.39	*	4	sem
918	*	7.	21.	33.33	2.19	*	4	sobre
925	*	4.	6.	66.67	7.92	*	5	ate-que
934	*	2.	4.	50.00	2.15	*	5	logo
941	*	15.	44.	34.09	5.26	*	5	pois
956	*	18.	34.	52.94	22.82	*	6	bom
959	*	9.	29.	31.03	2.05	*	6	muito-bom
962	*	4.	10.	40.00	2.37	*	7	algo
968	*	6.	9.	66.67	11.92	*	7	aonde
974	*	16.	35.	45.71	14.22	*	7	cada
976	*	7.	10.	70.00	15.24	*	7	cada-uma
990	*	18.	58.	31.03	4.23	*	7	em-que
1006	*	24.	75.	32.00	6.64	*	7	mesmo
1016	*	5.	8.	62.50	8.76	*	7	naquela
1022	*	34.	133.	25.56	2.46	*	7	nos
1025	*	9.	29.	31.03	2.05	*	7	nosso
1032	*	26.	78.	33.33	8.62	*	7	o-que
1035	*	24.	80.	30.00	4.86	*	7	pouco
1053	*	14.	42.	33.33	4.47	*	7	todas
1058	*	20.	72.	27.78	2.55	*	7	tudo
1064	*	16.	19.	84.21	48.38	*	8	quarto
1069	*	100.	425.	23.53	4.26	*	8	um
1076	*	63.	253.	24.90	4.10	*	9	aqui
1087	*	2.	3.	66.67	3.95	*	9	com-certeza
1098	*	13.	38.	34.21	4.59	*	9	hoje
1105	*	21.	56.	37.50	10.59	*	9	melhor
1120	*	31.	118.	26.27	2.78	*	9	tambem
1123	*	43.	124.	34.68	17.57	*	M	O
1124	*	175.	671.	26.08	38.74	*		*fun_1
1126	*	104.	323.	32.20	40.21	*		*ida_1
1137	*	9.	29.	31.03	2.05	*		*ind_10
1138	*	19.	40.	47.50	18.72	*		*ind_11
1139	*	4.	5.	80.00	10.95	*		*ind_12
1141	*	8.	22.	36.36	3.50	*		*ind_14
1142	*	32.	93.	34.41	12.26	*		*ind_15
1143	*	16.	35.	45.71	14.22	*		*ind_16
1145	*	15.	37.	40.54	9.52	*		*ind_18
1147	*	10.	32.	31.25	2.37	*		*ind_20
1148	*	134.	423.	31.68	56.27	*		*mat_1

Nombre de mots sélectionnés : 149

Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 387. soit : 38.24 %
Nombre de "uns" (a+r) : 12480. soit : 38.38 %
Nombre de mots analysés par uce : 15.58

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
9	100.	210.	47.62	9.87	ach+
11	38.	73.	52.05	6.36	acompanhante+
18	12.	14.	85.71	13.55	acredit+
36	5.	6.	83.33	5.20	alter+
37	4.	5.	80.00	3.71	aluno+
39	20.	36.	55.56	4.74	ambiente
54	40.	65.	61.54	15.96	ao
55	23.	26.	88.46	28.50	aos
61	9.	10.	90.00	11.46	aprendi
62	11.	17.	64.71	5.13	aprend+
68	50.	87.	57.47	14.90	aspecto+
70	73.	140.	52.14	13.30	assist+
71	8.	8.	100.00	13.02	assum+
72	12.	16.	75.00	9.30	atencao
74	10.	15.	66.67	5.21	atendid+
76	32.	56.	57.14	8.97	atend+
82	10.	14.	71.43	6.62	atu+
88	5.	6.	83.33	5.20	avanc+
100	6.	6.	100.00	9.75	brig+
110	5.	6.	83.33	5.20	caracteristica+
112	6.	6.	100.00	9.75	casa_de_parto+
114	24.	43.	55.81	5.87	cas+

136	8.	9.	88.89	9.86	cientif+
144	89.	176.	50.57	13.71	coisa+
145	11.	14.	78.57	9.78	colega+
160	6.	6.	100.00	9.75	conflito+
162	6.	7.	85.71	6.73	confort+
164	10.	14.	71.43	6.62	conheci+
166	6.	7.	85.71	6.73	conjunt+
171	10.	11.	90.91	13.06	consider+
173	5.	5.	100.00	8.12	construid+
176	10.	13.	76.92	8.34	continua+
178	8.	10.	80.00	7.46	contrario+
189	3.	3.	100.00	4.86	cortina+
201	12.	18.	66.67	6.27	cuid+
204	145.	330.	43.94	6.73	da
205	5.	6.	83.33	5.20	dad+
211	4.	5.	80.00	3.71	daquilo
226	20.	32.	62.50	8.23	dess+
227	16.	16.	100.00	26.25	destaco
238	5.	6.	83.33	5.20	diferenci+
239	20.	29.	68.97	11.93	diferente+
251	15.	24.	62.50	6.13	diss+
260	26.	39.	66.67	13.88	dos+
274	42.	48.	87.50	51.77	enfermeir+
275	22.	35.	62.86	9.30	enferm+
280	37.	65.	56.92	10.27	entr+
281	4.	5.	80.00	3.71	envolv+
311	27.	45.	60.00	9.44	exemplo+
318	6.	6.	100.00	9.75	extremamente
329	27.	42.	64.29	12.59	fato
345	23.	32.	71.88	15.83	filosof+
355	5.	5.	100.00	8.12	fluxo
360	36.	50.	72.00	25.38	form+
364	3.	3.	100.00	4.86	frescura+
369	6.	6.	100.00	9.75	fundamental+
372	151.	355.	42.54	4.27	gente
382	24.	43.	55.81	5.87	grande+
383	4.	5.	80.00	3.71	gratificante
386	9.	14.	64.29	4.08	grupo+
388	3.	3.	100.00	4.86	hierarqu+
389	6.	8.	75.00	4.61	histor+
390	5.	5.	100.00	8.12	homem
398	30.	35.	85.71	34.60	humaniz+
400	8.	8.	100.00	13.02	ia
403	5.	6.	83.33	5.20	identific+
410	23.	36.	63.89	10.40	important+
427	18.	21.	85.71	20.46	instituic+
433	13.	16.	81.25	12.73	interess+
434	15.	17.	88.24	18.30	interfer+
438	7.	7.	100.00	11.38	intervencionista+
439	7.	7.	100.00	11.38	interv+
444	6.	6.	100.00	9.75	japao
445	12.	16.	75.00	9.30	jeito
446	6.	6.	100.00	9.75	jog+
450	18.	31.	58.06	5.32	lado+
462	12.	17.	70.59	7.66	loc+
469	4.	4.	100.00	6.49	mant+
490	11.	16.	68.75	6.41	mesma+
493	6.	7.	85.71	6.73	mex+
497	11.	11.	100.00	17.96	modelo
498	3.	3.	100.00	4.86	modific+
499	13.	14.	92.86	17.93	modo
513	122.	205.	59.51	49.25	mulher+
517	8.	9.	88.89	9.86	musica
520	29.	40.	72.50	20.70	nascimento+
533	22.	40.	55.00	4.95	ness+
550	35.	55.	63.64	15.88	obstetr+
553	3.	3.	100.00	4.86	oleo+
556	4.	5.	80.00	3.71	opinioao
560	4.	5.	80.00	3.71	ortodox+
564	5.	6.	83.33	5.20	ouv+
567	3.	3.	100.00	4.86	pacote
572	5.	5.	100.00	8.12	papel
577	5.	6.	83.33	5.20	parteira
578	17.	31.	54.84	3.73	particip+

586	10.	16.	62.50	4.05	par+
596	7.	7.	100.00	11.38	pensamento
597	27.	48.	56.25	6.92	pens+
598	9.	9.	100.00	14.67	penumbra
601	14.	16.	87.50	16.70	perceb+
602	4.	5.	80.00	3.71	perd+
603	12.	17.	70.59	7.66	pergunt+
606	18.	21.	85.71	20.46	permit+
608	4.	4.	100.00	6.49	pesquis+
609	67.	117.	57.26	20.27	pezzo+
622	7.	9.	77.78	6.01	port+
624	20.	21.	95.24	29.50	positivos
625	18.	30.	60.00	6.20	positiv+
628	7.	7.	100.00	11.38	postura+
631	4.	4.	100.00	6.49	prazer+
641	19.	24.	79.17	17.43	presenca
642	30.	41.	73.17	22.08	prest+
655	30.	43.	69.77	18.90	profissionais
656	27.	41.	65.85	13.80	profissional+
661	4.	5.	80.00	3.71	proposta
663	9.	9.	100.00	14.67	protag+
676	6.	7.	85.71	6.73	querendo
678	44.	51.	86.27	52.47	quest+
691	8.	8.	100.00	13.02	registr+
699	7.	7.	100.00	11.38	resist+
704	19.	21.	90.48	24.78	respeit+
712	4.	5.	80.00	3.71	retorn+
716	13.	17.	76.47	10.70	rotina+
730	5.	5.	100.00	8.12	satisf+
741	19.	24.	79.17	17.43	sentido+
743	7.	9.	77.78	6.01	sent+
744	23.	36.	63.89	10.40	sent+
752	6.	7.	85.71	6.73	sistema
767	6.	6.	100.00	9.75	tecnicos
771	27.	53.	50.94	3.82	tenh+
791	4.	5.	80.00	3.71	tranquiliz+
795	6.	7.	85.71	6.73	trat+
804	172.	390.	44.10	9.23	uma+
805	9.	12.	75.00	6.95	unic+
820	6.	6.	100.00	9.75	valoriz+
825	7.	9.	77.78	6.01	vei+
826	27.	51.	52.94	4.91	vej+
838	10.	16.	62.50	4.05	vincul+
843	6.	6.	100.00	9.75	vista+
844	7.	8.	87.50	8.28	vis+
850	7.	7.	100.00	11.38	vou
857 *	37.	58.	63.79	17.01 *	0 estar
860 *	5.	8.	62.50	2.01 *	0 estavam
871 *	6.	8.	75.00	4.61 *	1 tinham
879 *	8.	13.	61.54	3.03 *	2 houve
885 *	8.	13.	61.54	3.03 *	3 foram
888 *	16.	31.	51.61	2.42 *	3 sendo
897 *	8.	14.	57.14	2.15 *	4 apesar-de
901 *	5.	6.	83.33	5.20 *	4 contra
903 *	10.	12.	83.33	10.46 *	4 dentro-de
914 *	68.	155.	43.87	2.46 *	4 por
920 *	3.	4.	75.00	2.30 *	4 visto
932 *	11.	20.	55.00	2.43 *	5 enquanto
935 *	5.	7.	71.43	3.29 *	5 mais-do-que
940 *	11.	17.	64.71	5.13 *	5 para-que
946 *	32.	57.	56.14	8.19 *	5 quanto
947 *	332.	830.	40.00	6.05 *	5 que
949 *	4.	6.	66.67	2.07 *	5 sempre-que
966 *	14.	26.	53.85	2.75 *	7 algumas
969 *	23.	47.	48.94	2.39 *	7 aquela
973 *	12.	19.	63.16	5.09 *	7 aquilo
975 *	7.	7.	100.00	11.38 *	7 cada-um
978 *	7.	9.	77.78	6.01 *	7 comigo
979 *	9.	12.	75.00	6.95 *	7 com-que
981 *	19.	30.	63.33	8.24 *	7 dela
982 *	7.	12.	58.33	2.08 *	7 delas
983 *	7.	11.	63.64	3.04 *	7 dele
985 *	16.	29.	55.17	3.62 *	7 de-que
989 *	45.	73.	61.64	18.24 *	7 eles

991	*	39.	81.	48.15	3.66	*	7	essa
992	*	11.	18.	61.11	4.06	*	7	essas
999	*	219.	521.	42.03	6.54	*	7	eu
1000	*	114.	255.	44.71	6.03	*	7	isso
1001	*	6.	8.	75.00	4.61	*	7	isto
1007	*	19.	36.	52.78	3.34	*	7	meu
1009	*	27.	36.	75.00	21.36	*	7	mim
1012	*	22.	41.	53.66	4.30	*	7	muitas
1013	*	14.	18.	77.78	12.13	*	7	muitos
1026	*	6.	6.	100.00	9.75	*	7	nossos
1038	*	8.	13.	61.54	3.03	*	7	qual
1043	*	22.	39.	56.41	5.67	*	7	que-se
1061	*	40.	82.	48.78	4.20	*	7	voce
1067	*	3.	4.	75.00	2.30	*	8	seis
1071	*	32.	62.	51.61	5.00	*	9	ainda
1075	*	5.	7.	71.43	3.29	*	9	ao-lado
1081	*	3.	4.	75.00	2.30	*	9	a-vontade
1088	*	4.	6.	66.67	2.07	*	9	demais
1089	*	35.	55.	63.64	15.88	*	9	dentro
1091	*	7.	11.	63.64	3.04	*	9	de-fora
1097	*	8.	8.	100.00	13.02	*	9	exatamente
1106	*	117.	238.	49.16	15.71	*	9	muito
1110	*	6.	10.	60.00	2.02	*	9	o-melhor
1111	*	3.	4.	75.00	2.30	*	9	perto
1122	*	38.	79.	48.10	3.53	*	M	E
1125	*	213.	341.	62.46	127.76	*		*fun_2
1127	*	340.	689.	49.35	112.74	*		*ida_2
1128	*	12.	17.	70.59	7.66	*		*ind_01
1130	*	150.	175.	85.71	201.91	*		*ind_03
1133	*	29.	54.	53.70	5.77	*		*ind_06
1135	*	36.	49.	73.47	27.06	*		*ind_08
1136	*	33.	67.	49.25	3.68	*		*ind_09
1149	*	335.	589.	56.88	207.20	*		*mat_2
1151	*	291.	722.	40.30	4.54	*		*sex_2

Nombre de mots sélectionnés : 204

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 100. soit : 9.88 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 3129. soit : 9.62 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.75

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
3	15.	20.	75.00	97.16	abr+
5	3.	9.	33.33	5.61	academ+
19	3.	7.	42.86	8.61	adapt+
24	4.	4.	100.00	36.62	afinidade
41	5.	11.	45.45	15.80	ambulatorio+
50	20.	54.	37.04	47.24	ano+
62	4.	17.	23.53	3.62	aprend+
64	5.	5.	100.00	45.83	aprovado+
65	10.	19.	52.63	39.74	area+
79	8.	11.	72.73	49.32	atra+
80	3.	3.	100.00	27.44	atualiz+
115	4.	4.	100.00	36.62	catarina
120	3.	7.	42.86	8.61	cento
125	5.	17.	29.41	7.41	cham+
129	4.	8.	50.00	14.57	chegu+
135	13.	19.	68.42	74.52	cidade
137	4.	16.	25.00	4.17	cirurg+
139	2.	4.	50.00	7.26	clima
140	10.	13.	76.92	66.47	clinic+
149	16.	73.	21.92	12.80	comec+
150	2.	3.	66.67	10.90	comissao
155	4.	4.	100.00	36.62	conceituad+
156	13.	13.	100.00	120.10	concurso+
165	9.	30.	30.00	14.05	conhec+
168	6.	8.	75.00	38.40	consegui
184	4.	4.	100.00	36.62	convid+
197	5.	19.	26.32	5.87	crianca+
203	4.	13.	30.77	6.45	curs+

210	7.	22.	31.82	12.15	daqui
228	4.	12.	33.33	7.50	dest+
249	3.	8.	37.50	6.91	diret+
262	2.	3.	66.67	10.90	doutor+
265	4.	17.	23.53	3.62	emergencia+
266	2.	4.	50.00	7.26	emprego+
268	2.	5.	40.00	5.12	encaminhadas
276	3.	11.	27.27	3.78	ensin+
279	3.	4.	75.00	19.12	entrevista+
283	12.	21.	57.14	53.79	epoca
287	9.	9.	100.00	82.82	escolhi
291	4.	7.	57.14	17.68	especializ+
292	5.	8.	62.50	25.07	especial+
293	2.	3.	66.67	10.90	especifica+
297	19.	21.	90.48	156.42	estagio+
305	4.	14.	28.57	5.57	estud+
320	17.	17.	100.00	157.69	faculdade+
328	4.	4.	100.00	36.62	fase
345	7.	32.	21.88	5.34	filosof+
347	3.	7.	42.86	8.61	figu+
352	26.	49.	53.06	107.81	fiz+
353	13.	16.	81.25	92.99	florianopolis
367	2.	6.	33.33	3.73	funcion+
377	13.	18.	72.22	79.98	ginecolog+
380	15.	48.	31.25	25.84	gost+
381	2.	4.	50.00	7.26	gradu+
384	5.	23.	21.74	3.72	gravid+
394	3.	7.	42.86	8.61	hospitais
395	15.	74.	20.27	9.68	hospital+
396	5.	14.	35.71	10.64	hospital_escola
405	2.	6.	33.33	3.73	igual
408	6.	11.	54.55	24.91	implant+
412	6.	7.	85.71	45.52	inaugur+
421	2.	3.	66.67	10.90	inicialmente
422	4.	12.	33.33	7.50	inici+
423	4.	4.	100.00	36.62	inscrevi
435	4.	7.	57.14	17.68	interior
442	5.	15.	33.33	9.40	iri+
447	3.	4.	75.00	19.12	joinville
464	10.	49.	20.41	6.41	lugar+
472	2.	5.	40.00	5.12	marc+
476	34.	132.	25.76	42.97	maternidade+
477	10.	31.	32.26	17.98	maternidade_b
479	23.	46.	50.00	87.10	maternidade_+
481	2.	5.	40.00	5.12	maximo
483	29.	149.	19.46	18.01	medic+
492	12.	21.	57.14	53.79	mes+
504	2.	4.	50.00	7.26	mor+
506	2.	6.	33.33	3.73	motivo+
507	2.	3.	66.67	10.90	movimentado
534	4.	15.	26.67	4.82	nest+
540	6.	10.	60.00	28.49	not+
546	3.	8.	37.50	6.91	objetivo+
549	19.	41.	46.34	63.79	obstetricia
555	2.	5.	40.00	5.12	opc+
557	4.	6.	66.67	21.86	oportunidade
558	2.	6.	33.33	3.73	opt+
563	3.	4.	75.00	19.12	outubro
587	14.	78.	17.95	6.18	pass+
589	2.	4.	50.00	7.26	paulo
590	4.	11.	36.36	8.76	pediatr+
594	8.	30.	26.67	9.78	pel+
626	4.	13.	30.77	6.45	possibilidade+
630	3.	9.	33.33	5.61	pratica+
646	4.	16.	25.00	4.17	prim+
658	4.	6.	66.67	21.86	projeto+
665	15.	19.	78.95	103.72	prov+
668	5.	14.	35.71	10.64	public+
689	7.	12.	58.33	32.01	referenci+
698	28.	66.	42.42	83.97	resid+
700	8.	8.	100.00	73.54	resolvi
715	6.	23.	26.09	6.94	risco+
724	3.	8.	37.50	6.91	saiu
728	4.	4.	100.00	36.62	santa

746	22.	57.	38.60	55.93	servico+
775	3.	5.	60.00	14.17	termin+
788	38.	225.	16.89	15.95	trabalh+
792	2.	4.	50.00	7.26	transfer+
808	2.	6.	33.33	3.73	uns
815	3.	6.	50.00	10.91	uti
837	9.	14.	64.29	47.19	vim
839	2.	6.	33.33	3.73	vindo+
841	7.	31.	22.58	5.79	vir+
848	7.	17.	41.18	19.02	volt+
854 *	7.	12.	58.33	32.01 *	0 estado
859 *	16.	48.	33.33	31.12 *	0 estava
861 *	5.	25.	20.00	2.95 *	0 estou
870 *	23.	66.	34.85	49.42 *	1 tinha
872 *	7.	18.	38.89	17.32 *	1 tive
878 *	4.	13.	30.77	6.45 *	2 havia
880 *	23.	79.	29.11	35.59 *	3 era
881 *	4.	7.	57.14	17.68 *	3 eram
884 *	31.	86.	36.05	72.26 *	3 foi
885 *	3.	13.	23.08	2.57 *	3 foram
886 *	9.	26.	34.62	18.33 *	3 fui
892 *	4.	6.	66.67	21.86 *	3 sido
904 *	2.	4.	50.00	7.26 *	4 depois-de
905 *	8.	28.	28.57	11.30 *	4 desde
906 *	9.	41.	21.95	6.99 *	4 durante
907 *	46.	235.	19.57	32.29 *	4 em
915 *	4.	11.	36.36	8.76 *	4 segundo
924 *	3.	6.	50.00	10.91 *	5 assim-que
945 *	26.	149.	17.45	11.24 *	5 quando
955 *	6.	15.	40.00	15.51 *	6 alto
959 *	6.	29.	20.69	3.92 *	6 muito-bom
994 *	3.	13.	23.08	2.57 *	7 esses
997 *	5.	22.	22.73	4.17 *	7 este
999 *	89.	521.	17.08	62.53 *	7 eu
1003 *	14.	70.	20.00	8.65 *	7 la
1005 *	29.	79.	36.71	69.25 *	7 me
1008 *	4.	6.	66.67	21.86 *	7 meus
1010 *	22.	66.	33.33	43.61 *	7 minha
1014 *	54.	333.	16.22	22.37 *	7 na
1021 *	33.	256.	12.89	3.48 *	7 no
1027 *	8.	31.	25.81	9.11 *	7 onde
1060 *	2.	6.	33.33	3.73 *	7 varios
1062 *	5.	17.	29.41	7.41 *	8 dois
1072 *	2.	8.	25.00	2.07 *	9 alem
1074 *	6.	21.	28.57	8.41 *	9 antes
1076 *	42.	253.	16.60	17.10 *	9 aqui
1085 *	11.	26.	42.31	31.51 *	9 ca
1090 *	10.	39.	25.64	11.31 *	9 depois
1096 *	20.	148.	13.51	2.57 *	9 entao
1100 *	21.	140.	15.00	4.78 *	9 ja
1114 *	17.	81.	20.99	12.20 *	9 sempre
1116 *	18.	131.	13.74	2.52 *	9 so
1118 *	2.	7.	28.57	2.77 *	9 suficiente
1124 *	82.	671.	12.22	12.24 *	*fun_1
1126 *	42.	323.	13.00	5.19 *	*ida_1
1133 *	11.	54.	20.37	7.05 *	*ind_06
1135 *	10.	49.	20.41	6.41 *	*ind_08
1141 *	5.	22.	22.73	4.17 *	*ind_14
1143 *	6.	35.	17.14	2.15 *	*ind_16
1146 *	13.	34.	38.24	31.76 *	*ind_19
1148 *	53.	423.	12.53	5.72 *	*mat_1
1150 *	49.	290.	16.90	22.46 *	*sex_1

Nombre de mots sélectionnés : 164

 Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 318. soit : 31.42 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 10252. soit : 31.53 %
 Nombre de mots analysés par uce : 15.77

num effectifs pourc. chi2 identification

4	26.	48.	54.17	12.10	acab+
13	5.	7.	71.43	5.24	acontecendo
30	25.	37.	67.57	23.28	ajud+
33	8.	12.	66.67	7.00	alivi+
42	4.	4.	100.00	8.76	ameniz+
45	21.	43.	48.84	6.32	analgesia
49	8.	11.	72.73	8.80	angusti+
51	8.	12.	66.67	7.00	ansiedade+
53	6.	8.	75.00	7.11	antiga+
60	11.	17.	64.71	8.89	apoi+
63	4.	6.	66.67	3.48	apresent+
66	123.	322.	38.20	10.06	as
69	3.	4.	75.00	3.54	assistid+
92	5.	7.	71.43	5.24	banho
93	98.	153.	64.05	89.06	bebe+
102	7.	10.	70.00	6.98	cab+
103	5.	8.	62.50	3.61	cade+
105	8.	9.	88.89	13.92	calm+
109	6.	7.	85.71	9.64	cansad+
113	12.	18.	66.67	10.56	casos
124	47.	63.	74.60	58.13	cesariana+
128	5.	6.	83.33	7.55	chef+
130	30.	62.	48.39	8.82	cheg+
134	5.	5.	100.00	10.97	chuveiro
138	13.	27.	48.15	3.60	clar+
146	8.	8.	100.00	17.60	colo
147	13.	27.	48.15	3.60	coloc+
157	13.	23.	56.52	6.88	condic+
170	22.	41.	53.66	9.80	consequ+
177	18.	19.	94.74	36.02	contrac+
182	3.	3.	100.00	6.57	conveni+
193	6.	6.	100.00	13.17	costum+
202	5.	5.	100.00	10.97	culpa
212	24.	54.	44.44	4.49	dar+
217	8.	10.	80.00	11.06	deitada+
220	5.	8.	62.50	3.61	demor+
221	6.	7.	85.71	9.64	dependendo
222	10.	11.	90.91	18.26	depend+
225	3.	4.	75.00	3.54	desesperadas
235	30.	53.	56.60	16.46	dia+
237	6.	10.	60.00	3.83	diferenca+
240	14.	26.	53.85	6.23	dificil+
244	11.	12.	91.67	20.45	dilat+
247	9.	12.	75.00	10.70	direito
253	7.	12.	58.33	4.08	dizendo
254	29.	64.	45.31	6.12	diz+
255	124.	336.	36.90	7.01	do
258	4.	6.	66.67	3.48	dorm+
259	29.	42.	69.05	28.79	dor+
264	7.	9.	77.78	9.05	duvida+
286	8.	14.	57.14	4.36	err+
294	12.	21.	57.14	6.58	esper+
303	12.	17.	70.59	12.31	estress+
308	9.	14.	64.29	7.11	evolu+
312	3.	4.	75.00	3.54	exercicio
314	17.	36.	47.22	4.32	experienci+
316	10.	16.	62.50	7.29	explic+
326	13.	24.	54.17	5.90	familiar+
333	84.	228.	36.84	4.01	faz+
336	4.	5.	80.00	5.50	feliz
342	72.	163.	44.17	14.65	fic+
343	9.	12.	75.00	10.70	filhos
344	16.	27.	59.26	9.97	filh+
346	9.	11.	81.82	13.11	final+
357	12.	15.	80.00	16.67	forca
359	5.	6.	83.33	7.55	forceps
372	126.	355.	35.49	4.20	gente
373	7.	11.	63.64	5.36	geralmente
378	5.	5.	100.00	10.97	gir+
384	14.	23.	60.87	9.47	gravid+
385	6.	9.	66.67	5.23	grit+
391	26.	61.	42.62	3.78	hora+
415	19.	19.	100.00	42.26	indic+
417	7.	9.	77.78	9.05	inducao

418	7.	8.	87.50	11.77	induz+
419	3.	3.	100.00	6.57	infecç+
420	4.	4.	100.00	8.76	informac+
425	5.	5.	100.00	10.97	insist+
429	4.	6.	66.67	3.48	inteira
441	11.	21.	52.38	4.37	ir
443	5.	6.	83.33	7.55	irm+
451	3.	4.	75.00	3.54	leite
455	6.	7.	85.71	9.64	liber+
456	6.	9.	66.67	5.23	lid+
457	3.	3.	100.00	6.57	lig+
465	50.	75.	66.67	46.69	mae+
473	17.	31.	54.84	8.14	marido
480	6.	6.	100.00	13.17	matern+
482	5.	8.	62.50	3.61	medica+
485	15.	21.	71.43	15.93	medo+
489	9.	12.	75.00	10.70	mesa+
501	6.	6.	100.00	13.17	monte
502	5.	6.	83.33	7.55	morr+
503	6.	7.	85.71	9.64	mort+
521	43.	53.	81.13	64.13	nasc+
523	9.	13.	69.23	8.74	natur+
532	6.	6.	100.00	13.17	nervos+
538	21.	29.	72.41	23.28	normal+
539	4.	6.	66.67	3.48	norm+
552	7.	12.	58.33	4.08	oferec+
554	7.	12.	58.33	4.08	olh+
559	18.	27.	66.67	15.99	orient+
566	119.	285.	41.75	19.65	paciente+
570	9.	11.	81.82	13.11	pai
576	11.	14.	78.57	14.64	pari+
580	123.	328.	37.50	8.32	parto+
581	6.	6.	100.00	13.17	parto_
582	27.	38.	71.05	28.78	parto_normal
587	32.	78.	41.03	3.62	pass+
610	3.	4.	75.00	3.54	pes+
612	4.	5.	80.00	5.50	placenta
613	4.	5.	80.00	5.50	planejad+
632	8.	8.	100.00	17.60	prazo
636	4.	6.	66.67	3.48	prefer+
640	14.	25.	56.00	7.19	prepar+
647	11.	20.	55.00	5.26	principalmente
673	7.	12.	58.33	4.08	quase
677	37.	81.	45.68	8.30	quer+
686	8.	11.	72.73	8.80	reclam+
705	7.	7.	100.00	15.38	respir+
707	4.	5.	80.00	5.50	responsabilidade
725	12.	21.	57.14	6.58	sai+
736	15.	28.	53.57	6.56	sei
742	5.	5.	100.00	10.97	sentindo
749	3.	4.	75.00	3.54	sexu+
750	7.	9.	77.78	9.05	simples+
754	3.	4.	75.00	3.54	sofre
755	7.	7.	100.00	15.38	sofrendo
756	8.	12.	66.67	7.00	sofri+
758	5.	6.	83.33	7.55	soro
759	6.	9.	66.67	5.23	sozinh+
763	7.	11.	63.64	5.36	suport+
766	3.	4.	75.00	3.54	tecnica+
768	4.	5.	80.00	5.50	tecnolog+
772	12.	17.	70.59	12.31	tens+
774	5.	5.	100.00	10.97	terem
777	12.	18.	66.67	10.56	teve
779	8.	13.	61.54	5.54	tir+
783	5.	7.	71.43	5.24	toc+
784	7.	8.	87.50	11.77	tom+
797	9.	16.	56.25	4.65	traz+
814	7.	7.	100.00	15.38	utero
819	58.	105.	55.24	30.84	vai+
823	30.	39.	76.92	38.97	ve
828	9.	11.	81.82	13.11	vend+
830	23.	47.	48.94	7.02	ver+
832	69.	165.	41.82	9.89	vez+
834	5.	5.	100.00	10.97	via+

845	4.	5.	80.00	5.50	viu
853 *	212.	625.	33.92	4.73 *	o
862 *	129.	364.	35.44	4.26 *	1 tem
890 *	3.	4.	75.00	3.54 *	3 sera
896 *	4.	5.	80.00	5.50 *	4 antes-de
921 *	7.	11.	63.64	5.36 *	5 apenas
931 *	5.	7.	71.43	5.24 *	5 embora
936 *	106.	300.	35.33	3.03 *	5 mas
938 *	18.	41.	43.90	3.09 *	5 nem
939 *	55.	133.	41.35	7.01 *	5 ou
948 *	96.	232.	41.38	13.85 *	5 se
953 *	3.	4.	75.00	3.54 *	6 ah
957 *	9.	16.	56.25	4.65 *	6 certo
961 *	7.	13.	53.85	3.07 *	6 vamos
963 *	15.	27.	55.56	7.50 *	7 alguem
965 *	17.	27.	62.96	12.81 *	7 alguma
986 *	82.	199.	41.21	11.00 *	7 ela
987 *	38.	62.	61.29	27.34 *	7 elas
988 *	26.	64.	40.63	2.68 *	7 ele
995 *	78.	170.	45.88	19.82 *	7 esta
1033 *	5.	8.	62.50	3.61 *	7 o-que-e
1034 *	8.	11.	72.73	8.80 *	7 por-que
1041 *	19.	38.	50.00	6.32 *	7 quem
1051 *	5.	7.	71.43	5.24 *	7 teu
1055 *	16.	34.	47.06	3.99 *	7 todos
1056 *	34.	57.	59.65	22.33 *	7 tu
1063 *	12.	26.	46.15	2.69 *	8 primeiro
1070 *	12.	26.	46.15	2.69 *	9 agora
1073 *	17.	32.	53.13	7.22 *	9 ali
1078 *	5.	6.	83.33	7.55 *	9 ate-o
1093 *	3.	4.	75.00	3.54 *	9 de-novo
1101 *	18.	41.	43.90	3.09 *	9 junto
1104 *	8.	12.	66.67	7.00 *	9 mal
1107 *	201.	550.	36.55	14.67 *	9 nao
1109 *	4.	7.	57.14	2.16 *	9 o-mais
1118 *	4.	7.	57.14	2.16 *	9 suficiente
1122 *	33.	79.	41.77	4.26 *	M E
1124 *	240.	671.	35.77	17.44 *	*fun_1
1126 *	130.	323.	40.25	17.15 *	*ida_1
1132 *	27.	59.	45.76	5.98 *	*ind_05
1134 *	24.	49.	48.98	7.37 *	*ind_07
1140 *	36.	49.	73.47	42.25 *	*ind_13
1142 *	38.	93.	40.86	4.23 *	*ind_15
1144 *	47.	76.	61.84	35.28 *	*ind_17
1147 *	14.	32.	43.75	2.33 *	*ind_20
1148 *	184.	423.	43.50	49.18 *	*mat_1

Nombre de mots sélectionnés : 194
 Nombre de mots marqués : 1056 sur 1123 soit 94.03%

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

746 42 A #assistencia #ideal seria cada #paciente no seu #leito, no seu quarto, no seu #apartamento. ali ela #ficaria a-vontade, #faria todo o trabalho de #parto, com toda a #assistencia, como-se faz hoje com #as #pacientes #particulares, e depois elas iriam para a #sala de #parto #ganhar.

539 29 O que #falta/ e um pouco de #respaldo em #nivel de #equipamentos, ou de mais #recursos para #melhorar a/ parte #fisica. A parte de pessoal esta muito #boa, o-que #precisa #melhorar e so a parte #fisica de/ #estrutura mesmo, de #equipamentos, so.

912 25 outro aspecto #negativo, e o #pequeno #numero de profissionais, o-que #poderia ser #maior, desde-que o #espaco #fisico #fosse #maior, pois nos ja estamos nos esbarrando aqui dentro. se a gente quer operar, nao tem #vaga, se quer #ampliar o ambulatorio para atender mais gente, nao tem #sala e nem profissional.

713 23 sem #precisar #mudar de #sala. O #ideal seria que a mesma #cama onde ela ficasse durante o trabalho de #parto, #pudesse se #transformar em cadeira de #parto, e que ela #pudesse #ganhar ali, e ter em volta dela toda a #estrutura para o #atendimento.

1155 21 se voce for ver a nossa #sala de #parto, vera que o #espaco #fisico em-que cada-uma das #pacientes fica, e #pequeno. #poderia ser #maior, o-que seria muito melhor para elas.

1049 20 na maternidade_b, tem 4 #leitos que #as vezes estao #lotados, #dai eles nao #internam mais ninguem. hoje eu acho que o #movimento #mudou, mas na minha epoca, dos 10 #plantes que a gente e #obrigado a fazer, eu acho que eu dormi 8 inteiros e eu nao fui chamada em nenhum #atendimento na #emergencia.

813 19 mas o #ideal mesmo e que no mesmo quarto voce #tivesse o #pre_parto e o #parto, e que tudo #fosse individualizado e nao uma enfermaria, ou uma #sala de #partos.

1146 19 entao o-que acontece #as vezes, e que a #sala de #parto fica tao #cheia que acaba criando aquele #ambiente de estresse. se o #espaco #fisico #fosse #maior, ajudaria, porque a #demanda e muito grande, entao #as vezes essa superlotacao conturba o #ambiente e isso e o aspecto #negativo da #assistencia.

704 18 para #resolver isso, nos #precisavamos ter mais pessoas da enfermagem para poder #aumentar o #numero de quartos e #precisavamos tambem de um #espaco #fisico um pouco #maior, para poder possibilitar um servico com um #numero #maior de #atendimentos.

921 18 O #espaco #fisico #poderia ser melhor, mas esta aconchegante; hoje, no #pre_parto, cada #paciente tem a sua #cama #separada da outra por uma divisoria fina, claro que ainda uma #paciente #escuta a outra, sao 6 #camas no total e tem um #aparelho para cada-uma.

587 16 O #ideal seria que ela #internasse no quarto e ficasse durante o/ trabalho de #parto, #parto e #pos_parto no mesmo #lugar. esse quarto teria que ter #as coisas que/ sao fundamentais para ela parir que sao: a #privacidade, uma temperatura mantida/ #adequada, tanto no verao quanto no inverno.

665 16 seria um #lugar aonde haveria #as acomodacoes em-que a #paciente entraria, #ficaria no pre_ #parto e na hora que #fosse #ganhar o bebe, ela ganharia no mesmo #lugar. depois do #parto ela #ficaria no mesmo #lugar. seria o-que a gente chama de ppp, seria #pre_parto, #parto e #pos_parto. ela nao estaria sendo trocada de #lugar, nao estaria saindo na hora de #ganhar, a gente nao teria que estar movimentando_a de #lugar.

763 16 eu trabalho aqui desde-que eu me formei, ha 3 anos. esta maternidade tem bastante #recurso, #as #pacientes aqui sao muito bem acompanhadas. na #sala de #parto #as #pacientes sao acompanhadas no maximo de 20 em 20 minutos ou de 30 em 30 minutos. tem sempre alguem examinando_as, #escutando o batimento cardiaco #fetal e esse #tipo de #acompanhamento so acontece em poucos #lugares.

1236 16 O #parto sem dor revolucionou a obstetricia e isso e muito-bom. se o servico/ #fosse #maior, se #tivesse mais #anestesistas, a gente #poderia #proporcionar #analgesia para todo/ mundo, so que isso ainda e dificil aqui,

846 15 com o #exame #fisico e ja tem uma nocao pelo #ultra_som, se o bebe e grande, ou #pequeno, se tem circular de #cordao ou nao. O #ideal seria que a #paciente chegasse e #pudesse chamar o medico #responsavel e ele a #acompanhasse durante o seu o trabalho de #parto e realmente fizesse o #parto, com #analgesia ou, se #fosse #preciso, uma cesariana.

862 15 florianopolis oferece, ainda, uma #boa #assistencia em relacao a outros #lugares. A/ maternidade_a cresce em #termos de #atendimento, mas nao em #espaco #fisico. nos/ #precisamos de uma maternidade #maior e no #centro de florianopolis. porque a #demanda e/ muito grande e hoje nos somos referencia, o-que antes nos nao eramos.

590 14 O #ideal seria ter a/ possibilidade de parir na #cama mesmo, como #ocorre em alguns #plantes; que houvesse um/ pouco menos de restricoes, que a mulher nao #fosse #obrigada a ficar com a #camisola do/ hospital, que nao #fosse #obrigada a ficar so com um acompanhante, que ela #tivesse um #nivel/ de restricao bem mais reduzido do que e o atual.

754 14 eu acho que na #assistencia #ideal o nosso #atendimento seria o mesmo, nao iria #mudar em nada. A gente #atendendo na #sala de parto_normal, com 6 ou 7 #pacientes juntas ou #atendendo no #apartamento, o #atendimento seria o mesmo, para a #paciente e que seria melhor.

764 14 um aspecto positivo da #assistencia que e prestada aqui, e que ela e semelhante aquela prestada nos #melhores #lugares, nos aspectos de avaliacao da mae e do bebe. um aspecto #negativo da #assistencia que e prestada aqui, e que a #estrutura do governo nao possibilita dar #parto sob #analgesia para todas #as #pacientes.

Clé sélectionnée : B

193 31 A #presenca de #uma #pessoa #da #familia desmitifica muito em muitas #coisas, porque tem muito mito atras #dos #cuidados que a #gente #presta. O #fato de a #gente estar sempre atento a #querendo burilar, lapidar, esta #questao interna #da #humanizacao, e um #aspecto #positivo.

184 25 eu #acho que #entra muito nesta #questao. quanto #aos #pontos que eu #considero mais #positivos na assistencia que e #prestada aqui, eu #destaco o #fato #da #gente tentar deixar/ com-que a #mulher #protagonize o seu #nascimento.

367 22 A #gente sempre procura fazer um trabalho #humanizado, e dentro #da #humanizacao, #uma #das #coisas que eu #acho #extremamente #importante, que eu #vejo como um #aspecto #positivo #da assistencia que e #prestada aqui, e #permitir a #presenca de um #acompanhante.

685 20 entao a #gente se #sente um pouco mais em #casa, trabalhando num #local em-que a #gente #participou do #processo de #formacao #das #rotinas e do #modelo de assistencia. esse #ponto eu #acho que e #uma #das #coisas que faz com-que a #gente #tenha #prazer em trabalhar aqui.

133 18 #conversar com ela e #viver com ela aquele #processo. ainda tem muito o #pensamento de-que interferindo e mais rapido, termina mais rapido e ninguem se #envolve tanto. eu #acho que a #enfermagem #tende a ser menos #intervencionista, nao por causa #da nossa #formacao, eu #acho que e por causa #da nossa #caracteristica #profissional.

630 18 dentro-de #uma #instituicao, eu #penso que eu #tenho que me guiar por algumas #posicoes #cientificas, desde-que comprovadas. neste #ponto ha algumas #coisas que as vezes eu #entro em #conflito, porque as vezes, eu dou plantao noturno e #vejo que alguns #colegas nao #respeitam isso, eles #interferem antes, eles tem a #ansia de encurtar um #processo.

571 17 se #valorizasse estaria #querendo #difundir. entao, voce ainda tem #uma contra_pressao muito #grande aqui dentro, e no #grupo #dos #obstetras que sao em-torno-de 25 mais ou menos, voce ha de convir que tem muitos que estao aqui so pelo emprego.

130 16 nos vimos estudando e se aperfeicoando exatamente #nesse #sentido de #resgatar a #questao #da nao #intervencao no #nascimento. E a #sensacao que eu #tenho e que a #enfermeira absorve mais rapido isso, ou #resiste menos a isso.

138 16 nos #enfermeiras, quando #intervimos, de um #modo #geral, estamos seguindo #uma prescricao medica. de um #modo #geral, o-que a #gente #aprende e que o #cuidado e a essencia #da #enfermagem.

268 16 eu #acho que e a #unica #forma #da #gente #mexer e mobilizar com o #lado interno delas. eu fui para o #japao e eles fizeram isso com a #gente, eu #achei muito, muito #interessante.

561 16 #nesse #sentido e um #pacote #diferente, mas #continua sendo um #pacote. na #medida em-que voce nao #quebra a estrutura #hierarquica, voce nao tem como ir #modificando e criando realmente um #modelo #diferente.

560 14 O que a #gente implantou aqui saiu #da cabeca #dos #profissionais, #da #mesma #maneira que o trabalho na maternidade_a saiu #unica e exclusivamente #da cabeca #dos #profissionais. entao, #nesse #sentido, e um #pacote, nao e um #modelo que foi #construido em #conjunto com os usuarios, pelo #contrario, mais #uma vez a #gente #assume que nos #sabemos mais-do-que eles.

205 13 entao o #fato #da #gente ter introduzido a #penumbra e a #musica, #mostra para aquela #mulher que esse ambiente e dela e isso traz #humanizacao para o #local, porque voce tem que decidir, ou fala, ou #ouve a #musica.

212 13 #parou com essa #questao #dos #profissionais acharem que e #frescura. A #questao #da #humanizacao, #da #sabilidade de #cuidar do outro, muitas vezes e interpretada como #frescura ou como o #pensamento de-que o #profissional e que quer aparecer, quando na verdade, ele esta fazendo tudo aquilo pelo outro.

236 13 eu #disse para ela: e muito simples, nao tem segredo nenhum, muito pelo #contrario. E ela #registrou a #posicao #genitopeitoral. entao tem #coisas que sao #interessantes, muitas vezes tem #uma #resistencia de um #lado e que depois a #pessoa #mesma tem que passar por aquilo para #alterar o comportamento.

297 13 eu #vejo que tem #uma #questao de poder #profissional muito #grande atras do #nascimento, e #uma industria. assistir #ao parto e #uma #coisa que #da muito poder para a #gente.

316 13 ate porque a #mulher se #sente mais #segura. E muito #importante ter o #acompanhante. quanto a assistencia em si, e #positivo que a #enfermeira #obstetra tambem #atende #ao parto.

423 13 E melhor para o medico, nao e melhor para a #mulher, mas a #gente #aprendeu que era o-melhor para nos e que era o-melhor para ela. quanto #ao #acompanhante, tinha tanta #briga la na outra maternidade onde eu #aprendi a ser #obstetra com essa #historia de deixar a #familia na #porta #brigando.

558 13 isso para mim e #uma #coisa que prejudica o trabalho. nao houve um entendimento de #fato, do #papel de cada-um. na minha #opinioao #pessoal, eu #acho que a #gente tem um #pacote #diferente #das outras maternidades, mas #continua sendo um #pacote.

Clé sélectionnée : C

410 80 mesmo assim eu ainda #consegui #passar e #vim para a #maternidade_b. eu acabei a minha #graduacao em 1992 e #abriu o #concurso para #maternidade_b em 1994. na #epoca eu estava na residencia_#medica, me #inscrevi, #fiz a #prova e fui #aprovado.

96 66 enquanto isso eu fui #trabalhar no #interior e achei que nunca mais #viria #trabalhar aqui. do #interior eu pedi demissao e #voltei para #florianopolis. quando eu #cheguei aqui, acho que eu estava #uns dois #meses sem #trabalhar, eu fui #chamada para #trabalhar no #hospital, mas o meu #objetivo sempre foi #trabalhar na #maternidade.

1206 66 na verdade, eu ja #conheco a #maternidade_a desde a #faculdade, porque eu sempre #fiz #estagio aqui, eu ja #conhecia o #servico e #gosto #daqui, entao eu #resolvi fazer a #residencia #medica aqui.

406 61 quando eu estava #terminando a minha #residencia #medica em #obstetricia e #ginecologia, a #maternidade_b era um #projeto que estava em andamento desde a #epoca em-que eu era #estudante universitario.

1 60 eu #trabalho aqui #neste #hospital ha 22 #anos. quando eu #optei por #trabalhar na #pediatria, ja tinha um #projeto para #abrir a #maternidade, entao eu #optei #pela #pediatria porque eu sempre #quis #trabalhar na #maternidade.

413 56 nessa #prova da banca a gente #iria sofrer a penalidade de ter a #nota reduzida em 50 por #cento, mas mesmo assim eu #consegui ser #aprovado. nao, nao teve alguma coisa em #especial que me #atraiu para #vir #trabalhar nessa #maternidade. eu estava #saindo da #residencia #medica e eu queria um #emprego, eu precisava de um #emprego.

717 54 eu pretendia ficar aqui no estado, entao #optei #pela #maternidade em-que eu ja tinha feito #estagios, que eu ja #conhecia como #funcionava o #servico. eu tinha outras #opcoes, mas #optei por-aqui por ser em #santa #catarina e por ser uma #maternidade de #referencia no estado.

761 54 quando eu era #academica de #medicina, eu #fiz #estagio aqui na #maternidade_a, depois eu #fiz #residencia aqui tambem, me formei e acabei ficando aqui. eu #escolhi #trabalhar na #maternidade_a porque no estado so havia #residencia aqui e em #joinville, como eu sou #daqui, acabei ficando por-aqui, a minha intencao era mesmo ficar em #florianopolis.

407 53 quando #abriu o #concurso, eu me #inscrevi. eu estava fazendo a #residencia ainda e #passei no #concurso. foram 3 os #medicos #aprovados que eram #residentes e que tiveram a #nota reduzida na #prova de #entrevista.

543 52 como ele #conhecia o meu perfil de #trabalho, me #convidou para #trabalhar aqui. entao eu #consegui fazer uma #transferencia do lugar onde eu #trabalhava antes para este #hospital. O que me

#atraiu #especialmente para #vir #trabalhar aqui na #maternidade_b, foi a proposta apresentada pelo #diretor, de uma #maternidade que havia sido recentemente #inaugurada.

482 50 O segundo #concurso que eu #passei foi quando #abriu a #maternidade, vai fazer 9 #anos, eu #fiz, #passei e me #chamaram. O que me #atraiu para #trabalhar nessa #maternidade e que eu #gosto da ideia de #hospital_escola, de #atualizacao, de voce lidar com aluno, eu #gosto de #aula #pratica, de #ensinar.

825 47 foi por-isso-que eu #resolvi fazer #ginecologia e #obstetricia. eu #vim #trabalhar aqui, porque aqui e que tinha a #residencia. na #residencia eles me #convidaram para ficar. eu #escolhi a #maternidade_a, em primeiro lugar, porque so aqui tinha #residencia na #area.

22 46 na #epoca nao existia a #maternidade e eu nem sabia que existia a #possibilidade de ela #abrir. quando eu ja estava 2 #anos na #clinica #medica, #abriu a #maternidade e surgiu a #oportunidade de eu #vir para ca.

597 46 quando eu #comecei a #faculdade, o #hospital era so um esqueleto. quando eu #terminei a #faculdade, ja #funcionava a #clinica #medica, a #pediatria e estava #comecando a #clinica #cirurgica, entao na #realidade, o #hospital #cresceu comigo.

768 46 depois eu retornei para #trabalhar na #obstetricia, porque esta e uma exigencia do #servico, que-se #volte a fazer sempre #obstetricia. A #maternidade_a foi onde eu #comecei, e depois-de ter feito bastante #estagio antes, eu #fiz a #residencia e entao voce #passa a conviver muito la-dentro e alem disto, sempre foi um #objetivo para mim #voltar para #florianopolis,

966 44 eu #fiz um #estagio aqui no #ano #passado, para ver mais ou menos como era o #servico e #gostei muito. O nosso #trabalho aqui dentro da #residencia tem diversificado bastante, nos #trabalhamos com #cirurgia, #ambulatorio e atendemos bastante paciente em situacao de alto #risco.

97 43 no #interior eu #trabalhava em #hospital geral, mas tambem com um enfoque para a #obstetricia. eu #vim para ca, #trabalhei 3 #anos na #clinica #medica, sempre envolvida com as questoes de #implantacao da #maternidade.

334 43 na #graduacao, quando a gente #inicia os #estagios curriculares, a gente sempre tem uma certa #afinidade com alguma #area. umas tem #afinidade com a #pediatria, outras com postos de saude, com #clinica #medica ou #cirurgica, #uti e eu sempre senti mais #afinidade com a #obstetricia, com #trabalhar em sala de parto.

1169 42 A #ginecologia e a #obstetricia foram as #areas que eu acabei me #adaptando melhor, #gostando mais, a gente ve menos doenca. eu #fiz um #ano e dois #meses de #estagio na minha #cidade, mais ou menos tendo a mesma #funcao que o #residente tem aqui na #maternidade_a, porque la nao tinha #residencia, era uma assistencia mais de plantao em #obstetricia.

Clé sélectionnée : D

897 47 por-isso, muitas #vezes, a #indicacao para #cesariana e #materna, porque a gente #ve que a #mae nao #vai #ajudar e nao tem #suporte para ter um #parto_normal. A gente #vai obriga_la a #parir um #filho por #via #natural, se ela esta se #acabando de tanto berrar, se a gente nao #consegue nem #fazer uma #episiotomia porque ela esta se batendo na #mesa?

1060 28 isso e bom para a paciente. aqui, ela comeca a #induzir de-manha, a-noite #inteira, #chega de-manha, o #bebe #sofre e #vai para a #cesariana, porque a #mae esta exausta, nao #consegue #fazer #forca, esta esgotada, o-que-e compreensivel, as #vezes.

1081 21 sao necessarios 10 #centimetros de #dilatacao para ganhar o #bebe. E esse o esclarecimento que eu sempre gostei de #dar ali na admissao e ja #preparar a paciente #dizendo: o teu #bebe passou #do #prazo de #nascer, tu #vais internar hoje para #fazer a #inducao, mas isso #pode #levar ate 3 #dias, e assim mesmo.

1068 20 ai tem que tem que #dilatatar, se nao #dilatatar, e porque ha falha de #inducao, nao #dilata mesmo. porem, as #vezes nao se da a chance #do #colo #dilatatar, ele nao e #preparado e ja se comeca a #inducao, de meia em meia #hora aumenta_se o #soro, para #ver se o #bebe #nasce e as #vezes, o #colo #do #utero nao esta #preparado ainda.

918 19 eu nao estudei para #ficar #limpando a sala tambem, #ficar #tirando e #colocando a paciente na #mesa, isso e que #pesa no #final #do #dia e te #deixa #cansada.

39 17 comentarios a #evolucao #do trabalho de parto e por-que ela esta #sentindo aquelas #dores, o-que existe para #aliviar as #dores, como a massagem ou o #banho; e na #hora #do parto orientares a paciente, #dares todo o #apoio e seguranca para ela e para o #bebe tambem. nao #sei se estou #conseguindo #explicar #direito, e que a gente #faz, #faz, mas na #hora de definir nao sabe #direito.

1105 17 no comeco, ate por inseguranca, tu #acabas fazendo, por #ficar #nervosa de #ver a #cabeca #do #bebe que vem e #vai e nao #nasce, dai tu das a #anestesia e #faz, porque #ajuda um pouco.

440 16 E uma #angustia muito/ maior, porque, #claro que e um processo que #vai #trazer alegria, mas esse processo de #espera/ ate-a #chegada #do #bebe, e um pouco #angustiante devido a #dor das #contracoes,

1040 16 O #bebe de #parto_normal #geralmente #respira em seguida, #limpa o pulmao, #sai toda aquela agua e ja #nasce #respirando melhor. na #cesariana e um pouco mais #difícil, mas em-geral, eles #nascem bem, nao ha tanta #diferenca assim. logico que em teoria tem #diferenca, mas na pratica, eu nao vejo tanto.

1076 16 no meio dessa #correria a gente #acaba/ esquecendo. E a gente tem o #costume de #chegar todo o #dia no box em-que a paciente esta e/ se #apresentar, e #dar uma #explicada: a tua bolsa estourou, #vai #demorar um pouco, tu estas/ sem #contracao, nos vamos #colocar um #soro, #vai #demorar.

1180 16 nesses #casos e mais emocionante #fazer o parto, voce #fica mais #feliz, da mais animo de #fazer um parto as 4h30 da manha. ja #aconteceu de eu #fazer parto de madrugada #cansado, passar o maior #sofrimento para #ficar acordado, e depois-que o #bebe #nasceu, a #mae #dizer que nao #queria nem #ve lo.

1213 16 ela nao #ajuda na #hora #do parto e #fica um parto muito #dificil. A gente #vai #ficando muito ansioso as #vezes, porque esta #vendo que a #mae nao esta #ajudando, a gente nao #pode #ajudar muito no #final se a #mae nao #ajudar.

506 15 praticamente toda a equipe esta bem coesa quanto a #deixar a mulher ser a artista principal #do parto, a gente so #pode ajuda_la a #fazer da melhor forma. A gente #ve pela #experiencia que a gente apenas #ajuda, ela que #vai ter que #parir. ha #maes que #preferem #ficar na cama, tem muitas que #acabam #chegando no #final #do/ trabalho de parto e nao #querem sair da cama.

90 14 outro aspecto negativo e que por #ansiedade, as #vezes por #medo, alguns medicos partem para uma #cesariana sem #esperar a #evolucao #do #parto_normal. tem uns medicos que sao mais #cautelosos, que #ficam ali acompanhando a #evolucao para saber se realmente tem #condicoes de #fazer #parto_normal ou #cesariana.

399 14 E a gente #acaba negando isso, porque ela tem #condicoes adequadas de ter o #bebe por #parto_normal. O melhor termo nao e #forcado, a gente #induz isso, #explicando que so e #feita a #cesariana se tiver alguma #complicacao com ela ou com o #bebe que nao possibilite #fazer #parto_normal, #do contrario, #vai ser #parto_ #normal e #pronto.

815 14 #claro que teria que haver restricao de #familiares na #hora #do parto. as #vezes, voce #deixa o #familiar #ver e depois tem que cuidar dele, seja o #marido ou a #mae que nao #pode #ver sangue e #acaba desmaiando no local.

1072 14 isso #demora, mas #vai #preparando o #colo #do #utero e isso e muito-bom, porque na #hora que tu #colocas o #soro, ja ha resposta mais rapidamente. aqui a paciente interna e agora que a gente esta #conseguindo #colocar o comprimido para #preparar o #colo #do #utero, mas #coloca um so e dali ha 3 #horas, comeca_se a usar o #soro.

1127 14 para quem esta de-fora #parece muito #simples, #parece que voce abriu e puxou o #bebe ali de-dentro e ele saiu. E o #parto_normal nao, porque voce #ve a #mae #gritando, #ve a #mae fazendo #forca, voce na verdade so #ajuda, mas a atuante e a #mae, voce so esta ali cooperando, e na #cesariana nao.

1214 14 nessas #horas, as #vezes, a gente tem que #fazer aumentar as #contracoes, #colocar mais ocitocina, #orientar e ate ser um pouco mais #firme com a #mae, porque se tu #falas num #tom ameno, ela nao #faz, mas se tu #falas com #firmeza para ela #fazer #forca, sim.

Anexo H

Relatório do Alceste Relativo ao Corpus "Relação- Profissional-Parturiente"- Grupo dos Profissionais de Saúde (versão resumida)

* Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse :prof2.pl ; Date : 5/ 1/**; Heure : 10:18:18

```
C:\Alceste\&&_0\  
prof2.txt  
ET 1 1 1 1  
A 1 1 1  
B 1 1 1  
C 1 1 1  
D 1 1 1 0 0  
A1 1 0 0  
A2 3 0  
A3 1 1 0  
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0  
B2 2 2 0 0 0 0 0 0  
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0  
C1 0 121  
C2 0 2  
C3 0 0 1 1 1 2  
D1 0 2 2  
D2 0  
D3 5 a 2  
D4 1 -2 1  
D5 0 0
```

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 20

A2: Calcul du dictionnaire

Utilisation du dictionnaire initial DICIN

```
Nombre de formes dans DICIN : 2791  
Nombre de formes distinctes : 2791  
Nombre d'occurrences : 24003  
Fréquence moyenne par forme : 9  
Nombre de hapax : 1445  
Fréquence maximum d'une forme : 1046
```

```
73.49% des formes de fréq. < 3 recouvrent 11.99% des occur.;  
86.64% des formes de fréq. < 8 recouvrent 20.11% des occur.;  
93.55% des formes de fréq. < 19 recouvrent 30.69% des occur.;  
96.52% des formes de fréq. < 37 recouvrent 40.09% des occur.;  
98.14% des formes de fréq. < 91 recouvrent 50.47% des occur.;  
98.82% des formes de fréq. < 170 recouvrent 60.04% des occur.;  
99.25% des formes de fréq. < 301 recouvrent 71.12% des occur.;  
99.46% des formes de fréq. < 488 recouvrent 80.54% des occur.;  
99.61% des formes de fréq. < 941 recouvrent 91.66% des occur.;  
99.68% des formes de fréq. < 1046 recouvrent100.00% des occur.;
```

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

```
Nombre de mots analysés : 1514  
Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 313
```

Nombre de mots supplémentaires de type "s" :	28	
Nombre d'occurrences retenues :	23933	
Moyenne par mot :	12.251780	
Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) :	9447 soit	42.204250%
Nombre d'occurrences supplémentaires :	12937	
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence :	1549	

B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0	
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé :	4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu :	9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" :	1
B15: Code de fin d'U.C.E. :	1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. :	29
B17: Elimination des U.C.E. de longueur <	0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé :	4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" :	1

Nombre de mots analysés :	468
Nombre de mots supplémentaires de type "r" :	205
Nombre total de mots :	673
Nombre de mots supplémentaires de type "s" :	28
Nombre de lignes de B1_DICB :	701

Nombre d'occurrences analysées :	9447
----------------------------------	------

Nombre d'u.c.i. :	20
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. :	16.930110
Nombre d'u.c.e. :	558
Nombre d'u.c.e. sélectionnées :	558
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées	
Nombre de couples :	18725

B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte :	14
Nombre d'unités de contexte :	441

B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte :	16
Nombre d'unités de contexte :	391

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4	
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre	
Nombre d'items analysables :	367
Nombre d'unités de contexte :	441
Nombre de "1" :	7699

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4	
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre	
Nombre d'items analysables :	364
Nombre d'unités de contexte :	391
Nombre de "1" :	7546

 Cl: intersection des classes

Nom du dossier traité C:\Alceste\&&_0\
 Suffixe de l'analyse :121
 Date de l'analyse : 5/ 1/**
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 28

DONN.1 Nombre de mots par uc : 14
 Nombre d'uc : 441

DONN.2 Nombre de mots par uc : 16
 Nombre d'uc : 391

352 u.c.e classées sur 558 soit 63.08 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 428

Tableau croisant les deux partitions :

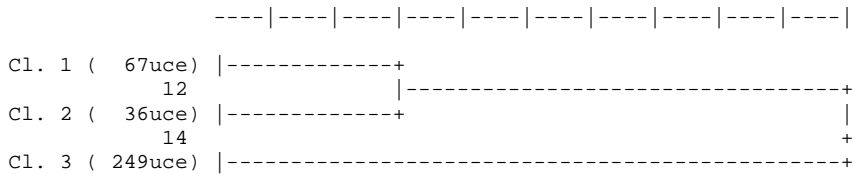
RCDH1 *		RCDH2		
classe *		1	2	3
	poids *	96	64	268
1	82 *	67	4	11
2	69 *	25	36	8
3	277 *	4	24	249

Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 *		RCDH2		
classe *		1	2	3
	poids *	96	64	268
1	82 *	204	-8	-104
2	69 *	9	89	-91
3	277 *	-198	-24	249

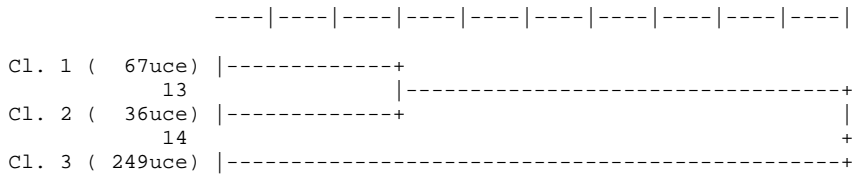
Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :



Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :



 C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 2.00
 Nombre de mots (formes réduites) : 673
 Nombre de mots analysés : 468
 Nombre de mots "hors-corpus" : 28
 Nombre de classes : 3

352 u.c.e. classées soit 63.082440%

Nombre de "1" analysés : 5068
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 5706

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 67. u.c.e. 934. "1" analysés ; 1051. "1" suppl..
 2eme classe : 36. u.c.e. 543. "1" analysés ; 565. "1" suppl..
 3eme classe : 249. u.c.e. 3591. "1" analysés ; 4090. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 67. soit : 19.03 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1985. soit : 18.42 %
 Nombre de mots analysés par uce : 13.94

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
13	7.	7.	100.00	30.38	adiant+
15	3.	4.	75.00	8.22	aguent+
16	13.	19.	68.42	31.79	ajud+
20	9.	12.	75.00	25.25	analgesia
21	2.	4.	50.00	2.52	anestes+
39	2.	3.	66.67	4.45	baixo
40	2.	3.	66.67	4.45	banho
42	3.	7.	42.86	2.63	bat+
43	17.	47.	36.17	10.34	beb+
54	3.	5.	60.00	5.52	calm+
56	2.	4.	50.00	2.52	cam+
65	4.	7.	57.14	6.73	cham+
76	13.	18.	72.22	34.82	comec+
79	6.	6.	100.00	25.96	concentrar+
91	10.	13.	76.92	29.35	contrac+
92	6.	6.	100.00	25.96	control+
93	4.	7.	57.14	6.73	cont+
94	6.	17.	35.29	3.06	convers+
107	4.	7.	57.14	6.73	deitada+
108	9.	23.	39.13	6.45	deix+
109	3.	4.	75.00	8.22	demor+
111	5.	5.	100.00	21.58	descompens+
112	3.	4.	75.00	8.22	descontrol+
113	2.	3.	66.67	4.45	desesperada+
114	7.	8.	87.50	24.90	desesper+
127	3.	6.	50.00	3.80	direito
134	4.	5.	80.00	12.23	doi
135	17.	27.	62.96	36.62	dor+
154	4.	7.	57.14	6.73	escut+
155	3.	4.	75.00	8.22	esperne+
166	2.	3.	66.67	4.45	exercicio+
172	2.	4.	50.00	2.52	expulsivo
177	19.	29.	65.52	44.31	fal+
182	4.	11.	36.36	2.21	fazendo
183	30.	110.	27.27	7.05	faz+
191	17.	58.	29.31	4.76	fic+
197	12.	14.	85.71	42.06	forc+
205	4.	5.	80.00	12.23	fundo
207	35.	128.	27.34	9.01	gente
208	5.	14.	35.71	2.63	geralmente
212	6.	16.	37.50	3.71	gost+
215	19.	25.	76.00	56.67	grit+

217	12.	34.	35.29	6.46	hora+
222	4.	6.	66.67	8.99	ideal
233	2.	3.	66.67	4.45	inteir+
261	2.	3.	66.67	4.45	massagem
269	2.	3.	66.67	4.45	med+
291	8.	15.	53.33	11.96	nasc+
299	3.	7.	42.86	2.63	nome
310	8.	22.	36.36	4.57	orient+
314	42.	170.	24.71	6.86	paciente+
325	6.	11.	54.55	9.29	par+
333	3.	3.	100.00	12.87	perd+
369	4.	4.	100.00	17.21	pux+
386	3.	3.	100.00	12.87	relax+
389	13.	13.	100.00	57.42	respir+
398	12.	41.	29.27	3.15	sab+
400	2.	3.	66.67	4.45	sai+
419	2.	4.	50.00	2.52	sob+
429	14.	48.	29.17	3.70	tent+
458	4.	9.	44.44	3.87	ver
459	22.	78.	28.21	5.47	vez+
466	3.	5.	60.00	5.52	vontade
476 *	6.	14.	42.86	5.37 *	0 estou
477 *	37.	134.	27.61	10.33 *	1 tem
507 *	35.	150.	23.33	3.13 *	4 para
523 *	27.	116.	23.28	2.02 *	5 mas
529 *	22.	88.	25.00	2.71 *	5 porque
532 *	19.	61.	31.15	7.03 *	5 quando
536 *	36.	133.	27.07	8.95 *	5 se
541 *	5.	13.	38.46	3.31 *	6 ai
542 *	2.	4.	50.00	2.52 *	6 alto
549 *	3.	7.	42.86	2.63 *	6 vamos
554 *	6.	17.	35.29	3.06 *	7 algumas
572 *	22.	73.	30.14	7.37 *	7 elas
585 *	7.	15.	46.67	7.76 *	7 la
611 *	8.	24.	33.33	3.42 *	7 pouco
620 *	3.	6.	50.00	3.80 *	7 te
621 *	2.	4.	50.00	2.52 *	7 teu
622 *	2.	3.	66.67	4.45 *	7 ti
639 *	2.	3.	66.67	4.45 *	9 antes
664 *	3.	5.	60.00	5.52 *	9 perto
671 *	16.	54.	29.63	4.65 *	M A
674 *	61.	296.	20.61	2.99 *	*fun_1
676 *	47.	128.	36.72	40.82 *	*ida_1
689 *	2.	4.	50.00	2.52 *	*ind_12
690 *	7.	12.	58.33	12.45 *	*ind_13
693 *	8.	19.	42.11	6.94 *	*ind_16
694 *	8.	17.	47.06	9.10 *	*ind_17
695 *	10.	17.	58.82	18.35 *	*ind_18
697 *	5.	11.	45.45	5.14 *	*ind_20
698 *	54.	174.	31.03	32.15 *	*mat_1

Nombre de mots sélectionnés : 92

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 36. soit : 10.23 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1108. soit : 10.28 %
 Nombre de mots analysés par uce : 15.08

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
2	2.	5.	40.00	4.90	abr+
5	2.	4.	50.00	6.97	acat+
11	8.	29.	27.59	10.37	acontec+
43	11.	47.	23.40	10.26	beb+
56	2.	4.	50.00	6.97	cam+
62	2.	3.	66.67	10.50	cavalinho
64	17.	29.	58.62	80.61	cesariana+
68	2.	4.	50.00	6.97	chor+
70	3.	13.	23.08	2.43	claro
71	4.	8.	50.00	14.10	cocoras
74	6.	16.	37.50	13.58	coloc+
80	3.	4.	75.00	18.49	concord+

105	4.	10.	40.00	9.94	decid+
115	3.	3.	100.00	26.56	desist+
130	2.	7.	28.57	2.62	dizendo
131	9.	46.	19.57	5.03	diz+
153	8.	19.	42.11	22.23	escolh+
169	6.	25.	24.00	5.56	explic+
191	9.	58.	15.52	2.12	fic+
207	22.	128.	17.19	10.61	gente
208	7.	14.	50.00	25.12	geralmente
211	2.	3.	66.67	10.50	gest+
217	7.	34.	20.59	4.40	hora+
223	3.	5.	60.00	13.69	ide+
227	2.	6.	33.33	3.55	indic+
236	4.	9.	44.44	11.78	intern+
244	2.	7.	28.57	2.62	lev+
245	2.	3.	66.67	10.50	liber+
252	7.	23.	30.43	10.94	mae+
254	2.	3.	66.67	10.50	mand+
265	2.	6.	33.33	3.55	maximo
273	3.	3.	100.00	26.56	mesa
282	3.	11.	27.27	3.59	mostr+
286	12.	74.	16.22	3.66	mulher+
302	4.	8.	50.00	14.10	obrig+
307	2.	3.	66.67	10.50	opinio
318	3.	8.	37.50	6.63	particip+
321	15.	107.	14.02	2.41	parto+
322	9.	12.	75.00	56.77	parto_normal
338	4.	4.	100.00	35.51	pern+
343	10.	39.	25.64	11.35	pod+
346	5.	16.	31.25	8.07	posic+
349	6.	18.	33.33	11.03	precis+
350	2.	4.	50.00	6.97	prefer+
351	2.	3.	66.67	10.50	prepar+
357	5.	17.	29.41	7.16	problema+
371	3.	4.	75.00	18.49	querendo
372	9.	54.	16.67	2.88	quer+
374	2.	3.	66.67	10.50	question+
376	4.	8.	50.00	14.10	quiser+
378	2.	6.	33.33	3.55	rapido+
385	2.	3.	66.67	10.50	relatam
394	4.	11.	36.36	8.45	risco+
401	3.	10.	30.00	4.38	sala+
419	2.	4.	50.00	6.97	sob+
431	3.	8.	37.50	6.63	teve
434	5.	7.	71.43	29.14	tiver
450	18.	80.	22.50	16.98	vai+
460	3.	4.	75.00	18.49	via
471 *	25.	201.	12.44	2.49 *	o
500 *	26.	203.	12.81	3.48 *	4 de
515 *	2.	4.	50.00	6.97 *	5 assim-que
520 *	3.	8.	37.50	6.63 *	5 embora
523 *	16.	116.	13.79	2.40 *	5 mas
524 *	2.	6.	33.33	3.55 *	5 mesmo-que
526 *	9.	45.	20.00	5.37 *	5 ou
528 *	4.	17.	23.53	3.44 *	5 pois
536 *	18.	133.	13.53	2.55 *	5 se
539 *	3.	11.	27.27	3.59 *	5 tanto
548 *	2.	7.	28.57	2.62 *	6 tudo-bem
549 *	2.	7.	28.57	2.62 *	6 vamos
552 *	4.	11.	36.36	8.45 *	7 algum
571 *	24.	135.	17.78	13.60 *	7 ela
575 *	4.	15.	26.67	4.61 *	7 em-que
581 *	2.	3.	66.67	10.50 *	7 estas
592 *	3.	10.	30.00	4.38 *	7 muitas
614 *	5.	18.	27.78	6.36 *	7 quem
623 *	4.	14.	28.57	5.34 *	7 toda
627 *	6.	33.	18.18	2.51 *	7 tu
634 *	2.	4.	50.00	6.97 *	8 quatro
660 *	29.	209.	13.88	7.46 *	9 nao
665 *	2.	7.	28.57	2.62 *	9 realmente
671 *	11.	54.	20.37	7.15 *	M A
679 *	4.	9.	44.44	11.78 *	*ind_02
682 *	4.	13.	30.77	6.20 *	*ind_05
684 *	10.	20.	50.00	36.53 *	*ind_07

691 * 5. 13. 38.46 11.72 * *ind_14
 701 * 28. 188. 14.89 9.57 * *sex_2

Nombre de mots sélectionnés : 88

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 249. soit : 70.74 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 7681. soit : 71.29 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.42

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	5.	5.	100.00	2.10	abert+
7	64.	73.	87.67	12.76	ach+
31	117.	156.	75.00	2.46	as
32	16.	17.	94.12	4.72	assistencia
45	33.	34.	97.06	12.60	boa+
50	8.	8.	100.00	3.39	brinc+
59	7.	7.	100.00	2.95	casos
60	11.	12.	91.67	2.63	cas+
67	18.	21.	85.71	2.42	cheg+
84	5.	5.	100.00	2.10	confianca
87	11.	11.	100.00	4.70	conhec+
89	5.	5.	100.00	2.10	consider+
90	6.	6.	100.00	2.52	consultorio
96	23.	25.	92.00	5.88	costum+
102	5.	5.	100.00	2.10	daqui
104	20.	23.	86.96	3.13	das
106	37.	42.	88.10	6.94	decis+
122	16.	16.	100.00	6.93	diferente+
128	5.	5.	100.00	2.10	discutir
132	71.	82.	86.59	12.97	do
141	21.	22.	95.45	6.93	emergenci+
142	6.	6.	100.00	2.52	empatia
143	5.	5.	100.00	2.10	encontro
144	6.	6.	100.00	2.52	enema
145	9.	9.	100.00	3.82	enferm+
146	18.	21.	85.71	2.42	entend+
148	22.	22.	100.00	9.71	envolv+
158	5.	5.	100.00	2.10	esteja
165	20.	23.	86.96	3.13	exemplo+
167	5.	5.	100.00	2.10	exist+
175	11.	12.	91.67	2.63	fac+
186	15.	17.	88.24	2.64	feito+
189	6.	6.	100.00	2.52	fez+
193	9.	9.	100.00	3.82	filho+
194	5.	5.	100.00	2.10	fiqu+
195	6.	6.	100.00	2.52	fiz+
198	14.	15.	93.33	3.86	form+
209	15.	16.	93.75	4.29	ger+
210	9.	9.	100.00	3.82	gestante+
216	5.	5.	100.00	2.10	historia+
218	9.	9.	100.00	3.82	hospit+
220	8.	8.	100.00	3.39	human+
225	21.	22.	95.45	6.93	import+
230	5.	5.	100.00	2.10	informac+
251	5.	5.	100.00	2.10	lugar+
253	13.	14.	92.86	3.45	maior+
262	15.	15.	100.00	6.48	maternidade+
266	5.	5.	100.00	2.10	medico_paciente
267	31.	35.	88.57	5.97	medic+
268	7.	7.	100.00	2.95	medida+
272	7.	7.	100.00	2.95	melhor+
278	14.	15.	93.33	3.86	modo
289	21.	24.	87.50	3.50	nas
301	14.	16.	87.50	2.28	num+
308	5.	5.	100.00	2.10	oportunidade
311	29.	31.	93.55	8.54	os
323	22.	23.	95.65	7.38	parturiente+
327	5.	5.	100.00	2.10	ped+
330	12.	12.	100.00	5.14	pel+
337	6.	6.	100.00	2.52	permit+

339	32.	32.	100.00	14.56	pezzo+
348	17.	18.	94.44	5.15	poss+
353	11.	11.	100.00	4.70	pre_natal
356	7.	7.	100.00	2.95	principalmente
359	18.	18.	100.00	7.85	processo+
360	21.	25.	84.00	2.29	procur+
361	5.	5.	100.00	2.10	profissionais
362	10.	11.	90.91	2.23	profissional+
373	14.	14.	100.00	6.03	questao
382	16.	17.	94.12	4.72	relacionamento+
384	45.	46.	97.83	18.76	relac+
393	5.	5.	100.00	2.10	resultado+
395	5.	5.	100.00	2.10	rotina+
399	5.	5.	100.00	2.10	sair
408	13.	14.	92.86	3.45	sej+
412	6.	6.	100.00	2.52	sentido
416	6.	6.	100.00	2.52	servico
427	28.	31.	90.32	6.30	tenh+
436	12.	13.	92.31	3.03	tom+
443	6.	6.	100.00	2.52	trat+
444	8.	8.	100.00	3.39	tricotomia
446	129.	165.	78.18	8.31	uma+
447	5.	5.	100.00	2.10	unic+
455	8.	8.	100.00	3.39	vejo
461	9.	9.	100.00	3.82	vida
462	5.	5.	100.00	2.10	vinculo
472 *	6.	6.	100.00	2.52 *	0 estamos
485 *	5.	5.	100.00	2.10 *	2 havia
492 *	26.	29.	89.66	5.46 *	3 sao
493 *	10.	10.	100.00	4.26 *	3 sendo
497 *	17.	19.	89.47	3.41 *	3 sou
499 *	101.	129.	78.29	5.62 *	4 com
504 *	39.	45.	86.67	6.32 *	4 em
508 *	10.	11.	90.91	2.23 *	4 pelo
513 *	21.	24.	87.50	3.50 *	4 sobre
517 *	43.	54.	79.63	2.44 *	5 como
525 *	15.	17.	88.24	2.64 *	5 nem
533 *	25.	28.	89.29	5.06 *	5 quanto
543 *	15.	16.	93.75	4.29 *	6 bom
561 *	5.	5.	100.00	2.10 *	7 cada-um
563 *	8.	8.	100.00	3.39 *	7 certa
567 *	24.	27.	88.89	4.65 *	7 dela
578 *	19.	20.	95.00	6.03 *	7 esse
582 *	8.	8.	100.00	3.39 *	7 este
583 *	171.	216.	79.17	19.18 *	7 eu
586 *	33.	35.	94.29	10.41 *	7 me
588 *	10.	10.	100.00	4.26 *	7 meu
589 *	15.	16.	93.75	4.29 *	7 mim
590 *	32.	35.	91.43	8.04 *	7 minha
596 *	5.	5.	100.00	2.10 *	7 naquele
616 *	23.	23.	100.00	10.18 *	7 seu
635 *	101.	126.	80.16	8.41 *	8 um
649 *	5.	5.	100.00	2.10 *	9 depois
667 *	11.	12.	91.67	2.63 *	9 sim
670 *	28.	32.	87.50	4.78 *	9 tambem
672 *	18.	21.	85.71	2.42 *	M E
677 *	182.	224.	81.25	32.88 *	*ida_2
678 *	13.	13.	100.00	5.58 *	*ind_01
680 *	16.	16.	100.00	6.93 *	*ind_03
683 *	15.	17.	88.24	2.64 *	*ind_06
685 *	18.	20.	90.00	3.80 *	*ind_08
686 *	20.	20.	100.00	8.77 *	*ind_09
687 *	41.	45.	91.11	10.35 *	*ind_10
692 *	26.	30.	86.67	4.02 *	*ind_15
699 *	145.	178.	81.46	20.00 *	*mat_2
700 *	124.	164.	75.61	3.52 *	*sex_1

Nombre de mots sélectionnés : 126
 Nombre de mots marqués : 532 sur 673 soit 79.05%

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

536 30 as #vezes a #paciente esta com o #bebe ali em #baixo para #nascer, falta so ela se #concentrar para #fazer #forca e a #dor nao #deixa ela pensar, ela #comeca a se contorcer de #dor e a #gritar.

88 27 eu #oriento para ela #respirar e soltar mais o corpo para nao #sentir tanto as #contracoes. A gente #tenta #orientar, mas nao a impede de #gritar. nao se #faz nada, apenas #orientamos para-que ela se #ajude mais. muitas #vezes ela esta #desesperada #gritando e nao ouve ninguem, nao #respira #direito, #fica gemendo e na #hora da #contracao, o #ideal e que ela #respire.

328 23 se a #paciente quiser #ficar la #deitada, #parada, sem se #ajudar, vai #demorar e nos temos que #ver, durante essa #demora, como esta o #bebe, ele tem que #nascer bem.

441 21 eu #falo para elas: #respira, coloca o #ar para-dentro, tu precisas disso, #sente o teu #ar entrando. elas #respiram e entao #comecam a se #conter. quando elas #comecam a #gritar muito eu ja nao #gosto, eu nao demonstro que eu nao #gosto, mas eu explico: se #gritar, #sai a #dor, mas #tenta #controlar, se #concentrar.

538 20 as #vezes, quando a #paciente se excede, a gente tem que #tentar #controlar. de um modo geral, quando a #paciente esta se alterando muito, a gente #fala: a gente #sabe que esta doendo, isso aqui e parto_normal, #doi, todas as #pacientes vao passar por essa #fase, e a #fase dolorosa, mas voce tem que #tentar manter o #controle, tem que #respirar, se #ajudar e #ajudar o #bebe, nao #adianta #ficar se contorcendo,

294 17 por-isso a #analgesia e importante, porque se fosse com #analgesia, ela iria #ficar #deitada, sem #dor. so que com a #analgesia a #paciente tambem tem que ter consciencia que ela tem que #ajudar, ela tem que #fazer #forca.

554 17 sem #respirar e a gente nao quer isso. A gente tem que #fazer com-que o #bebe #nasca bem, entao a gente #tenta #orientar para #respirar, se #concentrar e/ #fazer #forca e geralmente #conversando, elas seguem muito bem.

319 16 as #vezes acontece de ter 5, 6, 7 #pacientes e elas #deixam o acompanhante #desesperado e um vai passando o #desespero para o outro. A gente #tenta #conversar, diz para a #paciente #respirar #fundo, #relaxar, que a #contracao #doi, mas vai embora, tenta_se tranquiliza_la.

296 15 algumas #pacientes nao entendem. A gente explica que tem que #fazer a #forca no momento certo, ela que tem que #ajudar o #bebe a #nascer. hoje em dia, como aqui nao tem #analgesia, as #vezes as #pacientes se #descontrolam porque as #vezes a #dor e muito grande. A gente entende tudo isso, so que tudo #faz parte e ela tem que-se #controlar.

481 14 la na/ maternidade_b, eu tive a experiencia de #fazer de menos, de #deixar a natureza agir, de a/ #paciente #fazer so o-que tiver #vontade de #fazer e o #bebe #demorou demais para #nascer.

511 14 tem aquelas #pacientes que tem #dor, mas #escutam voce #falar.

97 13 mas essas que #descompensam, que #xingam as #vezes, a gente #tenta tranquiliza_las. nao #adianta tu falares durante a #contracao, elas nao #escutam nem assimilam nada. entao a gente #faz #massagem nas costas usando um massageador, as #estimula a ir para o #banho para #relaxar um pouco, a gente #conversa com o obstetra para #dar uma medicacao para #dar uma #relaxada.

480 13 mas as #vezes na #hora da #dor, elas se/ #desesperam. quando esta no #periodo #expulsivo, deve doer mais ainda e a gente #fica la/ #puxando elas para o planeta terra, pedindo para se #concentrar e #fazer #forca.

321 11 tem umas que-se #desesperam e #comecam a #bater na divisoria que a separa da cama da outra #paciente. entao a gente #tenta acalma_la. as #vezes, a gente #conversa com o #anestesista e se esta #calmo o plantao, essas que estao muito #desesperadas, sobem para #fazer a #analgesia.

452 11 #falar para pensar/ positivo, para #contar ate 30 que vai passar, para #respirar #fundo na #contracao. eu #fico la/ #respirando junto, porque o-que elas aprenderam a #fazer, foi a #respiracao de cachorrinho.

539 11 #esperneando, batendo, dando soco no marido ao inves de se #ajudar. A gente tem que #falar um pouco mais serio, mas nao #falar para #parar de #gritar, porque a gente #sabe que e doloroso.

27 10 isso #ajuda porque a #analgesia tira a #dor. as #vezes a gente #consegue #acalmar a #paciente sem a #necessidade de #analgesia, so com #banho, com a #massagem, estando perto, com o toque.

504 10 elas #comecam a #bater na #parede do lado e como esta #parede e a mesma #parede da outra #paciente, esta #fica apavorada, ai eu #falo: olha, #tenta te #controlar um pouco porque tem uma #paciente do outro lado e ela esta #ficando #desesperada.

555 10 tem umas que estao/ #desesperadas, e nao estao preparadas, nao querem o parto, e realmente, o-que tu falares, nao/ vai #adiantar. as #vezes e dificil, mas geralmente tu #falas uma #vez: o linda, vamos #respirar, se/ #concentrar, o teu #bebe esta vindo, esta #nascendo, ja da para #ver o cabelo.

Clé sélectionnée : B

163 35 entao #acontece de a #gente #dizer que #vai #induzir e a #mulher estar #querendo uma #cesariana, nao #querer o #parto_normal, mas a #gente sempre expoe: tu nao es #obrigada, #claro que nao, mas aqui e um hospital_escola, a #gente faz assim porque sabe que e o-melhor #caminho, se tu nao #quiseres, tu nao #vais #internar.

527 25 como o #risco quatro vezes maior/ de #morte #materna. #geralmente a #gente tenta #explicar que a #cesariana nao e uma #maravilha. A #gente tenta #colocar tudo-bem #explicado e fazer a #mae #participar, perguntar se ela nao #concorda, o-que ela acha.

463 23 la na #maternidade_b, a #gente tinha #duas #mesas de #parto e a paciente #podia #escolher qual ela #queria, mas aqui, as nossas #duas #mesas sao iguais. A #gente #mostra a #sala de #parto, #diz que e ali que o bebe #vai nascer, #mostra o berco. A #episiotomia a #gente #decide na hora, #geralmente elas nao #escolhem.

106 21 algumas #acatam e #relatam que foi bom. tem umas que #internaram #querendo #parto_normal tradicional com a #perneira, mas chegam aqui e a #gente #mostra as #mesas para ela, #mostra a #posicao, a facilidade que tem, tem algumas que ficam todas tortas e da aquele desespero todo;

425 20 A #gente #diz: #senta no #cavalinho, #vai ser mais #rapido. mas se a paciente #diz que nao #quer, a #gente nao #vai ser contra. se a paciente nao #quer ser #colocada no #soro, a #gente #diz a realidade, o-que #pode #acontecer se ela ficar muito mais tempo ali, que a dor #vai ser a mesma se ela #tiver um trabalho de #parto espontaneo,

105 17 A #gente #vai para a #sala de #parto, #mostra a #mesa de #parto e a #gente mesmo #sobe nas #mesas e #mostra a #posicao que da para ficar. eu #mostro a #posicao de #cocoras, a #posicao horizontal, como elas #podem se segurar. A #gente #meio que acaba conduzindo na #escolha das #salas e da #mesa.

94 16 algumas #mulheres #internam para ter o bebe, ja com uma #ideia fixa de fazer #cesariana, elas nao se #prepararam durante a #gestacao para ter #parto_normal, ou escutaram de alguém que #parto_normal e horrivel, que doi e estraga tudo, muitas #relatam isso.

462 15 O acompanhante e a #mae quem #escolhe. A #gente da tambem a opcao de #escolher a #posicao em-que ela #quer ficar antes do #parto, a #gente #explica que ela #pode ficar na #bola, que tem o #cavalinho, tem o banquinho para ela ficar acororada, que ela #pode #caminhar.

157 14 A #gente #vai expor, e assim-que #funciona aqui, se a #mulher nao/ #concorda, ela tem toda a #liberdade de #dizer nao, o porque e ate #ir embora. essa #liberdade e/ explicita ate no documento. sempre e uma decisao conjunta, apesar da #mulher saber que/ ela #pode #desistir, nunca nenhuma #desistiu.

528 14 #geralmente elas #escolhem o-que-e melhor para o bebe, elas #concordam com a #gente que e a melhor decisao, mas a #gente #coloca a paciente para opinar e #decidir junto.

155 13 tanto e assim-que aquele protocolo que a #mulher assina autorizando a inducao/ de #parto, e bem #claro, a qualquer momento ela #pode #desistir, ela nao esta amarrada na/ #cama, se ela #quiser #mudar de #ideia e #ir embora, ela tem toda a #liberdade,

461 13 A #gente #explica mais ou menos, #diz que #vai ser #feita uma lavagem para na hora que o bebe nascer ela nao ficar com vergonha, mas que-se ela nao #quiser, nao #precisa.

161 12 como ela esta #participando de todas aquelas horas, de toda a sequencia, ela tambem #vai entender porque de uma hora para outra a #gente foi #obrigado a #desistir e #ir para uma #cesariana.

162 12 as vezes #acontece o contrario, a #gente #diz que #vai #precisar de uma #cesariana e elas #choram porque estavam #querendo #parto_normal. de-vez-em-quando, a #gente #precisa ser radical e #dizer: #precisa fazer #cesariana por causa disso. A #mulher #vai saber porque, mesmo-que a principio ela nao tenha gostado da decisao.

361 12 se ela ja tem algum #problema decorrente da #gestacao e #precisar de uma #cesariana, ela ja #vem com #indicacao e ai #vai ser feito uma #cesariana. mas se ela nao tem #problema algum, #vai ser tentado o #parto_normal. eu sempre oriento #ao #maximo. as pacientes do #sus tem um #problema porque elas #geralmente nao #podem #escolher muita coisa.

37 11 eu deixo a #mulher a-vontade, mas a #gente tem que ver a seguranca dela. ja #teve #mulher aqui que-nem #abriu as #pernas, #ao inves de ficar de #cocoras, #colocava o pe atravessado.

130 11 quando tu #vais #dizer para eles: eu tenho que fazer uma #cesariana. A #mulher as vezes #chora porque ela nao #queria, mas o #familiar #diz: mas vamos fazer isso, tu estas/ ouvindo o-que ele esta #dizendo? nao vamos #colocar em #risco o bebe, e melhor assim, quem sabe no #proximo tu #vais ter #parto_normal.

158 11 O #maximo que #pode #acontecer, por exemplo, sao situacoes em-que a paciente ja #teve uma #cesariana e as vezes ela fica #questionando se #vai dar certo, por-que nao operam de-novo, se nao #vai #precisar de uma #cesariana.

30 10 as #mulheres nao tem o direito de optar se sera #cesariana ou parto_ normal, mas se e #parto de #cocoras ou na #posicao horizontal, sim, assim-como tambem qual a #sala de #parto que ela #prefere.

Clé sélectionnée : C

326 24 ninguem consegue ser 100 por cento, mas na grande #maioria #das vezes, eu #tenho #uma #boa #relacao com #as pacientes. quanto a #envolver #as #parturientes #nas #decisoes nao #emergenciais sobre o seu parto, talvez ai eu #tenha um pouco da atitude #medica.

383 23 quanto a #envolver #as #parturientes #nas #decisoes nao #emergenciais sobre o seu parto, sim, nos deixamos essas #decisoes a cargo #das pacientes, a nao ser quando nos #achamos que e extremamente #importante ela agir #diferente.

531 20 eu #acho que eu #costumo deixar #as pacientes a-vontade para expressar o-que estao #sentindo na hora #do parto. de um #modo #geral, eu tento, na #medida #do #possivel, #brincar e fazer com-que a nossa #relacao #seja #uma #relacao de #maior #intimidade.

518 19 faz_se tudo como tem que ser #feito, mas de um #modo mais #formal. de um #modo #geral sim, eu #costumo #envolver #as pacientes #nas #decisoes nao #emergenciais sobre o seu parto.

6 17 para-que esse momento #seja menos traumatico. sim, eu #costumo #envolver a mulher #nas #decisoes nao #emergenciais sobre o seu parto. eu #tenho presenciado #situacoes muito ricas e ate gratificantes. eu #acho que quando a mulher esta bem orientada e tem conviccao de-que ela e o

sujeito #do #processo, ela se faz #respeitar, ela impoe #as suas #deciso es e a-vontade dela e #respeitada.

414 17 entao eu #considero a minha #relacao #medico_paciente, bem assistida dentro #do #possivel, #as vezes a gente sabe disso porque elas dizem o-que #acharam. outras vezes nao, #as vezes a gente #acha que esta bom e nao esta, #as vezes a gente #acha que nao esta e esta, mas eu #acho que eu #tenho #uma #boa #relacao, nao so com #as #parturientes, mas de um #modo #geral.

512 14 A minha #relacao com #as #parturientes, de um #modo #geral, e #boa. eu converso bastante, no final eu ja #conheco bastante algumas, isso quando voce tem #tempo de conversar.

41 13 eu #acho que a minha #relacao com #as #parturientes sempre e #boa, eu gosto. ha #umas #relacoes que sao mais intensas, outras menos. eu #acho que #numa #relacao, sempre tem a #questao da afinidade #pessoal e isso tambem se #passa aqui dentro da #maternidade. eu #acho que tem tambem a #questao da agitacao interna que a gente tem aqui dentro.

417 13 aqui nao, de um #modo #geral, tem #uma #assistencia. eu, particularmente, #tenho #uma #boa #relacao com #as pacientes. O que eu #acho que e #uma #boa #assistencia #aliviar a ansiedade e a #tensao, #aliviando tambem a dor.

303 12 ninguem proibe ninguem de gritar, pode gritar, pode fazer o-que quiser, #respeitando #os outros que estao la a atendendo. quanto a #envolver a #parturiente #nas #deciso es nao #emergenciais sobre o seu parto, eu #costumo falar: o parto e assim, tu vais ter que fazer um #enema e #uma #tricotomia.

50 11 eu converso com elas, #as vezes eu nao reconheco porque a mulher fica tao #diferente, quando ela #chega aqui esta muito inchada. elas chamam: o #enfermeira joana. #dai eu ja digo: ah, e #do #hospital, nao e? ai eu converso e tal. isso sao #exemplos em-que-se ve que-se tem #uma #boa #relacao com #as #pessoas.

259 11 toda essa nova visao que a gente defende, #dessas #condutas que fazem com-que o trabalho de parto #tenha #uma harmonia #maior, esbarra em alguns #costumes e dogmas. E isso e um pouco #difícil de quebrar, #principalmente em #pessoas que estao acostumadas com certas #condutas. eu #acho que a gente tem que conseguir isso com um pouco de paciencia, como por #exemplo, nos estamos fazendo aqui na #maternidade.

345 11 eu sempre tento #manter #uma #relacao a mais descontraida #possivel com a paciente, #principalmente aqui na #emergencia, que e aonde a gente pega #as #gestantes que a gente nao #conhece.

542 10 eu nunca tive problemas na minha #relacao com #as #parturientes. #uma #boa #relacao eu #acho que e explicar tudo para a paciente, e muito #importante ela #entender o-que esta sendo #feito, eu #acho que aqui todo mundo tem este #costume.

187 9 para mim, isso e o #fundamental. eu #costumo #envolver #as mulheres #nas #deciso es nao #emergenciais sobre o seu parto o #tempo inteiro. por #exemplo, eu estou desde #das 9 horas da manha, acompanhando #uma cliente minha la #do #consultorio que estourou a #bolsa e hoje, particularmente, eu nao #tenho como #sair #daqui.

530 9 em primeiro #lugar esta a #vida da paciente, se vai de #encontro a #vida #do bebe ou dela, nao tem como, a gente tem que fazer. mas de um #modo #geral, quando sao #deciso es nao #emergenciais, a gente coloca a paciente a par e tambem #nas #deciso es #emergenciais, na #medida #do #possivel, pois #as vezes e tudo na correria.

234 8 com #as pacientes que a gente esta atendendo no #plantao, eu #procuro ter um bom #relacionamento, eu #costumo #brincar, #chegar e conversar com elas. eu #acho que o humor, na #medida certa e no momento certo, e #importante, desde-que #tomando alguns cuidados.

324 8 eu #acho que eu #tenho conseguido ter #uma #boa #relacao com #as pacientes, nao 100 por cento, porque isso a gente nao escolhe. na #relacao #medico_paciente, e o paciente que escolhe como vai ser a #relacao, o #medico tambem, e muito o olhar.

47 7 se eu me afasto para/ #tomar um cafe, em seguida eles ja chamam. tudo isso sao dicas de-que a interacao e #boa. por #exemplo, mesmo-que ainda #as #pessoas aqui dentro #considerem #uma bobagem, toda vez que eu atendo um nascimento, eu sempre #fac o #questao de dizer para a mulher que eu sou #enfermeira,