



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Claudini Honório de Pieri

Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil à luz de Foucault

Florianópolis

2020

Claudini Honório de Pieri

Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil à luz de Foucault

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

Orientadora: Prof^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr^a.

Florianópolis

2020

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

Pieri, Claudini Honório de

Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil à luz de Foucault / Claudini Honório de Pieri ; orientadora, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, 2020.

132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Assistência ao recém-nascido. 3. Cesariana. 4. Boas práticas. 5. Michel Foucault. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Claudini Honório de Pieri

Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil à luz de Foucault

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Marli Terezinha Stein Backes, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Laís Antunes Wilhelm, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Prof^ª. Jussara Gue Martini, Dr^ª.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Prof^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr^ª.
Orientadora

Florianópolis, 2020.

AGRADECIMENTOS

Segundo uma mulher que admiro muito, “A gratidão é um dos mais nobres gestos que um ser humano pode ter”. Assim, gostaria de iniciar este exercício público de gratidão agradecendo à todas as mães, pais e avós que me permitiram participar deste momento ímpar das suas vidas, para a realização deste estudo. Aos bebês, que apesar do pouco tamanho, são gigantes em ensinamentos e amor. Você são o motivo de tudo.

Aos maravilhosos servidores e servidoras da maternidade onde realizei este trabalho, que me acolheram com carinho durante os meus quase dois anos de estágio e nunca me enxergaram como *somente* uma estagiária. Vocês me ensinaram a cuidar das mães, dos pais e dos filhos. Com vocês, aprendi tudo o que sei e, ao mesmo tempo, aprendi que tenho muito a aprender. Obrigada por tanto, obrigada por tudo! Vocês moram no meu coração.

Àquela que acreditou em mim, acolheu meus sonhos e inspirou-me a ser uma pessoa melhor: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia. *Obrigada* é uma palavra muito pequena para expressar o quanto me sinto honrada em poder aprender com você e ter tido o privilégio de ser sua orientanda. Obrigada pela orientação, compreensão e carinho de sempre.

Aos meus queridos pais, João Teixeira de Pieri e Maria Nirce de Pieri, por nunca medirem esforços para que eu pudesse alcançar meus sonhos, pelo cuidado, pela atenção e pela confiança que sempre tiveram em mim. Vocês tornam possíveis as minhas conquistas através do amor.

À Banca de Sustentação e Qualificação: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª. Dr^ª. Marli Terezinha Stein Backes, Prof^ª. Dr^ª. Laís Antunes Wilhelm, Prof^ª. Dda. Vanessa Martinhago Borges Fernandes, Prof^ª. Dr^ª. Rosane Gonçalves Nitschke, Dr^ª. Maria de Jesus Hernandez Rodriguez, Dr^ª. Joyce Green Koettker e Prof^ª. Dr^ª. Margarete Maria de Lima, pelas contribuições em todo o percurso de elaboração deste trabalho e por serem verdadeiras inspirações profissionais.

À Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Peçanha, pelo acolhimento, ensinamentos e reflexões durante o período de estudos na Université Paris Descartes, em Paris.

À Prof^ª. Dr^ª. Mara Vargas e à Prof^ª. Dr^ª. Ana Izabel Jatobá, por compartilharem seus saberes e pelas ótimas conversas.

Aos meus queridos e grandes amigos Alexandre Hoeller, Ana Paula Ramos Costa (e, agora, à Orla!), Gilliard Lach, Maíra Assunção Bicca, Renata Nunes Marchette e à Prof^ª. Dr^ª. Thereza de Lima, por terem me ensinado tanto durante todo este tempo e seguirem sendo a melhor referência científica e de amizade que alguém pode ter. Amo muito vocês.

À Samira Baião Mucci, pelas imensas contribuições neste trabalho e na vida. À Rayanna Beckmann, por se tornar família e paz em tempos difíceis.

Às queridas Roberta Ribeiro, Maria Octavia Costa, Isabel Linck Gomes e Thaís Bardini Idalino, pela amizade que se fortalece apesar da distância, pela ajuda na elaboração deste trabalho e por me instigarem a pensar além do que se vê.

À Larysse Mendonça, Larissa Faqueti, Ana Caroline Machado e Amanda Athayde, pelos cafés, jantares, conversas, risadas e acolhimento naqueles dias em que o tempo parecia não passar.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), pelo apoio e pelas trocas ao longo destes quatro anos. Em especial, à Patrícia Damiani, que se tornou uma grande amiga e incentivadora, nunca deixando a peteca cair.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, à CAPES, ao CNPq e ao meu pai pelo apoio financeiro.

E por fim, mas nunca menos importante: à Camila Mattos Baptista, que aguentou minhas mudanças de humor com a maior paciência do mundo, incentivou-me todos os dias e não deixou que me faltassem a tranquilidade e a confiança em todas as etapas deste trabalho. Obrigada por confiar em mim e estar ao meu lado sempre. Felicidade é poder compartilhar a vida com você!

*“Momento intangível, impalpável, instante do
nascimento, em que a criança deixa a mãe...
Esse momento frágil, imperceptível, não
toquemos nele com mãos grosseiras, sem
compreender.
Deixemos mais para a criança. Deixemos que
ela aja.
Somos rústicos, não entendemos nada dos
mistérios.
A criança vem do mistério. Ela sabe”.*

Frédérick Leboyer

RESUMO

As boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento são um conjunto de práticas de assistência às mães e aos recém-nascidos baseado em evidências científicas, que tem como objetivo a redução do risco de complicações neonatais e puerperais, a redução da mortalidade materna e neonatal, e a promoção de uma atenção individualizada às mulheres e bebês. Apesar de estarem sendo cada vez mais implementadas no contexto do parto normal, ainda são observadas dificuldades na realização das boas práticas com os recém-nascidos de via cesariana. Este estudo teve como objetivo geral compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Foucault. Foram adotados os estudos de Michel Foucault acerca das relações de poder e da biopolítica como referencial teórico-filosófico. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura e uma pesquisa de campo, resultando em dois manuscritos. O manuscrito 1 teve como objetivo identificar o conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido de via cesariana. Foram utilizadas as seguintes fontes de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), *Web of Science*, *Scopus* e *Cochrane Library*, no período de 2010 a 2019, sendo incluídos 14 artigos. Foram identificadas categorias de desafios para a realização do contato pele-a-pele durante a cesariana: desafios relacionados à equipe, ao ambiente, à segurança, à mulher e família, e também fatores positivos e possibilidades de mudança, e recomendações para novas pesquisas. Os resultados apontam que é possível implementar melhorias no cuidado às mães e aos bebês na cesariana, principalmente, através da mobilização das instituições e profissionais de saúde. O manuscrito 2 tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, que teve como objetivo compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Michel Foucault. A coleta dos dados ocorreu de julho de 2019 a janeiro de 2020, em duas etapas: foi observada a dinâmica profissional durante 15 cesarianas, e realizadas entrevistas semi-estruturadas com 18 profissionais de saúde atuantes no setor. Os dados foram analisados a partir da Análise Crítica do Discurso de Norman Fairclough. Os temas selecionados para a análise a partir do *corpus* foram: As visões acerca do nascimento de um bebê, A assistência ao recém-nascido e à família na cesariana, e Relações entre os profissionais de saúde. Partindo de uma perspectiva foucaultiana, a análise do discurso das entrevistas e das observações apontam a importância das relações de poder-saber entre os profissionais, que influenciam diretamente na realização de boas práticas de assistência aos recém-nascidos e às famílias. Ainda, observou-se que os discursos reforçam estas relações de poder e, ao mesmo tempo, geram novas possibilidades e configurações para promoção de boas práticas através da mudança social.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cesariana. Boas práticas. Contato pele-a-pele. Aleitamento materno. Análise Crítica do Discurso.

ABSTRACT

Best practices in childbirth and birthcare are a set of care practices for mothers and newborns based on scientific evidence, which aims to reduce the risk of neonatal and puerperal complications, to reduce maternal and neonatal mortality, and to promote individualized care for women and babies. Despite being increasingly implemented in the context of normal birth, difficulties are still observed in carrying out the best practices with newborns through cesarean delivery (C-section). In this study we aimed to understand multiprofessional care regarding best practices in assisting the newborn during C-section at a public maternity hospital in southern Brazil. Michel Foucault's studies on power relations and biopolitics were adopted as a theoretical-philosophical framework. To this end, an integrative literature review and a field research were carried out. Manuscript #1 of this thesis corresponds to an integrative review. Initially, we gathered data about the challenges for promoting best practices in assisting newborns through C-section. Searches were performed in the *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Base de Dados da Enfermagem* (BDENF), Web of Science, Scopus and Cochrane Library databases, from 2010 to 2019, resulting in the inclusion of 14 articles, in which we identified categories of challenges for skin-to-skin contact during C-section: the professional team, the environment, safety, the women, and the family. Besides, positive factors and possibilities for change, as well as recommendations for further research. The results indicate that it is possible to implement care improvements for the mothers and the babies following C-section, mainly through institutional mobilization and health professional's awareness. Manuscript #2 regards the field research that was a qualitative, descriptive-exploratory study, and aimed to understand multiprofessional care regarding best practices in assisting the newborn during C-section at a public maternity hospital in southern Brazil. Data collection took place in two stages: i) professional dynamics were observed during 15 cesarean sections, ii) and semi-structured interviews were conducted with 18 health professionals who work in the operating room. Data was analyzed using Norman Fairclough's Critical Discourse Analysis. The following were the themes selected for analysis from the corpus: visions on the birth of a baby, assistance to the newborn and the family during and after a C-section, and relationships between health professionals. Starting from a foucaultian perspective, the interview discourse analysis and observations point to the importance of power-knowledge relationships among professionals, which directly influence good care practices for newborns and families. Still, it was observed that the speeches reinforce these powerful relations and, at the same time, generate new possibilities and configurations for the promotion of best practices through social change.

Keywords: Newborn. Cesarean. Best practices. Skin-to-skin contact. Breastfeeding. Critical Discourse Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Concepção tridimensional do discurso.....	54
Figura 2 - Fluxograma de seleção dos artigos encontrados nas fontes de busca.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos dados dos artigos de projetos de melhoria da qualidade da assistência incluídos na revisão integrativa: autores/ano de publicação, título, país de origem, objetivo, método de implementação, profissionais envolvidos, população da intervenção64

Quadro 2 - Resumo dos dados dos artigos originais incluídos na revisão integrativa: autores/ano de publicação, título, país de origem, objetivo, delineamento/referencial teórico, participantes e instrumento de coleta de dados65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO	22
3.2 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.....	25
3.3 RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	29
4.1 BREVE BIOGRAFIA DE MICHEL FOUCAULT.....	30
4.2 ARQUEOLOGIA E GENEALOGIA FOUCAULTIANA	32
4.3 O PODER À LUZ DE FOUCAULT	35
4.4 A FORMAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	39
4.5 BIOPODER: PODER DISCIPLINAR E BIOPOLÍTICA	42
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	45
5.1 ESTUDO DE REVISÃO.....	45
5.2 PESQUISA DE CAMPO	46
5.2.1 Tipo de estudo.....	46
5.2.2 Local e contexto do estudo	47
5.2.3 Participantes.....	48
5.2.4 Coleta dos dados.....	48
5.2.5 Organização e análise dos dados.....	51
5.2.6 Aspectos éticos.....	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
6.1 MANUSCRITO 1 – DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	57
6.2 MANUSCRITO 2: BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO DURANTE A CESARIANA À LUZ DE FOUCAULT.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES	113

APÊNDICE A – Protocolo para Revisão Integrativa da literatura	113
APÊNDICE B – Instrumento de observação das cesarianas.....	116
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais (observação)	117
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mães.....	120
APÊNDICE E – Instrumento de entrevista com os profissionais.....	123
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais (entrevista).....	124
ANEXOS	128
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	128

1 INTRODUÇÃO

As boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento são um conjunto de práticas de assistência às mães e aos recém-nascidos baseadas em evidências científicas, que têm como objetivo a redução do risco de complicações neonatais e puerperais, a redução da mortalidade materna e neonatal e a promoção de uma atenção individualizada às mulheres e bebês (WHO, 2018).

Com o objetivo de divulgar e incentivar as boas práticas obstétricas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 1996, um guia prático intitulado “Maternidade segura: assistência ao parto normal”. Nesse documento, são apresentadas e discutidas as intervenções comumente realizadas nos partos normais, classificando-as quanto às práticas que são demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, práticas que não são sustentadas por evidências científicas e que necessitam maiores estudos e práticas que são utilizadas de modo inadequado (WHO, 1996).

Em 2018, a OMS atualizou suas recomendações e lançou o documento “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”. Ainda que ele verse sobre as práticas recomendadas ao parto normal, a assistência ao recém-nascido baseada em evidências pode e deve ser praticada também durante a cesariana. As práticas recomendadas no cuidado com o recém-nascido são: realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical, pelo menos um minuto após o nascimento; não aspirar as vias aéreas de neonatos que começam a respirar espontaneamente e que apresentam líquido amniótico fluído; manter os recém-nascidos sem complicações em contato pele-a-pele com as mães durante a primeira hora após o parto para prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno; todos os neonatos (incluindo os de baixo peso) que podem ser amamentados devem ser colocados no peito o quanto antes, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estiverem prontos; administração de 1 mg de vitamina K intramuscular, após a uma hora de contato pele-a-pele e estímulo da amamentação; o banho deve ser realizado 24 horas após o nascimento, e se isto não for possível, deve ser esperado ao menos seis horas; o bebê e a mãe não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia (WHO, 2018).

Para a realização destas ações, é necessário que outros aspectos também sejam levados em conta no atendimento ao recém-nascido. Para auxiliar na manutenção da temperatura, além do contato pele-a-pele, é recomendado que a sala esteja entre 23 e 26 °C e que a mãe também esteja normotérmica (SBP, 2018). Um dos fatores importantes, também, é a aquisição da

microbiota intestinal através da passagem do bebê pelo canal de parto. Em caso de cesariana, o contato pele-a-pele com a mãe também pode fazer com que o bebê tenha o sistema gastrointestinal colonizado por bactérias que compõem a flora da pele da mãe (SBP, 2018).

Assim, as boas práticas vieram ao encontro dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), uma declaração desenvolvida durante os anos 1990 e adotada no ano 2000 pela ONU, em reunião com os 191 Estados-membro. O quarto objetivo do milênio refere-se à redução da mortalidade infantil. A partir disto, os estados e governos deveriam articular políticas e ações a nível internacional, nacional e local, até o ano de 2015. Na Conferência Rio+20, em 2013, foram discutidas as ações para além de 2015. Na Assembleia Geral da ONU de 2015 foi, então, estabelecida a Agenda 2030, uma declaração composta por 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas para alcançá-los até 2030 (ONU, 2015). Em relação à saúde do recém-nascido, o objetivo é o de acabar com as mortes evitáveis desta população e de crianças menores de 5 anos, com redução da mortalidade neonatal para no máximo 12 óbitos por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

Felizmente, o Brasil já atingiu os valores previstos, apresentando uma redução estimada de 43,7% na taxa de mortalidade neonatal, significando uma taxa de 5,3 por 1.000 nascidos vivos atualmente (IPEA, 2018). Em Florianópolis, no ano de 2017, este número também foi atingindo, tendo ocorrido um total de 9,87 óbitos por 1000 nascidos vivos (sendo que a maioria deles ocorreu no período neonatal precoce – 5,56 óbitos por 1000 nascidos vivos). No entanto, entre esses óbitos, os classificados como evitáveis alcançaram 59,19%. Entre as articulações e ações necessárias para reduzir este número, está a atenção adequada durante o pré-natal e o nascimento, principalmente em relação à sífilis congênita (SANTA CATARINA, 2018).

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, leva em consideração diversas leis, decretos, resoluções e demais portarias que tem como objetivo, em linhas gerais, “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, [...] visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (BRASIL, 2015b). Algumas das ações estratégicas desta portaria tem relação direta com as boas práticas preconizadas para o nascimento do recém-nascido a termo e saudável, como a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido, no momento do nascimento, por meio da capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Norma

Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). De forma importante, a Portaria nº. 371, de 7 de maio de 2014, instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria recomenda que, para o recém-nascido a termo com ritmo respiratório e tônus normais, sem líquido meconial, deve ser realizado o contato pele-a-pele imediato e contínuo entre mãe e bebê, em temperatura ambiente de 26 °C; o clampeamento do cordão umbilical após cessadas as pulsações (aproximadamente de um a três minutos); o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida; e que os procedimentos de rotina (administração da vitamina K, exame físico do recém-nascido) devem ser realizados após a primeira hora de vida (BRASIL, 2014a).

A IHAC foi lançada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1991, e tem como objetivo mobilizar maternidades e hospitais de forma que modifiquem suas condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce e de desincentivo ao aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2011). No Brasil, a certificação de qualidade IHAC é conferida pelo UNICEF e Ministério da Saúde às maternidades ou hospitais que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, passos estes elaborados pela UNICEF e pela OMS. Após 27 anos de implementação no país, os hospitais credenciados à IHAC têm demonstrado maiores índices de aleitamento materno exclusivo, menos risco de intervenções desnecessárias após o nascimento e maiores índices de contato pele-a-pele logo após o parto e aleitamento materno precoce (BRASIL, 2010; LAMOUNIER *et al.*, 2019).

A despeito das várias diretrizes que tratam sobre boas práticas com o recém-nascido, a realização destas mesmas boas práticas imediatamente após o nascimento via cesariana continua sendo um grande desafio para os hospitais e maternidades. Isto ocorre porque são necessárias mudanças no fluxo de atendimento e na rotina da equipe, levando a dificuldades na sua implementação (MANGAN; MOSHER, 2012).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que permite a extração do feto, vivo ou não, através da realização de uma laparotomia seguida de uma histerotomia. Apesar de seu nome ser frequentemente associado à forma de nascimento do imperador romano Júlio César, considera-se que essa cirurgia foi assim denominada pelo médico francês François Rousset em 1581, *section césarienne*, derivada de *caesus* (do latim, cortar). Foi recomendada pela primeira vez por Rousset como procedimento médico em mulheres vivas - já que, até então ela era realizada somente para extrair os fetos de mães falecidas na esperança de salvá-los ou batizá-los. No

entanto, somente em 1876 foi descrita a primeira cesariana com resultados positivos para a mãe e o bebê, marcando uma nova era para esta cirurgia (MARTÍNEZ-SALAZAR *et al.*, 2015).

Embora seja uma cirurgia capaz de salvar a vida de mães e bebês, a cesariana aumenta o risco de mortalidade materna e neonatal quando realizada sem indicações reais e precisas (WHO, 2015), ou seja, quando o risco inerente da cirurgia supera os benefícios. Ainda assim, o aumento do número de cesarianas na segunda metade do século XX fez com que o Brasil e outros países se deparassem com uma epidemia desta cirurgia, que é a mais realizada no mundo atualmente, sendo considerada um problema de saúde pública mundial (MARTÍNEZ-SALAZAR *et al.*, 2015). Isto significa que um grande número de mães e bebês não são beneficiados rotineiramente com a realização do contato pele-a-pele e outras boas práticas de assistência que são obtidos por meio do parto vaginal (MANGAN; MOSHER, 2012).

A disseminação da realização da cesariana vem ancorada em um paradigma biomédico de assistência que emergiu a partir do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos. Este relato trouxe o enfoque na doença, o conhecimento médico dividido em disciplinas, o hospital como espaço de cura e ensino, bem como a intensa especialização. Sendo a sua superação um dos desafios atuais do sistema de saúde do Brasil e do mundo, o modelo biomédico se baseia numa divisão entre corpo e mente, com a desqualificação de aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo saúde-doença. Assim, o indivíduo é reduzido apenas a um organismo biológico, segmentado, distanciando-o de sua humanidade (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; FERTONANI *et al.*, 2015). A cesariana, então, atende às exigências do modelo biomédico de assistência, já que possui normas que excluem a imprevisibilidade, o descontrole e os perigos comumente associados à fisiologia do parto normal, trazendo uma sensação de controle, disciplina e segurança, estando de acordo com as práticas técnicas da biomedicina (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016).

Os números acerca da realização da cesariana no Brasil e no mundo são alarmantes, mostrando que os bebês que nascem por via cesariana não são exceção – em algumas situações, dependendo de questões socioeconômicas e culturais, são a maioria dos recém-nascidos. No Brasil, o número de cesarianas cresceu consideravelmente nas últimas décadas. Enquanto no começo dos anos 70 a taxa de cesariana estava perto de 15%, nos anos 80 esta taxa subiu para 30%, alcançando 40% no começo dos anos 90. Em 2012, esta taxa ultrapassou os 50%, ou seja, a maioria dos bebês brasileiros estão vindo ao mundo através de uma grande cirurgia abdominal, acarretando questões importantes no que concerne ao seu nascimento, ainda que deva ser levado em conta a especificidade social, financeira e geográfica de cada estado e região

(RAMIRES DE JESUS *et al.*, 2015). Já no ano de 2018, 56% dos bebês brasileiros nasceram por via cirúrgica, sendo que a região com a maior taxa foi a Centro-Oeste (63%), seguida pelas regiões Sul (61%), Sudeste (58%), Nordeste (52%) e Norte (47%) (BRASIL, 2020a). Há também uma diferença das taxas de cesariana nas redes pública e privada, sendo que na pública a taxa de operação está em torno de 40%, enquanto na privada está em torno de 85% (BRASIL, 2015a).

Ao comparar as taxas de cesarianas mundiais, o Brasil encontra-se em posição de destaque pelo excesso, com 56%, ficando atrás apenas da República Dominicana, com 59,3%. O número de cesarianas aumentou em todas as regiões do mundo entre 2000 e 2015, com variações por conta de fatores socioeconômicos das populações, bem como aspectos culturais (BOERMA *et al.*, 2018). As regiões oeste e central da África apresentam as menores taxas atualmente (4,1%), sendo que a América Latina e o Caribe apresentam as maiores (44,3%), seguida pela norte-América (32%), meio-leste e norte da África (29,6%), leste da Ásia e Pacífico (28,8%), leste da Europa e Ásia central (27,3%), oeste da Europa (26,9%), sul da Ásia (18,1%), e sul e leste da África (6,2%). Em todos os locais, mostra-se necessário a existência de controle quanto as taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como do número de cesarianas, de forma que a população se beneficie da melhor forma desta cirurgia, sem que os riscos pela realização da mesma sejam aumentados.

Em 2019, a taxa de cesariana na Grande Florianópolis foi de 49,76%, enquanto a de parto vaginal foi de 49,78%. Ainda que seja uma diferença muito pequena, esta inversão de valores não acontecia desde 2007. Este número exige atenção dos órgãos de saúde, com o objetivo de que possam ser implementadas políticas públicas que promovam uma redução do número de cesáreas. Na Grande Florianópolis, estes valores variaram muito ao longo dos anos: de 1994 a 2005, o número de partos normais foi maior que o de cesarianas, ocorrendo uma inversão nos anos de 2006 e 2007, e entre 2008 e 2018 o número de cesarianas esteve acima do número de partos normais (BRASIL, 2020a).

Apesar da OMS recomendar que 10-15% dos nascimentos de um país ocorram por cesárea, ao considerarmos as características populacionais obstétricas do Brasil, a taxa de referência fica em torno de 29% ao levarmos em conta o elevado contingente de mulheres com cesarianas prévias (BRASIL, 2015a). Isto significa que, mesmo que as taxas de cesariana alcancem o ideal recomendado atualmente para o nosso país, ainda teremos aproximadamente um terço dos recém-nascidos vindos ao mundo através de uma cirurgia.

Diante do número excessivo de operações cesarianas desnecessárias, em março de 2016 foram lançadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, que orientam os profissionais de saúde a levar em conta a eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções recomendadas, sendo um marco para a assistência prestada às mães e bebês que passam por essa cirurgia, objetivando promover boas práticas de assistência (BRASIL, 2016).

Estas diretrizes foram elaboradas a partir da adaptação de outras duas diretrizes clínicas: Cesariana, do Instituto Nacional para Saúde e Excelência de Cuidado – Departamento de Saúde do Reino Unido, atualizado em 2013; e, Guia de Assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias, do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras, publicado em 2013. Nesse documento, é ressaltada a importância de boas práticas como a promoção do contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, o clampeamento tardio do cordão umbilical (para o recém-nascido a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, de mães não-portadoras de HIV), e suporte adicional para auxiliar as mães a iniciar o aleitamento materno logo após o nascimento do bebê (BRASIL, 2016). Este é o único documento oficial brasileiro que discorre sobre as boas práticas que devem ser preconizadas no atendimento específico ao recém-nascido de cesariana.

Diante do exposto até aqui, pode-se considerar que a adoção de boas práticas na cesariana segue como um desafio importante para a assistência ao recém-nascido e à mãe quando no caso da cesariana. A cesariana envolve não só aspectos relativos à técnica cirúrgica em si, mas também práticas relacionadas ao cuidado e assistência de enfermagem à mãe e ao recém-nascido, ainda na sala de cirurgia. Mesmo que as boas práticas realizadas no parto normal não possam ser aplicadas em sua totalidade aos bebês nascidos por via cirúrgica, algumas ações podem ser feitas para que o nascimento ocorra de forma respeitosa para o recém-nascido e sua família, como o estímulo à amamentação na primeira hora de vida, o contato pele-a-pele, o envolvimento do acompanhante no processo de nascimento, entre outras ações que possam fortalecer o vínculo entre mãe e filho. Além disso, é importante que tenhamos em mente que a cesárea não é como as demais cirurgias, uma vez que a parturiente apresenta anseios, expectativas e preocupações relacionadas não somente a si mesma, mas também em relação ao seu filho/à sua filha que está vindo ao mundo.

Ao acompanhar a dinâmica da assistência prestada à parturiente e ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública de Florianópolis (Santa Catarina), e tendo em

vista as práticas descritas nas diretrizes propostas pela CONITEC, é possível observar que, de uma forma geral, os profissionais não seguem uma rotina ou protocolo que busque promover um cuidado humanizado, ainda que durante uma cirurgia. Há, assim, uma diferença entre a assistência prestada ao recém-nascido de parto normal e ao de cesariana. A rotina do setor, o fluxo de trabalho e a dinâmica da equipe multiprofissional possuem aspectos que necessitam ser estudados mais profundamente para melhor elucidar a assistência ao recém-nascido neste local.

O presente estudo justifica-se pelo fato de que as boas práticas obstétricas aplicadas em partos normais não são realizadas durante a cesariana, por fatores que não podem ser isolados, uma vez que a equipe multiprofissional trabalha conjuntamente para a promoção da assistência ao recém-nascido e à parturiente (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019). Ao buscar na literatura, são encontrados diversos estudos sobre as boas práticas na assistência ao parto normal, contudo, ainda é escassa a literatura que aborda a realização dessas práticas especificamente na cesariana. É necessária, portanto, uma análise mais ampla destas situações, uma vez que os estudos apontam lacunas na construção deste conhecimento.

O nascimento de um bebê por cesariana envolve diversos atores, de forma que é necessário englobar todos eles para que uma pesquisa seja fidedigna à realidade. Os médicos obstetras, anestesistas, pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem e obstetras que transitam por este ambiente são co-responsáveis pela assistência prestada ao recém-nascido, por meio de intervenções de maior ou menor impacto no início da vida da criança (STEVENS *et al.*, 2018). Diante do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como ocorrem as boas práticas na assistência multiprofissional ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil, à luz de Foucault?

Devido ao fato da assistência à parturiente e ao recém-nascido ser prestada por diversos profissionais da saúde em um ambiente de cuidado hospitalar, optamos por adotar os estudos do filósofo francês Michel Foucault acerca das relações de poder, da formação hospitalar e do biopoder como referencial teórico-filosófico desta pesquisa. Os estudos de Foucault tratam, dentre vários aspectos, das relações de poder existentes em instituições como o hospital, a escola e a prisão. O autor frisa que o poder não é algo que se detém, e sim que se exerce, e que ninguém possui o poder em detrimento de alguém que não o possui (FOUCAULT, 2017). Acreditamos que este referencial teórico se adapta à realidade observada no contexto da cesariana, pois os profissionais interagem entre si através de relações de poder uns sobre os

outros, em uma instituição hospitalar, influenciando a forma como o recém-nascido é cuidado e suscitando questionamentos acerca do biopoder inerente à situação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil, à luz de Foucault.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana.
- ✓ Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional acerca da utilização de boas práticas na assistência aos recém-nascidos durante a cesariana;
- ✓ Conhecer a visão da equipe multiprofissional sobre a dinâmica da assistência prestada aos recém-nascidos durante a cesariana;
- ✓ Analisar os limites e possibilidades da equipe multiprofissional para a utilização de boas práticas na assistência aos recém-nascidos durante a cesariana.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A primeira modalidade de revisão desta pesquisa consiste em uma revisão narrativa. A revisão narrativa é realizada para tratar de questões amplas e sobre o “estado da arte” de determinado tema, sendo que as fontes e o método de seleção da literatura não são especificados – ou seja, a metodologia de sua construção não segue um método sistematizado. Este tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento de forma rápida e flexível, sendo mais aberta e abrangente que outros tipos de revisão, como a integrativa ou a sistemática (ROTHER, 2007). Assim, geralmente, as revisões narrativas não informam as fontes utilizadas, a metodologia de busca, nem os critérios avaliados na avaliação e seleção dos trabalhos (ROTHER, 2007). Nesta modalidade de revisão, são abordados os tópicos: Boas práticas na assistência ao Nascimento; Humanização da Atenção no Centro Cirúrgico; e, Relações de poder entre os profissionais da saúde, conforme apresentado a seguir.

3.1 BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO

O uso excessivo da cirurgia cesariana nas últimas quatro décadas está intimamente ligado a uma perda de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e processo de parturição, uma vez que o corpo feminino vem sofrendo intensa medicalização, fator também evidenciado pelo aumento de tratamentos hormonais (KANTOVISKI; VARGENS, 2010) e de cirurgias plásticas (BROCKHAUSEN, 2005). Quanto à parturiente, ao sair do centro obstétrico e ser submetida ao centro cirúrgico para a realização de uma cesariana, observa-se uma perda de protagonismo, autonomia e poder de decisão sobre o processo de nascimento do seu bebê. Por consequência, as mulheres também se sentem menos capacitadas para escolher a sua via de parto e tem dificuldades em se impor perante os médicos para fazer valer seus desejos (BRASIL, 2001; VELHO; DOS SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Neste sentido, diversas ações podem ser tomadas pela equipe de saúde para que a vivência do parto/nascimento seja prazerosa para a mulher que passa por uma cesariana. Porfírio, Progianti e Souza (2010) observaram que o simples toque por parte das enfermeiras obstétricas, através de afagos ou massagens, transmite apoio e segurança às mulheres durante o trabalho de parto, fazendo com que se sintam protegidas e importantes no processo.

Uma das práticas reconhecidas por lei que traz benefícios à parturiente é a presença de um acompanhante de sua escolha, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, tanto na rede

pública quanto privada (BRASIL, 2005). A presença de um acompanhante de escolha da mulher, sendo o pai da criança ou não, faz com que a mesma sinta-se segura, afasta sentimentos de abandono e isolamento em um ambiente desconhecido e aumenta a sensação de bem-estar do binômio mãe-bebê. Além disso, os pais acreditam que presenciar o nascimento de um filho é uma experiência única, independente de quantos filhos já tenham, e entendem que o papel do acompanhante é estar presente para oferecer suporte emocional, através de carinho e palavras de apoio (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Quanto à presença do acompanhante durante a cesariana, estudos sugerem uma diminuição dos sentimentos de ansiedade, solidão e de preocupação com o estado de saúde do bebê, por parte da mãe, bem como maior sentimento de prazer em relação ao nascimento (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002). Além disso, o acompanhante pode promover auxílio na primeira mamada e, em decorrência disso, uma maior duração do aleitamento materno (ERLANDSSON *et al.*, 2007). Todavia, alguns profissionais de saúde ainda carregam preconceitos, impedindo a presença do acompanhante na cirurgia cesariana e interferindo negativamente na experiência do parto/nascimento para a mulher. Em uma revisão sistemática de Bohren e colaboradores (2017), observou-se que, em 22 dos ensaios realizados, 25% das mulheres não tiveram acompanhante durante a realização da cesárea. Além disso, o suporte contínuo à parturiente mostrou-se capaz de reduzir os números de cesarianas. Por fim, o acompanhante pode exercer um “controle social direto” do serviço de saúde, evitando abusos e identificando situações de violência com maior facilidade do que a parturiente, sendo, portanto, indesejado em algumas instituições (BRASIL, 2014b).

No que diz respeito ao contato entre mãe e filho durante os primeiros momentos de vida, estudos pré-clínicos utilizando modelos animais mostram que o cuidado maternal pode traduzir os sinais ambientais aos bebês e influenciar no desenvolvimento dos sistemas neurais envolvidos no comportamento e nas respostas ao estresse do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na idade adulta (WANG *et al.*, 2015). Segundo recomendação do CONITEC, o contato pele-a-pele precoce deve ser estimulado e é importante para o desenvolvimento do comportamento de maternagem, uma vez que melhora a percepção materna do recém-nascido e favorece o estabelecimento de laços afetivos.

Naturalmente, os recém-nascidos tem tendência à hipotermia, sendo importante verificar a temperatura do ambiente, que deve estar em torno de 26 °C, e colocar o recém-nascido em contato com a mãe (caso ela deseje), sobre o tórax, de bruços, cobrindo-o com uma coberta seca e aquecida (BRASIL, 2016a). Esse contato pele-a-pele é capaz de manter o bebê

aquecido e ajuda na termorregulação, facilitando, instintivamente, a amamentação logo após o parto. Isto ocorre por conta do primeiro comportamento de alerta do bebê e da sua necessidade de sucção, sendo que este comportamento na primeira hora de vida está intimamente ligado com a prática exclusiva e efetiva da amamentação (RAMOS *et al.*, 2018).

Schneider, Crenshaw e Gilder (2017) mostraram que o contato pele-a-pele entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento via cesariana diminuiu significativamente a taxa de transferência de recém-nascidos para a unidade de terapia intensiva neonatal, sugerindo que o contato pele-a-pele é importante, independente da via de nascimento. Além disto, a prática de contato pele-a-pele pode ser realizada também com o pai. De forma semelhante ao contato com a mãe, o bebê para de chorar, acalma-se, atinge um estado sonolento antes dos que não são colocados em contato e tem o desenvolvimento do comportamento de amamentação facilitado (ERLANDSSON *et al.*, 2007).

O contato imediato e a amamentação após o nascimento via cesariana promovem benefícios não só para a saúde do bebê, mas também da mãe. Um estudo mostrou que as mães que tiveram contato pele-a-pele ainda em sala de cirurgia com seus recém-nascidos apresentaram menores níveis de estresse oxidativo quando comparadas às que tiveram contato com seu bebê somente 1 hora após o nascimento (YUKSEL *et al.*, 2016). Em um estudo qualitativo de Kologeski e colaboradores (2017), realizado no Rio Grande do Sul, foram relatadas as dificuldades de realização do contato pele-a-pele durante a cesárea por parte da equipe multiprofissional, por conta de fatores como alegação de demanda excessiva pelos técnicos de enfermagem, diminuição do espaço para circulação do anestesista e obstetras, bem como a necessidade dos pediatras de avaliarem o bebê imediatamente.

Quanto à promoção da amamentação na primeira hora de vida, uma revisão sistemática de Moore e colaboradores (2016) mostra que as evidências sugerem o uso do contato pele-a-pele para promover o aleitamento materno, apesar de serem necessários mais estudos para confirmar os benefícios fisiológicos para os bebês durante a transição para a vida extra-uterina e estabelecer um tempo ótimo para início do contato. A recomendação da CONITEC é que a mulher submetida à cesariana tenha suporte adicional para ajudá-la a iniciar o aleitamento logo após o nascimento. Neste sentido, a recomendação da OMS (WHO, 2018) é de que bebês sem complicações devem ser colocados em contato com a mãe o mais rápido possível e mantidos em contato pele-a-pele com suas mães durante a primeira hora de vida, de modo a prevenir a hipotermia e promover a amamentação. Alguns estudos populacionais mostraram que as taxas de aleitamento materno inicial foram maiores em partos vaginais (LEUNG; HO; LAM, 2002;

SAMUELS; MARGEN; SCHOEN, 1985), mas que não há diferença na taxa da amamentação três e seis meses após o nascimento ao comparar cesariana e parto vaginal (HANNAH *et al.*, 2002).

Hobbs e colaboradores (2016) mostraram que mulheres que passaram por uma cesariana de emergência apresentaram maiores dificuldades na amamentação e utilizaram mais recursos para a amamentação quando comparadas com as que tiveram um parto vaginal ou cesariana programada. Além disso, revelam que a cirurgia cesariana programada está associada a uma descontinuação precoce da amamentação.

Quanto à técnica de aspiração nasal ou oral de rotina do recém-nascido, a mesma não é recomendada em bebês que começam a respirar por si mesmos após o parto e que tem líquido amniótico fluído e claro (WHO, 2018). Ainda neste documento, a OMS ressalta a importância da administração da vitamina K, na dose de 1 mg por via intramuscular, como profilaxia à doença hemorrágica do recém-nascido.

Por fim, estudos mais recentes envolvendo a microbiota intestinal mostram a importância da passagem do bebê pelo canal de parto para a sua colonização intestinal, e como essa microbiota está intimamente ligada ao desenvolvimento de comportamentos e até mesmo doenças na idade adulta. A transmissão vertical da microbiota materna para o filho é essencial no desenvolvimento metabólico e imunológico da criança e é associada com o desenvolvimento de doenças como asma, obesidade, diabetes mellitus tipo 1, alergia e até mesmo problemas neurológicos (MOYA-PÉREZ *et al.*, 2017). Esta colonização é afetada pela realização da cirurgia cesariana, uma vez que não há a passagem pelo canal de parto. No caso de bebês que nascem por cesariana, isto deve ser levado em consideração no que concerne às práticas de incentivo ao aleitamento, já que esta será a principal fonte de composição da sua microbiota.

3.2 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, propõe mudanças no modo de agir e cuidar dos usuários do SUS através da prática dos princípios do próprio SUS no cotidiano da assistência. Para isso, é importante a interação e articulação entre trabalhadores, usuários e gestores na gestão do cuidado e nos processos de trabalho. Para a PNH, humanizar significa incluir as diferenças entre os indivíduos e grupos de pessoas nos processos de gestão e de cuidado. Sendo assim, os princípios da PNH são a transversalidade, indissociabilidade

entre atenção e gestão, e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2013).

No entanto, a inserção da PNH em um ambiente como o Centro Cirúrgico pode ser um tanto quanto difícil. O Centro Cirúrgico é um ambiente hospitalar que dispõe de técnicas avançadas para a realização de intervenções invasivas, onde tanto o ambiente quanto os profissionais estão organizados de forma a atender as necessidades do trabalho clínico, com uma dinâmica de trabalho essencialmente técnica e que nem sempre permite abertura para a interação psicossocial entre profissionais e pacientes, durante a realização do cuidado (SALBEGO *et al.*, 2015).

A humanização não se trata apenas de chamar o paciente pelo nome ou demonstrar empatia pela sua condição e sua vida, e sim compreender seus anseios, angústias e medos, oferecendo apoio contínuo. Para humanizar, é necessário se entregar sinceramente ao outro, de forma leal, ouvindo com paciência as palavras e também os silêncios. Só assim, seria possível valorizar a essência humana para que se alcance a efetividade do cuidado (MENDONÇA *et al.*, 2016).

Ainda segundo Medonça e colaboradores (2016), em um estudo realizado com técnicos de enfermagem de um Centro Cirúrgico, os profissionais percebem que humanizar é um sinônimo de carinho, dedicação e respeito à privacidade do outro, entendendo que o Centro Cirúrgico é um ambiente estranho ao paciente, que pode gerar medo e ansiedade. Isto fica expresso em ações como não despir o paciente desnecessariamente e cuidar para que sua intimidade seja preservada, uma vez que os pacientes relatam se sentir sozinhos, amedrontados pela presença de equipamentos desconhecidos, profissionais usando máscaras e uniformes, gerando um sentimento de desconexão com o profissional. Além disso, a empatia também é colocada como essencial para o processo de humanização. Ao sermos empáticos, colocamos nos no lugar do outro, tratando-o como gostaríamos de sermos tratados e dando abertura para que o paciente expresse seus sentimentos. Um dos obstáculos relatados pelos participantes deste estudo foi a falta de tempo para realização de um cuidado humanizado, já que as rotinas são exaustivas e as atividades burocráticas tomam um tempo considerável do período de trabalho.

No contexto cirúrgico, é importante prestar cuidados não só ao paciente, como também aos seus acompanhantes. A interação dos profissionais de saúde com pacientes e familiares minimiza angústias, medos, ansiedade e insegurança frente à operação, oferecendo conforto e segurança (CAVERZAN *et al.*, 2017). No caso do acompanhante da mulher submetida à cesariana, que é um dos poucos casos em que é permitida a presença de acompanhante durante

uma cirurgia, a presença deste se torna ainda mais essencial, tendo em vista a vivência do momento familiar do nascimento.

Entretanto, apesar da Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005) estar em vigor há 13 anos, alguns profissionais ainda apresentam resistência em aceitar a presença do acompanhante na sala cirúrgica, sob as afirmações de que este local é inadequado para recebê-lo pois a cesárea trata-se de uma cirurgia de grande porte e os acompanhantes não estão acostumados com as condutas desenvolvidas, podendo vir a aumentar os riscos já inerentes à cirurgia. Os acompanhantes, na grande maioria os pais dos bebês, sentem-se insatisfeitos e excluídos por não terem participado do momento do nascimento. Torna-se, enfim, necessária a sensibilização dos profissionais sobre esta prática que é benéfica para a mãe e o recém-nascido (ALMEIDA *et al.*, 2018).

3.3 RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A relação de poder entre os profissionais de saúde advém do histórico das profissões e do desenvolvimento da instituição hospitalar. Segundo Foucault (2017), os mecanismos disciplinares como a distribuição espacial (arrumação do lugar para que sua eficácia seja máxima), vigilância perpétua e constante dos indivíduos e registro contínuo de atividades foram introduzidas, a partir do exército, no ainda confuso espaço hospitalar. A partir de uma mudança também do papel do médico, que passa de um médico particular chamado somente em casos de extrema necessidade para o organizador da instituição hospitalar, este profissional aparece como sendo detentor do saber neste local.

Estando no controle do hospital, o médico é o centro das atenções e delega o controle de certas funções a outros trabalhadores de saúde, porém, mantendo a vigília sobre quem o está realizando. A enfermagem, por ser originária de uma assistência religiosa e de caridade, é vista como facilmente docilizável, na figura do anjo branco, caridoso e bondoso, que somente mais recentemente vem tomando seu lugar no hospital e nas práticas de saúde como um todo, promovendo um cuidado humanístico e resolutivo, a despeito do valorizado saber médico (ZAGONEL, 1996).

Em um estudo de Costa e Martins (2011), identificou-se que o poder de coerção médica possui uma capacidade de predição significativa de estresse entre técnicos de enfermagem, e que estes profissionais reconhecem a legitimidade deste poder por conta do conhecimento específico dos médicos. O poder médico também é denominado de poder

carismático, por serem detentores do saber de poder curar doenças, salvar vidas, e baseados na competência técnica, o que permite a estes profissionais se oporem às decisões e regras da administração e defenderem os privilégios de sua categoria profissional dentro do hospital (CECÍLIO, 1999).

Uma das consequências das relações de poder entre os profissionais da saúde é o sofrimento moral, que é um desequilíbrio psicológico decorrente da incapacidade de adotar atitudes e comportamentos considerados corretos de acordo com seu julgamento moral e profissional, por conta de obstáculos que dificultam ou negam suas ações, sofrimento decorrente da incoerência entre suas ações e suas convicções profissionais e pessoais (RENNO; BRITO; RAMOS, 2015). Neste sentido, Barlem e colaboradores (2013) mostram que durante a prática profissional, trabalhadores da enfermagem podem tender ao imobilismo e ao conformismo por tentarem evitar confrontos diretos com os profissionais que detém o poder. Porém, ao passo em que onde há poder, há resistência, estes profissionais também exercem o poder e se organizam coletivamente em busca de empoderamento. Ao que parece, é menos custoso acatar as ordens e regras da instituição e de outros profissionais do que enfrentá-los e desafiar o poder dominante.

Situações onde o profissional de enfermagem se opõe, se coloca perante outros profissionais ou até mesmo se nega a determinada ação, mostram que não existe relação de poder sem a possibilidade de resistência, fuga ou escapatória. Os profissionais que buscam construir formas de resistência ou de mudanças de realidade acreditam que é possível haver mudança nas relações de poder (BARLEM *et al.*, 2013), o que torna estas relações extremamente complexas e impossíveis de serem analisadas a partir de um único prisma.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO¹

Segundo Silva e Arruda (1993), é impossível abrangermos a realidade do fenômeno que nos cerca em sua totalidade, uma vez que o mundo é complexo e seria muito pretensioso almejar abordá-la em um trabalho desta natureza. Portanto, para a ciência poder estudar e trabalhar suas nuances, é necessário que lancemos mão de paradigmas que nos permitam conhecer o fenômeno a partir de uma perspectiva específica.

O referencial teórico de uma pesquisa científica serve a este propósito, uma vez que pode ser considerado um mapa que guiará o viajante - no caso, a pesquisadora -, sendo importante para o desenvolvimento de todos os tipos de pesquisa científica (TRENTINI; PAIM, 2004). Portanto, o referencial teórico pode ser interpretado como os “óculos” que utilizamos para nos debruçarmos sobre os dados e interpretá-los. Levando-se em conta a problematização já apresentada neste estudo, é de suma importância deixar claro sob qual visão os dados desta pesquisa foram analisados ao longo da trajetória metodológica. Sendo assim, o referencial teórico-filosófico escolhido para o presente estudo foram os estudos do filósofo francês Michel Foucault.

Diversos aspectos deste estudo, como a delimitação do tema de pesquisa, a definição da questão de pesquisa, bem como o local de estudo (instituição hospitalar), fizeram com que os estudos e abordagens de Foucault fossem escolhidos como o referencial teórico-filosófico desta pesquisa. Foram adotados, especialmente, seus estudos sobre a concepção de poder e suas relações, sobre a formação da instituição hospitalar e sua abordagem do discurso. Acreditamos que este seja o referencial teórico mais abrangente e que permitirá uma análise profunda das relações sociais existentes na sala operatória de uma maternidade e como elas impactam as práticas de saúde.

Nos dias de hoje, a concepção de poder, discurso e as relações de poder-saber das quais falou Foucault são muito claras, ao ponto que se tornou quase impossível aos pesquisadores da área da saúde deixarem totalmente de lado este conhecimento. Porém, este grande filósofo contemporâneo esteve muito à frente de seu tempo, construindo novos conceitos a partir do que nos parecia óbvio e renovando profundamente diversas áreas do conhecimento. As disciplinas outrora separadas, como medicina, história e direito, passam a ser vistas como integradas, co-

¹ O aprofundamento do referencial teórico-filosófico foi realizado através de Mobilidade Acadêmica na *Université Paris Descartes* (Paris, França), no *Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Legale*, sob supervisão da Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Peçanha.

dependentes umas das outras. Não à toa, os projetos e trabalhos multiprofissionais são muito valorizados atualmente: Foucault foi capaz de mostrar-nos a importância da transversalidade das ciências e de novas formas de pensar, tirando-nos de nossas caixas disciplinares.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento na obra de Foucault, este capítulo tem como subtemas: Breve biografia de Michel Foucault; Arqueologia e Genealogia Foucaultiana; O Poder à Luz de Foucault; A Formação da Instituição Hospitalar; e, Biopoder: Poder disciplinar e Biopolítica.

4.1 BREVE BIOGRAFIA DE MICHEL FOUCAULT

Nascido em 15 de outubro 1926 na cidade de Poitiers, cidade provinciana no sudoeste da França, Paul-Michel Foucault foi um filósofo, historiador, psicólogo e professor, dos mais importantes da modernidade. Filho do médico Paul-Michel e de Anne Malapert, vem de uma família rica onde seus dois avôs eram cirurgiões. O casal teve três filhos: Francine, a mais velha, Paul-Michel e Denys. A família ia à missa todos os domingos mas, segundo Michel Foucault, era uma família anticlerical, onde os assuntos religiosos não ocupavam as preocupações (ERIBON, 1990).

Foucault entrou na escola antes da idade legal permitida, aos 4 anos, pois sua mãe pediu que ele não fosse separado de Francine. Sempre obteve boas notas e recebia prêmios no final do ano escolar. Desaponta o pai quando decide não seguir o caminho da medicina após o término dos estudos secundários, enquanto sua mãe argumenta com ele: “Por favor, não insista. O menino é esforçado, deve fazer o que deseja”. Assim, após três anos de estudos preparatórios, Foucault é admitido na Escola Normal Superior da França (ERIBON, 1990).

Os anos na Escola Normal Superior foram muito difíceis para Foucault, que era muito solitário, arisco, com relações complicadas e conflituosas com os demais. Briga com os colegas, profere apelidos ofensivos, vive rindo e demonstra agressividade, sendo prontamente detestado e tido como maluco. Uma das questões centrais da vida de Foucault, que certamente transparece em seus trabalhos, é a sexualidade. Devido a sua orientação sexual, enfrentou a vergonha de si e dificuldades de adaptação na cidade, em um contexto onde os homossexuais eram tidos como aberração. Tentou o suicídio em 1948 e recebeu atendimento psiquiátrico e psicológico. Estima-se que vem daí o seu interesse pela psiquiatria e psicanálise, como forma também de aprofundar os estudos sobre si mesmo (ERIBON, 1990).

Em 1950, Foucault filia-se ao Partido Comunista Francês, do qual se desvinculará em 1955. Foucault formou-se em filosofia, história e psicologia na Escola Normal Superior da França. Após, em 1955, parte para Uppsala – Suécia, onde passa três anos lecionando. Mora também em outras cidades europeias: é diplomata em Varsóvia – Polônia, diretor do Instituto Francês de Hamburgo – Alemanha, e realiza conferências em universidades de todo o mundo (ERIBON, 1990). Volta para a França em 1960, tornando-se diretor do Instituto de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade Clermont-Ferrand até 1966. De 1966 a 1968, lecionou em Túnis – Tunísia, retornando a Paris em seguida.

Em abril 1970, Foucault foi eleito professor titular do *Collège de France*, sendo responsável pela cátedra recém-criada denominada História dos Sistemas de Pensamento. Proferiu sua aula inaugural aos 43 anos, em 2 de dezembro de 1970, em um curso que ocorria todas nas quartas-feiras, do início de janeiro ao fim de março (FOUCAULT, 1999). Ele ocupa esta cadeira após o falecimento de Jean Hyppolite, que foi seu professor na Escola Normal Superior da França e na Sorbonne, sendo seu orientador na realização da tese complementar Antropologia (ARAÚJO, 2017).

Até aquele ano, Foucault já havia publicado as obras História da Loucura (1961, sua primeira obra de relevância), O Nascimento da Clínica (1963), As palavras e as Coisas (1966), e A Arqueologia do Saber (1969). Estas quatro obras formam o eixo arqueológico (ou primeira fase) de sua obra. A segunda fase de Foucault é denominada de eixo genealógico e abrange as obras Vigiar e Punir (1975) e A Vontade de Saber (1976, primeiro volume de História da Sexualidade). A terceira fase de Foucault, ou eixo da ética, engloba as obras O Uso dos Prazeres e O Cuidado de Si (respectivamente, volumes II e III da História da Sexualidade). Os estudos sobre suas obras consideram que “eixo” seria uma palavra mais cabível que “fase”, pois esta dá a ideia de que ele havia mudado sua linha de pensamento, o que realmente não aconteceu.

Michel Foucault lecionou no *Collège de France* até seu falecimento, na tarde de 25 de junho de 1984. No início do mês, havia sido internado por conta de manifestações neurológicas que vieram a confirmar um estado septicêmico devido ao HIV/AIDS. Estima-se que Foucault não sabia da doença que o afligia; porém, no início de 1984, ligou para o amigo Georges Dumézil e revelou: “Acho que estou com AIDS...”, como se não quisesse admitir a doença aos demais amigos que o rodeavam e se preocupavam com seu estado de saúde (ERIBON, 1990, p. 305).

Durante seus últimos meses de vida, já debilitado por conta do curso natural da AIDS, que lhe causava quadros de febre e tosse, Foucault finalizou os volumes II e III da História da

Sexualidade (O Uso dos Prazeres e O Cuidado de Si). Deixou o último volume, Os Prazeres da Carne, em forma de manuscrito. Este último livro foi publicado somente em 2017, pois Foucault chegou a manifestar em vida o desejo de que “não houvesse publicação póstuma” (ERIBON, 1990, p. 303).

Foucault e sua obra tiveram um grande impacto em diversas áreas do conhecimento, principalmente na filosofia. Segundo Margareth Rago, para Foucault, a filosofia é um modo de vida, um conhecimento que deve ser praticado, que se pauta nas práticas e que “sacode as evidências”, problematizando o que é comum. Assim, Foucault torna visível o que é visível e desfamiliariza o que é tão óbvio, tão básico (RAGO, 2019).

Desta forma, este grande filósofo moderno procurou novos caminhos para se pensar a realidade, sendo o principal crítico do poder e deslocando verdades e certezas enraizadas. É um dos estudiosos sobre os quais pesquisadores de diversas áreas mais se debruçam com o objetivo de compreender e aprofundar seus trabalhos. Conhecer um pouco de sua biografia nos ajuda a compreender de onde ele veio e qual o pano de fundo de seus pensamentos.

4.2 ARQUEOLOGIA E GENEALOGIA FOUCAULTIANA

Foucault entende arqueologia como o “desvelamento da circunstância histórica que faz necessária certa forma de pensamento” (THIRY-CHERQUES, 2010). Sendo assim, Foucault procura demarcar que a arqueologia não se trata da história factual (uma vez que não está focada em acontecimentos específicos ou demarcações históricas), nem de história das ciências ou história das ideias. A arqueologia busca explorar as formas de racionalidade que o sujeito aplica em si mesmo, as condições filosóficas, políticas, econômicas, institucionais, entre outras, que permitem o aparecimento de certos saberes e discursos.

A arqueologia se difere da história da ciência pois não está interessada em saberes científicos, e sim nos saberes que transcendem e englobam também o que é científico em determinada época, ou seja, o que confere condições e é terreno fértil para o desenvolvimento um determinado saber científico. Foucault também demarcou as diferenças entre a arqueologia e a história das ideias: 1) a arqueologia busca definir os discursos enquanto práticas que obedecem a regras; 2) não objetiva encontrar a transição entre um discurso e outro, mas sim analisar diferencialmente as modalidades de discurso; 3) pretende mostrar como a história, processos econômicos e sociais podem dar condições para o aparecimento de certos discursos, e 4) não busca encontrar o que foi pensado, desejado, almejado pelos sujeitos no instante em

que proferiam o discurso, não tenta repetir o que foi dito, reencontrando-o em sua própria identidade (FOUCAULT, 2008).

No livro *A História da Loucura* (1961), Foucault não se limitou a disciplina alguma para estudar e procurar destrinchar como a psiquiatria nasceu e se solidificou enquanto ciência. Para isto, o autor desenvolveu a metodologia de não seguir a história de forma linear, como numa busca incessante por percursos de algo, e sim procurou analisar ciência e pré-ciência sem julgamentos prévios, adentrando ao campo da relação entre os saberes e considerando que todos são válidos, sem que haja um saber posterior e superior ao qual se deve reverenciar a verdade absoluta.

Foucault traçou uma possível história para a loucura. Foucault não traçou uma história da psiquiatria, que era quem aparentemente se encarregava do estudo do louco até então. É comum atribuímos a determinada área da ciência (no caso, a psiquiatria) toda a detenção do conhecimento sobre algum assunto (no caso, a loucura), mas Foucault foi além disto e buscou conhecer a história da loucura em si, do saber sobre o louco. Buscou formas de saber comum, o conhecimento empírico. Além de não se prender à psiquiatria, Foucault também buscou analisar espaços físicos, institucionais, que abrigavam os loucos e tinham como objetivo o controle da loucura, como os manicômios, e também as instâncias sociais como Igreja, família, política e justiça, sem ignorar as causas econômicas e sociais das modificações institucionais.

Em *O Nascimento da Clínica* (1963), Foucault descreve como o desenvolvimento da Biologia foi essencial para que houvesse uma ruptura entre medicina clássica e medicina moderna. Enquanto a medicina clássica estaria fundada na história natural, a medicina moderna teria se desenvolvido a partir de questões anátomo-clínicas, gerando rompimentos que impedem a conversação entre as mesmas, já que os objetos, conceitos e métodos mudaram. Em seu estudo, Foucault articulou os saberes com questões extra discursivas, como instituições (hospital, família, escola) e transformações sociais.

O livro *As Palavras e as Coisas* (1966) tem como objetivo “aprofundar e generalizar inter-relações conceituais capazes de situar os saberes constitutivos das ciências humanas, sem pretender articular as formações discursivas com as práticas sociais” (FOUCAULT, 2017, p. 10). Assim, a análise arqueológica objetivava estudar a relação entre os saberes, e não entre estes e as estruturas econômicas e políticas. Estes três livros, portanto, possuíam homogeneidade de instrumentos metodológicos, como “o conceito de saber, o estabelecimento das discontinuidades, os critérios para a datação de períodos e suas regras de transformação, o

projeto de inter-relações conceituais, a crítica da ideia de progresso em história das ciências, etc” (FOUCAULT, 2017, p. 10).

Até então, Foucault havia centrado seus estudos em *como* os saberes apareciam, se transformavam e se relacionavam. A partir de então, seus estudos passaram a questionar o *porquê* destes saberes, levando em conta condições externas que possibilitassem o seu aparecimento, como a formação das pessoas e suas crenças. A partir dos livros *Vigiar e Punir* (1975) e *A Vontade de Saber* (1976, primeiro volume da *História da Sexualidade*), foram feitas análises históricas do poder como instrumento para explicar a produção dos saberes.

A segunda fase de Foucault é denominada de eixo genealógico e abrange as obras *Vigiar e Punir* (1975) e *A Vontade de Saber* (1976, primeiro volume de *História da Sexualidade*). A genealogia não substitui a arqueologia, e sim adiciona na análise as relações de poder que corroboram os discursos e os saberes. Considerando o saber como um discurso, pode-se dizer que a genealogia agrega a análise não-discursiva – a das relações entre saber e poder – à análise discursiva. Isto ampliou o campo de investigação, analisando o saber em termos de estratégia e práticas de poder (CASTRO, 2004). Foucault considerou que as relações de poder permeiam os saberes, transformando-os em verdade quase absoluta para determinada época e local. Para isto, escolheu analisar temas como a sexualidade, doenças, instituições prisionais e hospitalares, dentre outros (GONÇALVES, 2012). Em *Microfísica do Poder*, Foucault deixa claro as diferenças entre os dois eixos:

A genealogia seria portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico. A reativação dos saberes locais – menores, diria talvez Deleuze – contra a hierarquização científica do conhecimento e seus efeitos intrínsecos de poder, eis o projeto dessas genealogias desordenadas e fragmentárias. Enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade. Isto para situar o projeto geral (FOUCAULT, 2017, p. 269).

A terceira fase de Foucault, ou eixo da ética, engloba as obras *O Uso dos Prazeres e O Cuidado de Si* (respectivamente, volumes II e III da *História da Sexualidade*). Diferentemente dos outros eixos, este não traz uma mudança de método. A partir de então, Foucault continua utilizando a genealogia como método de análise. Trata-se do domínio da subjetividade, de “como nos constituímos como sujeitos de ação moral sobre nós mesmos” (GONÇALVES, 2012). Em suas palavras:

Enfim, em terceiro lugar, tratava-se de analisar o eixo de constituição do modo de ser do sujeito. E aí o deslocamento consistiu em que em vez de se referir a uma teoria do sujeito, pareceu-me que seria preciso tentar analisar as diferentes formas pelas quais o indivíduo é levado a se constituir como sujeito. E, tomando o exemplo do comportamento sexual e da história moral sexual, procurei ver como e através de que formas concretas de relação consigo o indivíduo havia sido chamado a se constituir como sujeito moral da conduta sexual (FOUCAULT, 2010, p. 6).

Posto isto, Foucault busca responder de onde vem as práticas que constituem o sujeito moderno, o que levou-o a uma analítica do poder. Por que e como nós somos o que somos, atualmente? Seu foco de estudo é o sujeito, mas para alcançar seu objetivo de análise, também estudou o poder e como se articulam as relações de poder. Considera-se que Foucault é o filósofo da descontinuidade, pois ele lançou um olhar diferenciado sobre tudo que já estava posto como normal e óbvio. Havia, até então, uma ideia de que a história fosse contínua, de que o homem moderno fosse a “evolução” ou o extremo de uma linha traçada de nós até os gregos. Foucault mostra que isto não é verdade: nós não somos os gregos, nem os romanos, nem a “evolução” inevitável de outra civilização, e sim que nos tornamos o que somos devido a redes de poder que penetram em todos os âmbitos de nossas vidas.

4.3 O PODER À LUZ DE FOUCAULT

Uma das questões importantes acerca da genealogia do poder de Foucault é que o mesmo não descreveu uma teoria geral do poder. Isso quer dizer que o autor não considera que o poder seja uma realidade dotada de natureza, mas uma prática social construída historicamente, não havendo uma forma ímpar de poder, mas formas “dísparas, heterogêneas, em constante transformação” (FOUCAULT, 2017, p. 12).

No livro *Vigiar e Punir* (1975), Foucault mostra que o poder soberano, que é exercido repressiva e violentamente por um indivíduo sobre outro, não é mais eficaz diante das relações sociais, econômicas e políticas no Ocidente, desde o final do século XVI. O poder do rei, que até então era exercido com repressões públicas violentas (por exemplo, execuções), não surtia mais o efeito de coibir atos criminosos e promover a ordem social e política. Pelo contrário: neste contexto, a rebelião e revolta popular contra o rei torna-se ainda mais intensa. Sendo assim, o poder soberano entra em declínio e cede lugar ao poder como uma rede de relações que vão desde o âmbito pessoal (incluindo nossa relação conosco mesmos) até relações sociais, políticas e econômicas entre indivíduos, grupos, comunidades, e alcançando instituições e

estruturas. Por serem dinâmicas, relacionais, onipresentes, horizontais e fluídas, as relações de poder, segundo Foucault, são mais difíceis de serem identificadas e contrariadas quando comparadas ao clássico poder soberano, exercido verticalmente (FOUCAULT, 2017; TAYLOR, 2018).

Sendo assim, segundo Foucault, para o exercício do poder é necessário que haja também o exercício da liberdade. Assim, o poder na sociedade moderna ocidental não obriga os indivíduos a efetivamente fazerem alguma coisa através de atos coercitivos de violência, mas molda seus comportamentos através de intimidação, irritação, pressão social, econômica ou política, obrigando-os a fazerem algo ou assumirem determinada posição sob a falácia de que estariam decidindo meramente por si só. Para Foucault, a relação de poder tem origem numa relação desequilibrada entre dois sujeitos, quando um se permite sofrer a ação promovida por outro (FOUCAULT, 2017).

Para Foucault, é impossível conceber a ideia de relação de poder sem resistência. De um lado, há a vontade de impor algo, e de outro, a vontade de resistir, e estas forças podem ser visíveis ou invisíveis, fracas ou fortes, com uso de violência ou não (FOUCAULT, 2017). Uma vez que na instituição hospitalar existem relações sociais, e que estas implicam em relações de poder, é viável dizer que há também movimentos de resistência neste local. Alguns críticos disseram que, ao colocar o poder em todas as partes, Foucault excluiu qualquer possibilidade de resistência, ao que o autor respondeu

É o contrário! Quero dizer que as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência (FOUCAULT, 2006, p. 232).

A partir de estudos sobre a formação histórica das sociedades capitalistas, passando pelo nascimento da instituição carcerária e a sexualidade, Foucault diz que não há uma ligação direta e necessária entre Estado e poder. Isto já aparecia em estudos anteriores, onde ele analisou instituições (escola, hospital, prisão) e relatou as articulações entre poderes locais e específicos, fechados em uma pequena área de atuação, como a medicina e a psiquiatria nos manicômios, que não necessariamente envolvem o poder aparentemente central e exclusivo do Estado. Nestes locais, outros saberes reinam e deslocam a ideia de poder unicamente advindo do Estado, ficando evidente “a existência de formas de exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive a sua sustentação e atuação

eficaz” (FOUCAULT, 2017, p. 13). Isto pode ser exemplificado com os trabalhos da psiquiatra Nise da Silveira, que olhava de outra forma para os pacientes internados em manicômios. Ela era contra as formas violentas de tratamento, como lobotomia e eletrochoques, e contra os confinamentos nos hospitais psiquiátricos, e defendia a promoção da saúde dos pacientes através da terapia ocupacional. Por conta disso, foi muito criticada e boicotada pelos psiquiatras que trabalhavam na mesma instituição, o que mostra que o exercício do poder está além das mãos do Estado.

A análise de Foucault sobre os aspectos do poder é diferente inclusive da terminologia utilizada comumente, que considera situações centrais/periféricas e poderes a nível macro/micro. Foucault distinguiu como as transformações do Estado e do regime político ganham corpo ao se difundirem até os níveis regionais e locais de forma concreta; por meio de políticas e procedimentos que podem ser consideradas como técnicas de dominação.

O importante é que essa relativa independência ou autonomia da periferia com relação ao centro significa que as transformações ao nível capilar, minúsculo, do poder não estão necessariamente ligadas às mudanças ocorridas no âmbito do Estado (FOUCAULT, 2017, p. 15).

Isto nos remete a ideia de que existem setores da sociedade e instituições que exercem poder sobre a população ou até mesmo sobre outras instituições sem que haja influência direta do Estado. Como exemplo, tem-se o poder patriarcal que impera em diversas sociedades, independente do tipo de governo e de Estado – esta rede de práticas de poder do homem sobre a mulher é anterior a existência do Estado e não dependem somente deste para se sustentar. Aliás, a rede de poderes em que o Estado está incluído é muito mais ampla, indo além, de forma que mesmo com a sua destruição, esta rede sólida de poderes continuaria imperando em uma sociedade. Portanto, existe uma permanência no poder do Estado.

A metodologia de análise das relações de poder de Foucault é considerada ascendente, pois parte das especificidades das questões levantadas e busca conhecer primeiramente os “mecanismos e técnicas infinitesimais de poder que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes – sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura, etc.” (FOUCAULT, 2017, p. 16). Então, o poder entra no campo de poder atribuído ao Estado. Sendo assim, seu objetivo não foi eximir o Estado da análise, mas sim partir do pressuposto que nem todo o poder está a ele subordinado, que a rede de poderes vigente na sociedade não é um prolongamento dos poderes estatais, mas sim que o poder tem existência própria e formas específicas em seus níveis mais elementares.

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a ideia de que existe, em um determinado lugar, ou emanando de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos. Na realidade, o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado (FOUCAULT, 2017, p. 369).

Sendo assim, as relações de poder se articulam, ora com ganhos, ora com perdas, com forças de resistência, levando em conta a multiplicidade das forças envolvidas e a ideia de que os pontos de poder/resistência são transitórios.

Em sua obra, Foucault mostra que o poder não impera sempre a partir do Estado e de ações de dominar e reprimir. É falso, portanto, definir o poder como algo sempre negativo, que pune, condena (como ao nível do direito, por exemplo), oprime e é violento. O poder pode se dar da forma mais sutil e até mesmo doce possível. A eficácia produtiva do poder teria como alvo, então, o corpo humano com o objetivo de aprimorá-lo – e isto está ligado a noção de biopoder que Foucault descreverá mais adiante em seu trabalho.

Por sua vez, o conceito de disciplina (ou poder disciplinar) também se faz importante para o desenvolvimento desta presente pesquisa. Partindo da história da penalidade, em *Vigiar e Punir*, Foucault identificou uma relação específica de poder que incidia sobre os enclausurados, como uma tecnologia própria de controle. Esta tecnologia não era exclusiva da prisão, ao passo em que também foi encontrada em outras instituições: a escola, a fábrica, o *hospital*; tornando-se a principal fórmula geral de dominação no decorrer dos séculos XVII e XVIII. As principais características da disciplina são a organização do espaço, o controle do tempo, que vai estabelecer uma sujeição do corpo ao tempo para o seu máximo aproveitamento; e a vigilância (FOUCAULT, 2017).

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. [A mecânica do poder] define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Ao primeiro olhar, parece exagero falar que os profissionais da saúde que atuam em hospitais passam por um processo de docilização, sujeição, confinamento. Porém, basta

observarmos para percebermos que a cirurgia cesareana, por exemplo, parece um balé: corpos que dançam pela sala cirúrgica realizando suas funções com o máximo de eficácia, sem atropelos nem atrasos. Também é possível enxergar as características de vigilância e do registro contínuo do conhecimento neste ambiente. Vigilância pois os olhos sempre devem estar atentos a qualquer sinal de descontinuidade do processo, e registro pois tudo o que fazem é devidamente anotado, assinado e carimbado, para que assim possuam validade.

É um equívoco, também, imaginarmos que o poder vindo do capitalismo é o responsável por criar nossas individualidades, como se antes já não houvessem outras instituições responsáveis por isto. Há uma falsa ideia de que o poder capitalista descaracteriza o que antes eram desejos, sonhos, hábitos, comportamentos; como se antes tudo isso estivesse isento de qualquer forma de poder (FOUCAULT, 2017).

Foucault considera tanto a ciência quanto a ideologia nas suas análises, mas considera pertinente distingui-las. Ele não considera que a ciência signifique um conhecimento:

Em que o sujeito vence as limitações de suas condições particulares de existência instalando-se na neutralidade objetiva do universo, e da ideologia um conhecimento em que o sujeito tem sua relação com a verdade perturbada, obscurecida, velada pelas condições de existência. Todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber (FOUCAULT, 2017, p. 28).

Sendo assim, os sujeitos que participam da ciência não podem ser isentos de ideologias. Os conhecimentos existem a partir de condições dentro das quais se formem o sujeito e o domínio do saber. “Não há saber neutro, todo saber é político”: acredito que esta seja uma das grandes e principais afirmações deste texto. É impossível desatar o nó que une o saber ao poder, pois o saber é necessário para a manutenção de poder. Assim, o hospital é considerado não só um local de cura, como também uma forma organizada de produzir, acumular e transmitir o saber. Deter o saber é deter o poder da instituição hospitalar, e isto está intimamente relacionado a de que forma o hospital passa a existir e ser organizado.

4.4 A FORMAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Por ser o local de estudo desta pesquisa, faz-se necessário que conheçamos a história da formação da instituição hospitalar pela ótica de Foucault: o aparecimento do hospital enquanto uma tecnologia médica. O capítulo O Nascimento do Hospital, de Microfísica do

Poder, dá-nos uma breve noção de como se deu a concepção do hospital, inicialmente na Europa e, após, espalhando-se como modelo por todo o mundo.

A instituição hospitalar passou por diversas mudanças até se tornar o que conhecemos atualmente por hospital. O hospital da Europa não era um espaço de cura, mas sim algo como um depósito de corpos, um morredouro. As pessoas que lá trabalhavam, majoritariamente por caridade, visavam a sua própria salvação, e não a cura dos doentes. Era uma instituição de assistência, separação e exclusão da sociedade. O médico só era chamado em casos extremos. O hospital era, essencialmente, um espaço de transformação espiritual e de assistência aos pobres no século XVIII (FOUCAULT, 2017).

O inglês Howard e o francês Tenon realizaram visitas aos hospitais da Europa com o objetivo de observá-los sistematicamente e comparar os hospitais. São feitas observações sobre a arquitetura, (observações realizadas por médicos e não mais por arquitetos) e descrições funcionais, como o número de doentes, relação entre este e o número de leitos e a área útil do hospital, extensão e altura das salas, taxas de mortalidade e cura. É realizada uma pesquisa das relações entre fenômenos patológicos e o espaço, indicando as vizinhanças que seriam “perigosas” para cada tipo de doença, os melhores hospitais para cada tipo, a noção de que pacientes com febre interferem na cura de feridos, e que parturientes não devem ser colocadas logo acima de feridos pois a taxa de mortalidade dessas aumentavam (FOUCAULT, 2017).

Até os séculos XVII e XVIII, a medicina era essencialmente individualista. Sua formação se dava com médicos mais velhos, e estes estudantes/aspirante a médico não tinham aulas e nem trabalhavam no hospital. O médico observava a doença e o doente, em momentos de crise, e pode-se dizer que ocorria um jogo entre doença, natureza e o médico. O médico tomava o lado da natureza, tentando combater a doença. Era uma medicina individualista.

Vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia a intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII (FOUCAULT, 2017, p. 176).

Os primeiros hospitais a serem medicalizados foram os hospitais militares. Era preciso livrar o hospital de efeitos nocivos, purificá-lo das doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas, e também livrá-lo da desordem econômico-social. O ponto de partida da reforma hospitalar, com a instituição do primeiro regulamento de hospital no século XVII, foi o hospital marítimo, considerado um local de desordem econômica. Além disso, o preço dos homens ficou cada vez mais elevado devido a sua formação. Com o aparecimento do fuzil, era necessário

muito mais tempo de formação para que se tivessem soldados aptos, portanto seu “valor agregado” aumentou, seu “preço” se elevou.

Assim, o hospital foi reorganizado a partir da técnica de exercício de poder chamada disciplina, como descrita anteriormente, e o poder disciplinar é confiado ao médico. A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital possibilita o seu processo de medicalização.

Segundo Foucault (2017), o hospital teve um duplo nascimento: através das técnicas de poder disciplinar, e através da intervenção sobre o meio. Isto confere ao hospital as características de: 1) Não poder mais estar localizado em uma região fria e sombria da cidade, em meio à confusão, devendo ser ajustado ao esquadramento sanitário da cidade. Internamente, o hospital deve ser organizado com espaços individuais para cada doente, com leitos definidos e individuais, com ampla circulação e controle do ar. O hospital passa a ser um meio de intervenção sobre o doente, e seu espaço possui interferência sobre o processo de cura. 2) O médico passa a ser o detentor do poder dentro do hospital, transformando o sistema de poder vigente até meados do século XVIII. Até então, o poder era detido pelos religiosos e leigos. O médico passa a frequentar o hospital cada vez mais e ser responsável pela administração. 3) Organização de um sistema de registro permanente e exaustivo. Interessantemente, esse aspecto trouxe um outro que lembra o desenvolvimento da medicina baseada em evidências:

Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos confrontarem suas experiências e seus registros – ao menos uma vez por mês, segundo o regulamento do Hôtel-Dieu de 1785 – para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra (FOUCAULT, 2017, p. 188).

Todos esses aspectos permitiram a formação de um saber médico que imperava (e ainda impera) dentro dos hospitais. A partir de então, passa a ser obrigatório os médicos passarem pelo hospital durante sua formação. Os fatos e a história apresentam-se quase que surpreendentes neste capítulo. Muitas coisas que vemos hoje em dia passam a fazer sentido quando consideramos a historicidade do processo de formação do hospital. É um capítulo extremamente importante para compreender como a instituição hospitalar se articula até hoje, mantendo suas características mais básicas.

4.5 BIOPODER: PODER DISCIPLINAR E BIOPOLÍTICA

O conceito de biopolítica é utilizado pela primeira vez por Foucault em uma série de conferências no Rio de Janeiro, acerca da medicina social, em 1974. Por vezes, em sua obra e em outros trabalhos de diversas áreas, os conceitos de biopoder e biopolítica são utilizados como sinônimos. Isto ocorre porque a biopolítica começa a ser considerada como mais influente do que o poder disciplinar a partir do século XX, devido a mudanças profundas na organização das sociedades. Mesmo assim, ainda podemos identificar muitos dos traços da disciplina no conceito de biopoder, principalmente levando-se em consideração o ambiente hospitalar. Portanto, os conceitos de biopoder e biopolítica são diferenciados neste trabalho, considerando que o biopoder é um conceito mais amplo e que abarca o poder disciplinar e a biopolítica (FAHRI NETO, 2008; GONÇALVES, 2012).

Segundo Foucault (2005), enquanto a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens e dos corpos a nível individual através da vigilância, treinamento e punição, esta nova tecnologia – a biopolítica – se dirige à multiplicidade no que diz respeito à massa global, que é afetada por processos próprios da vida, como o nascer, o adoecer, o morrer. Este poder está em direção não ao homem-corpo, mas ao homem-espécie, sendo um poder massificante e não mais individualizante. O poder disciplinar é centrado no corpo, produz efeitos individualizantes, controla o corpo através de forças docilizantes. De outro lado, a biopolítica agrupa os efeitos de massa da população, buscando controlar (ou, até mesmo, modificar) os efeitos fortuitos ou nocivos que podem lhe ocorrer como um todo, prezando pelo equilíbrio global. Ambas são consideradas tecnologias do corpo, mas em uma delas o corpo é individualizado como um organismo dotado de capacidades, enquanto na outra os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto. Sendo assim, de acordo com Foucault, o mecanismo disciplinar e o mecanismo regulamentador (biopolítica) não estão no mesmo nível, o que lhes permite poderem se articular um com o outro.

Ao longo dos trabalhos de Foucault, principalmente entre os anos 1974 e 1979, o termo biopolítica aparece na forma de cinco práticas discursivas peculiares, onde o autor faz o confronto da política com algum dos domínios da vida, que parecem ser exteriores à biopolítica, mas são intimamente ligados. São as seguintes configurações ou mecanismos: política e medicina, política e guerra/racismo, política e sexualidade, política e segurança, e política e economia. Estes apresentam cinco realidades diferentes, mas uma só forma: todas são resultantes do mesmo mecanismo formal de poder (FAHRI NETO, 2008). Levando em conta

o tema deste trabalho, serão consideradas principalmente as intersecções entre política e medicina, e política e segurança.

No século XIX, o saber técnico da medicina passa a ter uma importância considerável, pois estabelece o vínculo entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos. Passa a ser, então, uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. É possível observar tanto a estatização da medicina (o Estado realizando as funções da medicina), quanto a formação da autoridade do médico, com o médico adquirindo uma posição de destaque na sociedade e nas decisões, tornando-se autoridade política. Estão ligados ao poder medical os departamentos de saúde dos Estados, de obras públicas, hospitais, universidades e centros de formação técnico-medical, e também, de forma muito importante e cada vez mais presente, a indústria do diagnóstico e a indústria farmacêutica (FAHRI NETO, 2008).

“A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2005, p. 302). A partir disso, constrói-se uma ideia de “norma”, de normalização da vida, que pode ser aplicada tanto a um corpo que se deseja disciplinar, quanto a uma população que se deseja regulamentar. Segundo Foucault (2017), o poder não tem apenas a função de reprimir. Assim, o poder não impede o saber, mas sim o produz; e somente foi possível construir um saber sobre o corpo através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. A partri deste poder sobre o corpo, foi possível desenvolver um saber em relação a seus aspectos fisiológicos.

A doença, então, começa a ser vista não mais como individual, mas populacional. Aliás, o próprio conceito de população nasce neste contexto: “É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável” (FOUCAULT, 2005, p. 292). Neste sentido, faz-se fundamental o controle das epidemias e das doenças que assolam esta população, de modo a evitar a subtração de forças, diminuição do tempo de trabalho, custos de tratamento de saúde, etc. No final do século XVIII, portanto, a medicina passa a ocupar-se da higiene pública, com organismos de centralização de informações e coordenação dos tratamentos médicos, de normalização do saber, e de campanha de higiene e medicalização da população.

A biopolítica utiliza-se de um conjunto de processos que constituem os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle. Interessantemente, Foucault utiliza como exemplo o nascimento:

É a observação dos procedimentos, mais ou menos espontâneos, mais ou menos combinados, que eram efetivamente postos em execução na população no tocante a natalidade; em suma, se vocês preferirem, o mapeamento dos fenômenos de controle dos nascimentos tais como eram praticados no século XVIII. Isso foi também o esboço de uma política de natalidade ou, em todo caso, de esquemas de intervenção nesses fenômenos globais da natalidade. Nessa biopolítica, não se trata simplesmente do problema da fecundidade. Trata-se também do problema da morbidade (FOUCAULT, 2005, p. 290).

Em nome de uma segurança geral da população, é aceitável que sejam realizados procedimentos com os recém-nascidos e crianças, como a vacinação, por exemplo. Isto levamos ao outro domínio da biopolítica, que é a intersecção entre política e segurança.

Sobre o aspecto da segurança, a biopolítica pode ser definida como o cuidado com a vida da população através do poder do Estado, evitando os perigos que podem ocorrer, virtualmente, com a população. É como se fosse um pacto estabelecido entre população e Estado: “deixem ser governados, o Estado tomará conta de tudo que for necessário”. A garantia de um Estado soberano e cuidador permite que este aja conforme achar necessário diante do perigo, e isso não é visto como abuso de poder ou arbitrariedade pela população que quer, acima de tudo, prezar pela sua ideia de segurança (FAHRI NETO, 2008).

As questões discutidas até aqui possuem ligação profunda com o tema de pesquisa deste projeto. Naturalmente, foi abrangida a parte da obra de Michel Foucault que oferece subsídios para a discussão dos resultados desta pesquisa. O hospital, a disciplina, o poder e o biopoder: todas estas discussões servem de referencial teórico-filosófico para a interpretação dos dados. Ainda assim, é importante ressaltar que o próprio filósofo tinha como costume rever seus escritos e encontrava-se sempre aberto a mudar de opinião – seus pensamentos não eram estáticos, marmorizados no tempo. A dinamicidade é uma das marcas mais importantes de toda a sua obra. Desta forma, torna-se um desafio analisá-la e tecer ressonâncias entre seus pensamentos e os resultados aqui apresentados, quase quarenta anos após sua morte.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, a trajetória metodológica foi realizada em duas etapas: um estudo de revisão de literatura, na modalidade de revisão integrativa, e uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, conforme descrito abaixo.

5.1 ESTUDO DE REVISÃO

A revisão integrativa é uma modalidade de revisão realizada a partir de uma análise ampla da literatura disponível sobre o tema a ser pesquisado, respondendo a um objetivo de pesquisa, e é importante para que os profissionais revejam e aprimorem sua prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento. O propósito desta modalidade de revisão de literatura é sintetizar o conhecimento e obter conclusões acerca de um tema, baseando-se em outros estudos anteriores. Para isto, é necessário percorrer etapas semelhantes aos estágios de uma pesquisa convencional, o que torna a revisão integrativa mais complexa do que a narrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para esta modalidade de revisão, foi adotado o modelo proposto por Ganong (1987) e descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), composto por 6 etapas que devem ser seguidas para que a revisão possua rigor metodológico. O protocolo para revisão integrativa da literatura encontra-se no Apêndice A.

Na primeira etapa, foi feita a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, a partir do interesse do pesquisador e de um questionamento advindo da prática clínica. Sendo assim, esta revisão de literatura buscou responder ao questionamento: quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana?

Na segunda etapa da revisão, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, bem como a busca na literatura. Esta parte é fundamental para o sucesso da revisão, devendo ser conduzida de forma transparente e criteriosa, já que a representatividade da amostra é um indicador de profundidade, qualidade e confiabilidade das análises e discussões posteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na terceira etapa da revisão, foram organizadas e sumarizadas as informações que seriam obtidas de cada artigo incluído. Assim, foi formado um banco de dados de fácil acesso e manejo, na forma de tabelas. Na quarta etapa, realizada conforme preenchimento do

instrumento de catalogação, os estudos passaram por uma análise crítica e detalhada, encontrando convergências e divergências entre os estudos no que tange às metodologias e resultados. Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional: o material obtido deve ser analisado de forma detalhada, crítica, buscando convergências e divergências entre os estudos.

Na quinta etapa, ocorreu a discussão e interpretação dos resultados levantados na etapa anterior, com o apontamento de lacunas e sugestão para novas pesquisas. Por fim, na última etapa, foi elaborado o documento com os resultados e a discussão, com a descrição das etapas que foram seguidas para obtenção das conclusões. Esta etapa produz impacto no conhecimento produzido na área da temática pesquisada, sendo necessária a divulgação dos resultados da investigação realizada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5.2 PESQUISA DE CAMPO

5.2.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. Está classificado como qualitativo pois tratam-se de dados subjetivos, uma vez que serão analisadas relações, percepções, opiniões e interpretações que os sujeitos fazem a partir de suas vivências (MINAYO, 2007). Foi escolhida uma abordagem qualitativa pois o problema de pesquisa proposto necessita ser explorado de uma forma complexa, multifacetada e detalhada, tendo como foco de estudo as perspectivas dos participantes e suas visões subjetivas, de forma que seja possível alcançar uma compreensão do fenômeno da interação entre a equipe multiprofissional no que tange à assistência ao recém-nascido.

Segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa não pode ser pensada sem a etapa do trabalho de campo, uma vez que a interação entre o pesquisador e os participantes do estudo é essencial. Desta forma, uma vez que há interação social, pode-se assumir que o campo não é transparente e que o pesquisador e os participantes interferem no conhecimento da realidade dinamicamente (MINAYO, 2007).

Uma característica importante da pesquisa qualitativa que faz com que esta seja a abordagem mais indicada para este trabalho é o fato de que, por meio da coleta de dados e da divulgação dos resultados, estamos dando oportunidade para os indivíduos da pesquisa compartilharem suas histórias e visões de mundo, para que possamos compreender seus

contextos e ambiente de trabalho. Além disto, a abordagem qualitativa é reflexível e interpretativa, permitindo que o pesquisador se posicione diante do estudo e dos resultados encontrados, deixando claras suas intenções, convicções e experiências profissionais (CRESWELL, 2014).

Este estudo classifica-se como descritivo-exploratório pois buscou uma familiarização com um tema pouco explorado, bem como descrevê-lo. A pesquisa exploratória explicita o fenômeno e possibilita a construção de hipóteses, gerando aproximação com a realidade ainda desconhecida, levando ao aperfeiçoamento de ideias e de hipóteses pré-concebidas. A pesquisa descritiva, por sua vez, descreve as características de um fenômeno ou população, contribuindo para a compreensão do fenômeno através da ampliação do conhecimento sobre uma realidade previamente explorada (GIL, 2010).

5.2.2 Local e contexto do estudo

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública do sul do Brasil, que atende somente via SUS. Esta Unidade Hospitalar é certificada como Centro de Referência Estadual na Saúde da Mulher e credenciada à IHAC, iniciativa global da OMS e do UNICEF, que tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a adoção dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno por maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012). Dispõe de Banco de Leite Humano e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), um importante serviço de promoção e proteção ao aleitamento materno, que faz parte da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.

A maternidade onde foi realizado o presente estudo é também credenciada à Rede Cegonha, estratégia instituída no SUS pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 4.459 de junho de 2011, que visa implementar uma rede de cuidados às mulheres e garantir o direito à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, o direito ao planejamento reprodutivo e o direito ao nascimento seguro e crescimento saudável das crianças (BRASIL, 2020b). Está inserida no Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON), uma iniciativa do Ministério da Saúde que busca promover a integração entre os diferentes profissionais que prestam assistência ao recém-nascido através de discussões baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização. Esta iniciativa visa à qualificação do cuidado ao parto e ao nascimento,

planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal (FIOCRUZ, 2019a).

Além disso, a maternidade também é credenciada pelo Ministério da Educação como Maternidade Escola, servindo de campo de estágio para graduandos de cursos da área da saúde de universidades públicas e privadas, cursos de nível médio como técnico de enfermagem, e também possui programa de residência médica em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia. Em 2019, a média de cesarianas por mês nesta instituição foi de 40,14% (BRASIL, 2020a).

Atualmente, o setor onde foi realizada a pesquisa conta com uma equipe de saúde de 8 enfermeiros, 33 técnicos de enfermagem (que atuam também como instrumentadores), e aproximadamente 10 ginecologistas-obstetras, 10 anestesistas, e 17 pediatras. Estes profissionais de enfermagem atuam somente neste setor, onde são realizadas as cesarianas, enquanto os demais transitam entre outras unidades da maternidade.

5.2.3 Participantes

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde que atuam neste setor: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos ginecologistas e obstetras, pediatras, anestesistas, bem como os residentes das especialidades médicas.

Para inclusão no estudo, foram considerados os profissionais da área da enfermagem (técnicos e enfermeiros), ginecologistas e obstetras, anesthesiologistas, pediatras, bem como os médicos residentes dessas áreas, que atuem no local do estudo há pelo menos um ano. Critério de exclusão: profissionais em férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta dos dados.

5.2.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas: a primeira, observacional, e a segunda, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada. Desta forma, buscou-se obter dados que possibilitassem um resultado mais fidedigno à realidade. Os dados foram coletados no período de julho de 2019 a janeiro de 2020, sendo primeiro realizada a etapa observacional e, após, a de entrevistas.

Os participantes foram selecionados levando-se em conta a disponibilidade e disposição para participar de cada etapa da pesquisa. O convite inicial foi feito pessoalmente, no ambiente da maternidade, através de conversa individual para explicação sobre os objetivos

e delineamento do estudo. É importante ressaltar que nem todos os profissionais que autorizaram serem observados durante a primeira etapa foram entrevistados na segunda, uma vez que o número de profissionais observados foi muito maior.

A observação não-participante é uma técnica que possibilita que o fenômeno seja analisado a partir de diferentes óticas, sendo uma importante ferramenta de pesquisa qualitativa. Durante a cirurgia cesariana, foram observados o ambiente físico, os participantes, suas atividades e interações. Escolheu-se realizar esta etapa antes das entrevistas para que as perguntas da mesma não condicionassem os participantes a agir de forma diferente durante a atuação profissional, evitando um viés nos dados coletados. A pesquisadora esteve presente na sala operatória como uma observadora não participante, sendo alguém externa à população de estudo e tomando notas de campo à distância, registrando os dados sem o envolvimento direto com a atividade e as pessoas (CRESWELL, 2014).

Foram acompanhadas as cirurgias cesarianas realizadas por conta das seguintes indicações: falha de progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, placenta prévia total ou parcial, cesárea iterativa, apresentação pélvica, e por desaceleração intraparto II; com a condição de maioridade legal da paciente. Foram escolhidas somente estas indicações pois, a princípio, a saúde e integridade do feto e da mãe estão preservados, não tendo sido observadas alterações que impedissem a aplicação das boas práticas obstétricas até então. Uma vez que a cesárea foi realizada pelos motivos supracitados, a cirurgia foi acompanhada até o final, ainda que ocorressem intercorrências que excluíssem a cirurgia da análise posterior. Assim, pretendeu-se evitar o viés de que a equipe perceba que não está sendo mais observada. A observação seria interrompida caso acontecessem os seguintes eventos: realização de outro tipo de anestesia além da raquianestesia (por exemplo, anestesia geral), intercorrências com a paciente (por exemplo, queda da pressão arterial, necessidade de reanimação, etc), recém-nascidos com $\text{apgar} < 7$, que apresentassem desconforto respiratório, necessidade de oxigenação ou de reanimação neonatal.

A coleta de dados da etapa observacional foi realizada por meio de um roteiro de observação, onde constavam notas descritivas e notas reflexivas (Apêndice B). As notas descritivas são compostas apenas de fatos observados, sem juízo de valor, enquanto as notas reflexivas versaram sobre impressões, experiências e interpretações da realidade observada, tendo em vista do referencial teórico-filosófico de Michel Foucault, adotado neste estudo (CRESWELL, 2014). Foram observados aspectos como o clampeamento do cordão umbilical após o nascimento, a presença do acompanhante e sua implicação no ambiente, a relação dos

profissionais de saúde entre si, a relação dos profissionais com a paciente e o recém-nascido, o contato pele-a-pele após o nascimento, a saída do recém-nascido da sala operatória, a realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido, a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, e a permanência do recém-nascido na sala de recuperação. A pesquisadora apenas acompanhou as cesarianas em que todos os profissionais envolvidos estivessem cientes da observação e tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para observação (Apêndice C), autorizando que fossem observados.

Além dos profissionais, as mulheres também foram contatadas previamente quanto a realização da coleta, sendo esclarecidos os objetivos e a ação da pesquisadora no campo. Desta forma, as mulheres também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães (Apêndice D). A pesquisadora principal se apresentou às gestantes e aos acompanhantes, explicou os objetivos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios, e tirou dúvidas relativas aos procedimentos da mesma. Nos casos em que a parturiente estava com muitas dores e com dificuldade para compreender o procedimento da coleta, a pesquisadora conversou com ela um ou dois dias após a cesariana, no alojamento conjunto, de forma a esclarecer as dúvidas. A etapa de observação foi encerrada ao ser alcançada a saturação dos dados coletados nos roteiros de observação. Ao todo, foram observadas 20 cesarianas, sendo que cinco foram descartadas durante a coleta, restando 15 observações para a análise.

Para a segunda etapa do estudo, foram entrevistados os profissionais atuantes em cirurgias cesarianas. Foram entrevistados, portanto: enfermeiros, técnicos de enfermagem e os médicos obstetras, anestesistas e pediatras, incluindo-se os médicos residentes de ginecologia e obstetria. Os profissionais puderam decidir participar de apenas uma etapa do estudo – alguns aceitaram participar somente da observação, somente da entrevista, ou de ambas. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com o objetivo de facilitar a abordagem e garantir que as hipóteses e pressupostos fossem cobertos na entrevista, em contraposição à entrevista aberta; e também de explorar vivências e conteúdos relevantes que pudessem ser trazidos, além do que foi pré-determinado, diferentemente da entrevista fechada (MINAYO, 2007, p. 267). O roteiro semiestruturado da entrevista encontra-se no Apêndice E.

A entrevista foi agendada com o participante e realizada no ambiente em que este desejasse, conforme disponibilidade e prezando pela sua privacidade, caso fosse realizada no ambiente de trabalho, de forma que apenas a pesquisadora e o entrevistado estivessem presentes. Ao profissional, foram feitos questionamentos como: qual sua visão sobre o nascimento de um bebê? Como você percebe a utilização de boas práticas com o recém-nascido

na cirurgia cesariana? Você já passou por alguma situação em que não conseguiu prestar a assistência que desejava? Como é a sua relação com as demais categorias profissionais e como elas influenciam no seu trabalho?

A entrevista foi gravada com o auxílio do gravador e iniciou-se após uma explicação sobre o objetivo da pesquisa, o propósito da entrevista, e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista (Apêndice F). Na explicação sobre a pesquisa, foram assegurados o direito de recusa à participação, de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos participantes. Ao todo, foram entrevistados 19 profissionais, sendo que um deles solicitou retirar-se da pesquisa, restando 18 entrevistas para a análise.

Em relação à saturação dos dados na pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2017), é necessário, dentre outros fatores, que o pesquisador não despreze informações que não se repetem, pois as mesmas podem ser importantes para a compreensão da lógica interna de determinado grupo ou situação, que o pesquisador tenha um número suficiente de interlocutores para que haja reincidência e complementaridade das informações, e que o quadro empírico a ser estudado esteja compreendido. Assim, em consonância com Minayo (2007), esta pesquisa buscou se aproximar dos participantes através de diferentes métodos – através da observação e da entrevista.

Além disso, também é importante atentar para a abrangência dos atores sociais, e não somente pela sua quantidade. Não haveria, portanto, um ponto de corte ou saturação do trabalho, pois quanto mais experiente é o pesquisador, mais ele conseguirá se aprofundar na investigação. Sendo assim, nesta pesquisa, a coleta dos dados encerrou-se quando a pesquisadora considerou que as múltiplas dimensões do fenômeno estudado haviam sido abrangidas, propiciando o aprofundamento e abrangência necessários para a análise posterior.

5.2.5 Organização e análise dos dados

A análise dos dados ocorreu a partir da modalidade Análise Crítica do Discurso (ACD), que é um dos ramos da Análise do Discurso (AD). Para a AD, a língua não é transparente e homogênea o suficiente, fazendo-se necessária a análise e a interpretação de quem é o sujeito que está falando e de seu posicionamento histórico. Para Michel Pêcheux, fundador da AD, “todo dizer é ideologicamente marcado” (ORLANDI, 2005, p. 38), já que o

sujeito está submetido ao inconsciente coletivo, interiorizando as ideias de determinada cultura e tendo ilusão de autonomia (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Especificamente, a ACD estuda como a linguagem, o poder e o controle interagem de forma a garantir a dominação através da força social, legitimando relações de poder pré-estabelecidas. Um dos seus diferenciais, proposto por Wodak, é de que é possível, também, analisar as possibilidades dos sujeitos resistirem a essas relações desiguais de poder, contrapondo-se à ideia de “sujeito assujeitado” presente na AD (PEDROSA, 2005).

A ACD foi utilizada a partir da abordagem de Norman Fairclough, descrita no livro *Discurso e Mudança Social* (2001). Fairclough pode ser considerado o precursor da ACD, que se popularizou a partir de suas obras *Linguagem e Poder* (1989) e *Análise Crítica do Discurso* (1995). Para a ACD, a linguagem está intimamente ligada à prática social, sendo dela indissociável – assim, a análise linguística é um método para estudarmos a mudança social. Há uma tendência em acharmos que o conteúdo social dos dados linguísticos, como entrevistas, podem ser lidos sem que se dê a devida atenção à linguagem em si (FAIRCLOUGH, 2001). A palavra “discurso” é utilizada nos trabalhos de Michel Foucault como uma referência aos diferentes modos de estruturação das áreas de conhecimento e prática social. Segundo Fairclough:

Dessa forma, o discurso da ‘ciência médica’ é atualmente o dominante na prática de assistência médica, embora contraste com vários discursos holísticos ‘alternativos’ (por exemplo, os da homeopatia e os da acupuntura). [...] Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou as ‘constituem’; diferentes discursos constituem entidades-chave (sejam elas a ‘doença mental’, a ‘cidadania’ ou o ‘letramento’) de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais (por exemplo, como médicos ou pacientes), e são esses efeitos sociais do discurso que são focalizados na análise do discurso (FAIRCLOUGH, 2001, p. 22).

Desta forma, os discursos se combinam mediante certas condições sociais, e produzem novos e complexos discursos. Assim, a análise do discurso preocupa-se tanto com as relações de poder no discurso, quanto com como estas práticas de poder transformam as práticas discursivas de uma sociedade.

Fairclough considera que o discurso é um modo de ação através do qual as pessoas podem agir sobre os outros e sobre o mundo, e também um modo de representação deste mundo. Isto implica em uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social: por um lado, o discurso é moldado e restringido pela estrutura social (instituições, normas, convenções, etc), por outro, o discurso tem a capacidade de formar e mudar estas mesmas estruturas.

Aqui está a importância da discussão de Foucault sobre a formação discursiva de objetos, sujeitos e conceitos. O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes. O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (FAIRCLOUGH, 2001, p. 91).

Apesar desta modalidade de análise ser relativamente recente quando comparada a outras, ela possui elementos que servem de ferramentas muito importantes para a análise de *corpus* de dados que tratam da linguagem e de relações de poder, especialmente, de como as relações de poder influenciam o conteúdo e a estrutura dos textos. Desta forma, os estudos e abordagens analíticas de Fairclough apresentam uma estreita relação com os trabalhos de Michel Foucault.

Posto isto, apesar de algumas diferenças de conceitos entre Fairclough e Foucault, esta modalidade de análise é bem indicada para a análise de trabalhos que utilizam uma abordagem teórico-filosófica foucaultiana devido ao fato de considerar, a partir de si mesma, a influência das relações de poder nas práticas discursivas e vice-versa.

Como *corpus* de análise, foram utilizados os textos provenientes das notas das observações das cesarianas e das transcrições das entrevistas com os profissionais. A organização dos dados se deu através da tabulação das notas descritivas das observações, enquanto as entrevistas foram transcritas com o auxílio do *site oTranscribe*, que possui recursos como a redução da velocidade do áudio e atalhos de fácil manuseio.

Com o objetivo de unir a análise de discurso orientada linguisticamente e os pensamentos político e social relevantes para a análise de um texto, Fairclough distingue três dimensões de análise do discurso: o texto, a prática discursiva e a prática social. Esta concepção está representada na Figura 1.

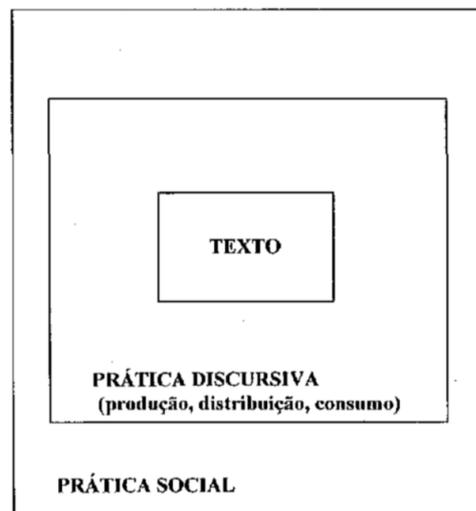
A análise do texto do *corpus* foi realizada a partir dos seguintes itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. O vocabulário trata-se da escolha das palavras individuais, a gramática versa sobre a combinação das palavras em frases e orações, a coesão trata da ligação entre estas orações e frases, e a estrutura textual versa sobre as propriedades do texto como um todo, ou seja, a “arquitetura do texto”.

A análise da dimensão da prática discursiva ocorreu a partir da relação entre o discurso e a estrutura social, sendo considerado como os textos são interpretados, distribuídos e

consumidos pelos que irão recebê-lo. Também nesta dimensão fez-se uma análise da coerência, do contexto, da força do texto e da intertextualidade (relação com outros textos).

A análise da dimensão prática social ocorreu através da ideologia presente no texto (seus sentidos, pressuposições e metáforas utilizadas) e da hegemonia (orientações econômicas, políticas, culturais e ideológicas). Por fim, foram também analisados recursos que estão ligados ao texto em si e às práticas discursivas e sociais, como termos referentes a polidez, lexicalização de palavras (atribuição de novos significados a um vocábulo), metáforas, e modalidade (utilização de advérbios ou sufixos de modo) (FAIRCLOUGH, 2001).

Figura 1 - Concepção tridimensional do discurso.



Fonte: Fairclough, 2001, p. 101.

Durante a análise, foram encontrados termos de recorrência no *corpus*, sendo então os resultados organizados em torno de temas. Dentro de cada tema, é realizada a análise descrita acima. Os temas selecionados para a análise foram: Boas práticas no cuidado com o recém-nascido e família, Relação entre os profissionais de saúde, e Possibilidades de mudança.

5.2.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme as Resoluções N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país (BRASIL, 2012); e N° 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016b). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) através da Plataforma Brasil, e aprovado sob o parecer nº 3.344.806/2019 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 12354419.9.0000.0121 (Anexo A).

Os participantes foram informados, através de esclarecimento individual por meio de uma conversa, sobre a justificativa do estudo, objetivo, coleta e divulgação dos dados, sobre as estratégias que serão tomadas pelas pesquisadoras para proteção da confidencialidade, possíveis riscos e desconfortos e o que seria feito para minimização dos mesmos. Também foram informados sobre a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo, sem que isto gerasse prejuízos pessoais ou para seu trabalho. Após realizados todos os esclarecimentos, a participação foi formalizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), distinto para a observação (Apêndice C), para a entrevista (Apêndice F) e para autorização das mães (Apêndice D).

Visando garantir o anonimato dos participantes, foram utilizadas as abreviações: MA (médico anestesista), MO (médico obstetra), MP (médico pediatra), EN (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), RO (residente de obstetrícia). As abreviações estão seguidas do número atribuído a cada profissional. As notas observacionais de cada cesariana estão codificadas como CES01, CES02, etc. Também foram omitidos os nomes dos recém-nascidos observados, uma vez que os profissionais se referiam aos bebês diretamente pelo nome dos mesmos. Os nomes dos recém-nascidos de sexo feminino foram todos substituídos por “Maria”, e os do sexo masculino foram substituídos por “João”.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Instrução Normativa 01/PEN/2016, de 17 de agosto de 2016, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois manuscritos.

O primeiro manuscrito, intitulado “Desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana: uma revisão integrativa”, buscou identificar quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana.

Por sua vez, o segundo manuscrito, intitulado “Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana à luz de Foucault”, teve como objetivo principal compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Foucault.

6.1 MANUSCRITO 1 – DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Claudini Honório de Pieri¹

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos²

¹ Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bacharel em Ciências Biológicas (UFSC). Graduada em Enfermagem (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR/UFSC). E-mail: claudinihp@gmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do PEN/UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR/UFSC. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: identificar quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura que seguiu as etapas propostas por Ganong. A pesquisa foi realizada nas fontes de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), *Web of Science*, *Scopus* e *Cochrane Library*, em novembro de 2019, resultando na seleção de 14 artigos, publicados entre 2010 e 2019, sendo sete artigos originais e sete projetos de melhoria da qualidade da assistência. **Resultados:** os artigos evidenciam desafios relacionados à equipe de saúde, ao ambiente, à segurança, à mulher e família, fatores positivos e possibilidades de mudança, além de recomendações para novas pesquisas. **Considerações finais:** o estudo permitiu identificar as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana. Apesar das diversas barreiras e desafios identificados, os profissionais vêm demonstrando uma grande possibilidade de mudança através de ações multiprofissionais e do engajamento das instituições em oferecer melhorias na qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos de via cesariana.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cesariana. Boas práticas. Contato pele-a-pele. Aleitamento materno.

ABSTRACT

This study is based on an extensive and integrative review that aims to identify what has been published, in light of scientific evidences, regarding the challenges in the promotion of best practices in newborn care for infants born by cesarean. The research was based on data from

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Base de Dados da Enfermagem* (BDENF), Web of Science, Scopus and Cochrane Library, that was gathered between 2010 and 2019, resulting in the selection of 14 relevant scientific articles, 7 generated from original research and 7 quality improvements study. The selected articles highlight the challenges faced by professional health teams, the environment, safety, the women and the family, positive factors and possibilities for changes, and the recommendation of new researches. This study allowed to identify what has been published, in light of scientific evidences, regarding the challenges in the promotion of best practices in newborn care for infants born by cesarean. Despite multiple obstacles identified, health professionals have been showing great room for positive change through multi-professional actions and the engagement of the health institutions in providing increases in the newborn care for infants born by cesarean.

Keywords: Newborn. Cesarean. Best practices. Skin-to-skin contact. Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

O nascimento pode ser considerado a transição mais importante de um ser humano, com repercussões para toda a vida. É um processo radical de mudança que vem sendo invisibilizado, perdendo seu caráter fisiológico e sendo banalizado pelos profissionais que atendem ao nascimento (CHAVES, 2014). Com o objetivo de retormada deste processo natural, diversas políticas e iniciativas buscam atender as necessidades do binômio mãe-bebê por meio da implementação de práticas simples, de baixo custo e baseadas em evidências científicas – as boas práticas na assistência ao recém-nascido (UNICEF/WHO, 2018).

A Portaria nº. 371, de 7 de maio de 2014, recomenda que, para o recém-nascido a termo com ritmo respiratório e tônus normais, sem líquido meconial, deve ser realizado o contato pele-a-pele (CPP) imediato e contínuo entre mãe e bebê, em temperatura ambiente de 26 °C; o clampeamento do cordão umbilical após cessadas as pulsações (aproximadamente de um a três minutos); o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida; e que os procedimentos de rotina (administração da vitamina K, exame físico) devem ser realizados após a primeira hora de vida (BRASIL, 2014).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, lançada em 1991 e atualizada em 2018, tem como objetivo garantir proteção, promoção e apoio adequados ao aleitamento materno em instalações que prestam cuidados às mães e aos recém-nascidos. Neste sentido, os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” são importantes para aumentar as taxas de início precoce da amamentação, ainda em ambiente hospitalar. O quarto passo para o sucesso do aleitamento materno ressalta que deve ser facilitado o CPP imediato e ininterrupto entre mãe e

recém-nascido, sendo apoiado o início da amamentação o mais rápido possível após o nascimento (UNICEF/WHO, 2018).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que, no momento do nascimento, a sala esteja em uma temperatura de 23 a 26 °C e que seja realizado o CPP por pelo menos uma hora, para manutenção da temperatura do recém-nascido, colonização do bebê pela microbiota de sua mãe, promoção do aleitamento materno, prevenção do desmame precoce e fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. Ainda, recomenda-se que caso a mãe esteja impossibilitada de ter o bebê em seu peito, que a realização do CPP seja oferecida ao pai (SBP, 2018).

Em uma revisão sistemática de Moore e colaboradores (2016), foram encontradas evidências que sustentam a realização do CPP imediato ou precoce como um meio de promoção do aleitamento materno, aumentando a probabilidade de sucesso na primeira amamentação e a duração média, em meses, do aleitamento materno. Além disto, não foram encontradas evidências de que o CPP seja prejudicial ao recém-nascido.

Apesar do Brasil ter políticas bem estabelecidas acerca das boas práticas para os recém-nascidos a termo e saudáveis, estes documentos consideram, majoritariamente, o nascimento por via vaginal e em sala de parto hospitalar. A realização destas práticas na cesariana continua sendo um desafio na prática profissional e um assunto pouco explorado na literatura nacional e internacional. Tendo em vista esta lacuna no conhecimento e a necessidade de oferecermos uma assistência de qualidade a todos os recém-nascidos, independente da via de nascimento, esta revisão integrativa teve como objetivo identificar quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana.

MÉTODO

A revisão integrativa é realizada a partir de uma análise ampla da literatura disponível sobre o tema a ser pesquisado, respondendo a um objetivo de pesquisa, e é importante para que os profissionais revejam e aprimorem sua prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento. O propósito desta modalidade de revisão de literatura é sintetizar o conhecimento e obter conclusões acerca de um tema, baseando-se em outros estudos anteriores. Para isto, é necessário percorrer etapas semelhantes aos estágios de uma pesquisa convencional,

o que torna a revisão integrativa mais complexa do que a narrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para esta modalidade de revisão, foi adotado o modelo proposto por Ganong (1987) e descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), composto por 6 etapas que devem ser seguidas para que a revisão possua rigor metodológico. Na primeira etapa foi feita a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, a partir do interesse do pesquisador e de um questionamento advindo da prática clínica. Sendo assim, esta revisão de literatura buscou responder ao questionamento: quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana?

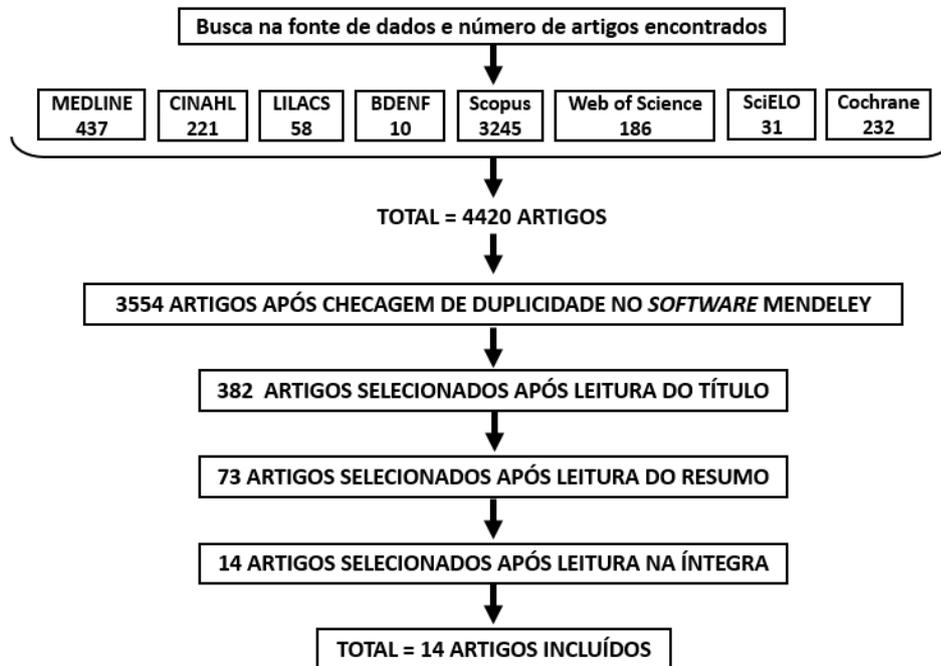
Na segunda etapa da revisão, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, bem como a busca na literatura. Desta forma, foram incluídos artigos originais e de projetos de melhoria da qualidade da assistência, publicados entre 2010 e 2019, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com título e resumo disponíveis, que versassem sobre os desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido de via cesariana, independente da metodologia utilizada, indexados nas seguintes fontes de busca: *Medical Literature on Line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura da América Latina e do Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scopus*, *Web of Science*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *Cochrane Library*. Foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), MeSH e/ou palavras-chave e realizada a seguinte operação booleana, variando conforme a base de busca: ["Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR "Newborns" OR "Newborn" OR "Neonate" OR "Neonates" OR "Recém-nascido" OR "Recém-Nascidos" OR "Criança Recém-Nascida" OR "Crianças Recém Nascidas" OR "Lactente Recém-Nascido" OR "Lactentes Recém-Nascidos" OR "Neonato" OR "Neonatos" OR "recién nacido" OR "Recién Nacido" OR "Niño Recién Nacidos" OR "Niños Recién Nacidos" OR "Lactante Recién Nacido" OR "Lactantes Recién Nacidos") AND ("Cesarean Section" OR "Cesarean Sections" OR "Abdominal Deliveries" OR "Caesarean Section" OR "Caesarean Sections" OR "Abdominal Delivery" OR "C-Section" OR "C Section" OR "C-Sections" OR "Cesárea" OR "Cesáreas" OR "Parto Abdominal" OR "Cesariana" OR "Cesarianas") AND ("Contato pele a pele" OR "Contato pele-a-pele" OR "Pele-a-pele" OR "Pele a pele" OR "Contacto piel con piel" OR "Piel con piel" OR "Contacto piel a piel" OR "Piel a piel" OR "Vitamina K" OR "Clampeamento do cordão umbilical" OR "Clampeamento tardio do cordão umbilical" OR "Clampeamento do cordão" OR

"Clampeamento tardio do cordão" OR "Clampeamento oportuno" OR "Pinzamiento tardío del cordón umbilical" OR "Pinzamiento tardío del cordón" OR "Pinzamiento del cordón umbilical" OR "Pinzamiento del cordón" OR "Aleitamento materno" OR "Aleitamento" OR "Amamentação" OR "Lactancia materna" OR "Skin-to-skin contact" OR "Skin-to-skin" OR "Skin to skin contact" OR "Skin to skin" OR "Vitamin K" OR "Delayed cord clamping" OR "Delayed clamping" OR "Cord clamping" OR "Umbilical cord clamping" OR "Umbilical clamping" OR "Breastfeeding")].

Foram excluídas as pesquisas acerca de recém-nascidos prematuros ou internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de mães e/ou recém-nascidos com patologias de base, pesquisas realizadas somente após a primeira hora de vida do recém-nascido, bem como publicações duplicadas (encontradas em mais de uma fonte de dados), editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, dossiês, TCCs, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, relatos de experiência, estudos de reflexão, estudos teóricos, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, livros. Para checagem de duplicidade e organização dos artigos, foi utilizado o *software* Mendeley. A busca resultou num total de 4420 artigos, sendo selecionados 14 após triagem baseada nos critérios de inclusão e exclusão (Figura 2).

Na terceira etapa da revisão, foram organizadas e sumarizadas as informações que seriam obtidas de cada artigo incluído. Para isto, foi utilizado um instrumento para catalogar e sintetizar as informações, constando: autores, ano, país de origem, periódico, idiomas, descritores, objetivo, delineamento/referencial teórico, sujeitos, instrumento de coleta de dados, método, análise dos dados, desafios identificados, possibilidades de mudança e/ou fatores positivos, conclusões e sugestões para novas pesquisas. Para os artigos em que foram relatados os projetos de melhoria da qualidade da assistência, foram ainda adicionadas as informações: profissionais envolvidos, população de intervenção e método de implementação.

Figura 2 - Fluxograma de seleção dos artigos encontrados nas fontes de busca.



Fonte: a autora.

Na quarta etapa, realizada conforme preenchimento do instrumento de catalogação, os estudos passaram por uma análise crítica e detalhada, encontrando convergências e divergências entre os estudos no que tange às metodologias e resultados. A partir da análise, foram elaboradas as categorias a serem discutidas na quinta etapa: desafios para realização do CPP durante a cesariana relacionados à equipe, ao ambiente, à segurança, à mulher e família, fatores positivos e/ou possibilidades de mudança e recomendações para novas pesquisas.

Na quinta etapa, ocorreu a discussão e interpretação dos resultados levantados na etapa anterior. Por fim, na última etapa, foi elaborado o documento com os resultados e a discussão, com a descrição das etapas que foram seguidas para obtenção das conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os estudos

Dos 14 artigos selecionados, sete são originais e sete são artigos de projetos de melhoria da qualidade da assistência. Estes foram incluídos na revisão pois, para a implementação de melhorias nas boas práticas com o recém-nascido de via cesariana, foram

levantados os desafios e barreiras a serem trabalhadas e superadas pelos profissionais. Devido ao diferente delineamento, os artigos estão apresentados em dois quadros. No Quadro 1, são apresentados os artigos de projetos de melhoria da qualidade da assistência, enquanto no Quadro 2 estão apresentados os artigos originais. Os descritores mais utilizados foram: *cesarean, skin-to-skin contact, breastfeeding*. Interessantemente, nenhum dos artigos incluídos teve origem no Brasil, revelando que esta discussão ainda é incipiente no país.

Entre os projetos de melhoria da qualidade da assistência (Quadro 1), o objetivo mais comumente relatado para a sua implementação foi a necessidade de aumentar as taxas de CPP na sala operatória (SO) e/ou na sala de recuperação pós anestesia (SRPA), visando ao consequente aumento das taxas de aleitamento materno entre os recém-nascidos de via cesariana (Quadro 1). O método de implementação mais utilizado foi o Método *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), ou Planejar-Fazer-Estudar-Agir, onde são realizados quantos ciclos de PDSA forem necessários até que seja alcançado o resultado esperado. Dois projetos utilizaram o Modelo de Iowa de Práticas Baseadas em Evidências como forma de implementação. Todas as formas de implementação prevêm a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, como forma de alcançar os objetivos com sucesso. Normalmente, são realizados testes-piloto com uma pequena amostra de cesáreas para planejar uma maior abrangência da intervenção, alcançando todos os recém-nascidos elegíveis para a prática do CPP nas etapas seguintes dos projetos.

Dentre os artigos originais (Quadro 2), os objetivos versaram basicamente sobre explorar o conhecimento e reflexões dos profissionais de saúde acerca das barreiras identificadas nas práticas para a realização do CPP durante a cesariana, tanto na SO, quanto na SRPA. A maioria dos artigos teve o delineamento qualitativo exploratório, sendo que dois estudos utilizaram a etnografia, ambos da mesma equipe de pesquisadoras. Em conjunto, participaram das pesquisas mais de 446 profissionais de saúde, sendo aproximadamente 27,4% de obstetrites, 25,5% enfermeiros, 20,5% obstetras, 19% anestesistas e 7,6% pediatras ou neonatologistas; enquanto 21 mulheres tiveram suas cesáreas gravadas em vídeo. Quanto ao instrumento de coleta dos dados, três pesquisas utilizaram entrevistas semi-estruturadas, duas utilizaram questionários anônimos (um deles via *online*) e duas utilizaram gravações de vídeo, notas de campo, grupo focal e entrevistas.

Quadro 1 – Resumo dos dados dos artigos de projetos de melhoria da qualidade da assistência incluídos na revisão integrativa: autores/ano de publicação, título, país de origem, objetivo, método de implementação, profissionais envolvidos, população da intervenção.

Autores / Ano de publicação	Título	País de origem	Objetivo	Método de implementação	Profissionais envolvidos	População da intervenção
HUNG; BERG, 2011	Early skin-to-skin: After cesarean to improve breastfeeding	Estados Unidos	Aumentar as taxas de iniciação do aleitamento materno entre os recém-nascidos saudáveis nascidos de cesárea em um hospital	Método PDSA	Equipe perinatal (enfermeiras, obstetras, pediatras, anestesistas)	Inicialmente, foram acompanhadas várias cesarianas eletivas
BRADY; BULPITT; CHIARELLI, 2014	An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery	Estados Unidos	Descrever o processo interprofissional necessário para implementar o contato pele-a-pele na SO como um projeto de melhoria da qualidade	Método PDSA	Equipe multiprofissional	Primeiro teste: 2 nascimentos via cesariana. Após, foram realizados outros testes
STONE; PRATER; SPENCER, 2014	Facilitating Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean Birth	Estados Unidos	Desenvolver um protocolo para definição dos papéis dos profissionais na promoção do CPP na SO; implementar o protocolo; avaliar o processo de implementação	Modelo de Iowa de Prática Baseada em Evidências e Teoria da Mudança de Lewin	Equipe perinatal (enfermeiras, obstetras, pediatras, anestesistas, consultoras de amamentação)	15 nascimentos via cesariana, durante o protocolo piloto
SCHORN <i>et al.</i> , 2015	Implementing Family-Centered Cesarean Birth	Estados Unidos	Apresentar o processo de implementação do parto cesáreo centrado na família em um centro acadêmico, incluindo etapas de implementação, benefícios, desafios e áreas para aprimoramento e pesquisa contínuos	Força-tarefa a partir de profissionais interessados	Equipe engajada na implementação: doula comunitária, advogado da família, enfermeiras (neonatal, obstétrica), obstetrix, médicos (obstetras, anestesistas, neonatologistas), instrumentadores e administradores	Recém-nascidos e mães elegíveis para o CPP na SO (com a presença da enfermeira designada para assistir o RN)
BOYD, 2017	Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth	Estados Unidos	Identificar quais os obstáculos existentes para implementação do contato pele-a-pele para a mãe e o recém-nascido por um mínimo de 15 a 30 min na SO	Modelo de Iowa de Prática Baseada em Evidências	Comitê (enfermeira neonatologista, 2 enfermeiras pós-parto, enfermeira generalista e consultora de amamentação)	50 nascimentos via cesariana com anestesia regional
DUDEJA <i>et al.</i> , 2018	Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate After Cesarean Deliveries: A Quality Improvement Study	Índia	Aumentar as taxas de iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida em recém-nascidos de via cesariana de 0 a 80% em 3 meses através de um processo de melhoria da qualidade	Método PDSA	Equipe de obstetras, pediatras, anestesistas e enfermeiras	Todos os recém-nascidos $\geq 35s$, hemodinamicamente estáveis, sem alteração respiratória; mãe saudável e sem contra-indicação de amamentação
MARIA <i>et al.</i> , 2018	Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative	Índia	Aumentar a taxa de CPP para início imediato da amamentação na mesa cirúrgica dentre os recém-nascidos a termo saudáveis e pós-termos nascidos de cesariana de 0% a 80% em 8 semanas	Método PDSA	Equipe de pediatras e neonatologistas, obstetras, anestesistas e enfermeiras	52 bebês realizaram o CPP

Fonte: a autora.

Quadro 2 – Resumo dos dados dos artigos originais incluídos na revisão integrativa: autores/ano de publicação, título, país de origem, objetivo, delineamento/referencial teórico, participantes e instrumento de coleta de dados.

Autores / Ano de publicação	Título	País de origem	Objetivo	Delineamento / referencial teórico	Participantes	Instrumento de coleta de dados
ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015	Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'	Suécia	Explorar as experiências e percepções das obstetrias sobre o CPP entre mães e bebês a termo saudáveis, imediatamente e durante o primeiro dia após a cesárea	Qualitativo exploratório	8 obstetrias	Entrevistas semiestruturadas
KOOPMAN <i>et al.</i> , 2016	Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: A qualitative study on clinician perspectives	Holanda	Promover reflexões através das perspectivas clínicas sobre a interrupção do CPP imediato e seus fatores facilitadores e barreiras após o parto vaginal e a cesariana, para recém-nascidos a termo saudáveis	Qualitativo exploratório	11 profissionais: cinco enfermeiras da unidade de ginecologia e obstetria, quatro enfermeiras da unidade neonatal e dois médicos, um de cada unidade	Entrevistas semiestruturadas
STEVENS <i>et al.</i> , 2016	A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery	Austrália	Promover reflexões sobre os facilitadores e as barreiras para promover o CPP na SO e na recuperação	Qualitativo etnográfico	Mais de 125 profissionais: 38 obstetrias, 25 obstetras, 6 pediatras, 17 anestesistas, mais de 30 enfermeiras, 10 sem especificação (gravação de vídeos), 43 profissionais em grupos focais/entrevistas e 21 mulheres	Gravações de vídeo, notas de campo, grupo focal e entrevistas
MERCIER; DURANTE, 2018	Physician and nurse perceptions of gentle cesarean birth	Estados Unidos	Descrever como os papéis e características profissionais afetam a percepção sobre as técnicas da "cesárea delicada" e informar preocupações específicas sobre mudanças no protocolo	Qualitativo exploratório e quantitativo	88 profissionais: 16 enfermeiros, 29 anestesistas, 28 obstetras e 15 pediatras	Questionário online anônimo com questões fechadas e abertas
STEVENS <i>et al.</i> , 2018	Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section	Austrália	Explorar como as práticas dos profissionais de saúde impactam a facilitação do CPP durante as duas primeiras horas após a cesárea	Qualitativo etnográfico	Mais de 125 profissionais: 38 obstetrias, 25 obstetras, 6 pediatras, 17 anestesistas, mais de 30 enfermeiras, 10 sem especificação (gravação de vídeos), 43 profissionais em grupos focais/Entrevistas e 21 mulheres	Gravações de vídeo, notas de campo, grupo focal e entrevistas
TRAN <i>et al.</i> , 2018	Knowledge, experience and attitudes towards skin-to-skin contact following Caesarean sections among health professionals in Vietnam	Vietnã	Explorar o conhecimento, experiência e atitudes de profissionais da saúde em relação ao cuidado neonatal essencial e o CPP após a cesariana em um hospital terciário em Vietnã Central	Qualitativo descritivo	204 profissionais: 31 obstetras, 69 obstetrias, 35 anestesistas (médicos e enfermeiras), nove neonatologistas, 42 enfermeiras neonatais e 18 sem especificação	Questionário anônimo
BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019	Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth	Estados Unidos	Entender as barreiras percebidas pelas enfermeiras obstétricas para o CPP imediato na SO após a cesariana	Qualitativo exploratório	10 enfermeiras	Entrevistas semiestruturadas

Fonte: a autora.

Síntese dos resultados

A inclusão de artigos originais e projetos para melhoria da qualidade da assistência permitiu que uma maior gama de desafios e barreiras fossem identificados na literatura, uma vez que para a implementação de melhorias na assistência, fez-se necessário realizar um levantamento dos desafios que permeavam a prática. A partir da análise dos artigos, foi possível identificar desafios para realização do CPP durante a cesariana relacionados à equipe, ao ambiente, à segurança, à mulher e família, bem como fatores positivos e/ou possibilidades de mudança e recomendações para novas pesquisas.

Desafios relacionados à equipe

O número de desafios e barreiras que possuem ligação com a equipe multiprofissional de assistência foram amplamente citados por todos os artigos, podendo ser considerados como os fatores que mais influenciam na dificuldade de realização do CPP e das demais boas práticas durante a cesariana. A falta de consciência sobre a importância desta prática entre os profissionais aparece como um dos principais motivos para a não-realização da mesma, sendo relatada resistência às mudanças por parte de enfermeiros e anestesistas, relutância, ceticismo e inércia em aceitar as mudanças propostas (BOYD, 2017; DUDEJA *et al.*, 2018; HUNG; BERG, 2011). Este fenômeno leva a falta de colaboração entre os profissionais e, inclusive, gera sentimentos de impotência nos profissionais que tentam implementar melhorias na prática e conscientizar os demais colegas sobre a importância do CPP para mãe e recém-nascido (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019; ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015).

A educação dos profissionais de saúde que atuam na SO também foi relatada como determinante para não realização do CPP. Os profissionais desconhecem que o CPP é recomendado assim que a mãe esteja alerta e ativa, o que demonstra que a ausência de uma rotina clara quanto a iniciação da amamentação após cesárea e dúvidas sobre o critério de elegibilidade para iniciação desta prática são barreiras para a realização do CPP após a cesárea (DUDEJA *et al.*, 2018; STEVENS *et al.*, 2016), assim como a falta de clareza sobre o procedimento, inabilidade em realizá-lo, falta de experiência e de capacitação (KOOPMAN *et al.*, 2016; MARIA *et al.*, 2018). O CPP é visto como um trabalho extra para a equipe da SO,

que com aumento de responsabilidade para os profissionais implica no prolongamento da cirurgia em si (MERCIER; DURANTE, 2018; TRAN *et al.*, 2018).

A falta de profissionais de enfermagem e de obstetrias em número suficiente nos serviços é, também, um fator que dificulta a realização do CPP na SO e na SRPA. Segundo as orientações da Associação de Enfermeiros de Saúde da Mulher, Obstétricos e Neonatais dos Estados Unidos, é necessária a presença de um enfermeiro designado especificamente para o cuidado neonatal para realizar a avaliação do recém-nascido na SO, bem como acompanhar exclusivamente o recém-nascido e a mãe durante toda a duração do CPP, mas nem sempre é possível que este profissional esteja presente devido a outras demandas do serviço, como o berçário e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019; BOYD, 2017; HUNG; BERG, 2011; KOOPMAN *et al.*, 2016; MARIA *et al.*, 2018; SCHORN *et al.*, 2015; STONE; PRATER; SPENCER, 2014). Interessantemente, no projeto de implementação descrito por Schorn e colaboradores (2015), foi relatado que a gerência da instituição contratou uma enfermeira exclusivamente para prestar assistência ao recém-nascido na SO mas que, frequentemente, era solicitada no berçário para atender outro recém-nascido e não podia realizar o CPP durante a cesariana que estava em curso.

Por fim, as rotinas da SO e da SRPA parecem não oferecer margem para a realização do CPP nestes ambientes. São diversos os momentos em que mãe e bebê acabam sendo separados por conta do fluxo de trabalho pré-estabelecido: ao nascer, o recém-nascido é levado imediatamente ao berço aquecido, é separado da mãe para realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido (administração de vitamina K e iodopovidona ocular) ou cuidados com a mãe na SRPA (avaliação dos lóquios fisiológicos e mobilidade). Há uma necessidade de completar as tarefas em tempo hábil, como pesar o recém-nascido para poder inserir os dados relativos ao nascimento no sistema da instituição (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019; KOOPMAN *et al.*, 2016; STEVENS *et al.*, 2016; 2018). Desta forma, o cumprimento das tarefas sempre procede ao cuidado direto com o binômio mãe-filho. Foi relatado, ainda, que o CPP imediato pode implicar em perda de possibilidade de aprendizagem dos estudantes que realizam estágios ou são residentes no setor, uma vez que os bebês são rotineiramente separados de suas mães para esta avaliação inicial e que os hospitais-escola tem como missão o ensino (BOYD, 2017; SCHORN *et al.*, 2015).

Desafios relacionados ao ambiente

O ambiente da SO e da SRPA também foi citado como um dos fatores limitantes para a realização do CPP. O espaço físico da SO não atende às necessidades da equipe e da mulher para realização do CPP, pois a sala não foi planejada para comportar muitas pessoas (KOOPMAN *et al.*, 2016; MARIA *et al.*, 2018; MERCIER; DURANTE, 2018; SCHORN *et al.*, 2015; ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015), e o espaço limitado na cabeceira da maca cirúrgica é uma das principais limitações relatadas para a prática do CPP (STEVENS *et al.*, 2016). Ademais, este local é visto como espaço de trabalho apenas do anestesista e, geralmente, não comporta duas pessoas além deste profissional (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019; KOOPMAN *et al.*, 2016).

Além do espaço físico, relatou-se também que a falta de privacidade na SRPA pode constranger as mulheres a realizar o CPP e amamentar seus bebês, pois neste local também ocorre a recuperação de outros pacientes (DUDEJA *et al.*, 2018; STEVENS *et al.*, 2016). A temperatura da SO também foi relatada como sendo um fator limitante, pois a sala deve estar entre 23,8°C e 25°C para realização do CPP sem que o RN seja colocado em risco de hipotermia. Esta temperatura é desconfortável para os profissionais que estão paramentados e atuando no campo cirúrgico, pois os tecidos são grossos, podendo gerar mal-estar na equipe e comprometer a segurança do paciente (SCHORN *et al.*, 2015; TRAN *et al.*, 2018).

Desafios relacionados à segurança

Os resultados encontrados mostram que a equipe de saúde tem diversas preocupações quanto à segurança da mãe e do recém-nascido durante a cirurgia. A maior preocupação diz respeito ao aumento do risco de infecção por conta da possível violação da técnica asséptica cirúrgica, caso o campo seja abaixado para que a mãe visualize o nascimento, o acompanhante faça o clampeamento do cordão umbilical ou os pés do bebê escorreguem por entre os campos e alcancem o sítio cirúrgico (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019; BRADY; BULPITT; CHIARELLI, 2014; MERCIER; DURANTE, 2018; SCHORN *et al.*, 2015). No trabalho de Stevens e colaboradores (2016), os médicos relataram que as obstetrias precisam ter um melhor entendimento sobre a contaminação do campo estéril para que seja evitada uma tensão entre os profissionais no momento do nascimento.

Outro desafio relacionado à segurança foi a avaliação da transição do recém-nascido no momento do nascimento e a instabilidade materna e neonatal durante a cirurgia (BOYD, 2017; TRAN *et al.*, 2018). No geral, os pediatras são os que mais demonstram preocupação com a transição neonatal, afirmando que ficam nervosos e ansiosos com relação a saúde do recém-nascido que estão assistindo, além de questionarem a habilidade da enfermagem em monitorar o bebê durante o CPP (BRADY; BULPITT; CHIARELLI, 2014; KOOPMAN *et al.*, 2016).

Mercier e Durante (2018) consideraram que o CPP imediato compromete a avaliação inicial do recém-nascido e que o ideal seria iniciar o CPP após a avaliação pediátrica, ainda nos primeiros minutos de vida. Por fim, foi considerado também o risco do bebê sofrer uma queda do peito da mãe (TRAN *et al.*, 2018) e de que o acompanhante acabe ficando responsável por observar o binômio, o que aumentaria o risco de um evento adverso, já que é necessário um treinamento para poder realizar o CPP com segurança (KOOPMAN *et al.*, 2016).

Desafios relacionados à mulher e família

Os profissionais relataram que observam resistência não só entre seus colegas, mas também entre as mães e os pais. Além do desconforto durante e após a cirurgia, também devido à posição na maca cirúrgica, a mãe e o acompanhante não recebem educação durante o pré-natal em relação à realização de boas práticas com o recém-nascido, como o CPP, o aleitamento materno na primeira hora de vida, a manutenção da temperatura, dentre outras, apresentando um conhecimento deficiente destas práticas (KOOPMAN *et al.*, 2016; MARIA *et al.*, 2018; STEVENS *et al.* 2018; ZWEDBERG; BLOMQUIST; SIGERSTAD, 2015). Devido ao curto tempo de permanência na SO e a falta de tempo hábil, os profissionais relatam que é difícil estabelecer uma comunicação efetiva com a mulher (STEVENS *et al.*, 2016). Ainda, existem diferenças culturais entre as mães atendidas e diferentes visões do momento do nascimento (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019). Inclusive, algumas mães não desejam realizar o CPP na SO pois desejam segurá-lo somente limpo e vestido (KOOPMAN *et al.*, 2016).

Fatores positivos e possibilidades de mudança

Apesar de terem sido encontrados diversos desafios para realização das boas práticas durante a cesariana, também foi possível identificar diversos fatores positivos e mudanças que

os profissionais conseguiram implementar na prática. No geral, a educação, sensibilização e conscientização dos profissionais mostrou ser eficiente para o aumento das taxas de CPP entre os recém-nascidos na cesariana. Por meio de cursos, palestras, discussões, reuniões e da formulação de políticas institucionais por equipes multiprofissionais, foi possível socializar as técnicas de cuidado com o recém-nascido e disseminar informações baseadas em evidências científicas atuais.

A maioria das condutas adotadas pela equipe médica e de enfermagem são de baixo custo e podem ser realizadas em diferentes contextos. O reposicionamento dos eletrodos para monitorização cardíaca da mãe, do tórax para os ombros, próximos às clavículas, permitiu a ampliação da área de posicionamento do recém-nascido e não acarretou problemas para a motorização (BRADY; BULPITT; CHIARELLI, 2014; MARIA *et al.*, 2018; STEVENS *et al.* 2016; STONE; PRATER; SPENCER, 2014).

Como a preocupação com a temperatura do binômio mãe-bebê é um dos fatores determinantes para a não realização do CPP, diversas ações foram implementadas visando a segurança dos pacientes e o bem estar da equipe: substituição da manta térmica (volumosa e que apresenta riscos devido aos fios) por mais campos de algodão aquecido (BOYD, 2017; TRAN *et al.*, 2018), colocação de campos aquecidos nos pés da mulher, ao invés do tórax, (STONE; PRATER; SPENCER, 2014), e aquisição de manta térmica para manter mãe e bebê aquecidos durante o CPP (SCHORN *et al.*, 2015). Ainda, no trabalho de Stevens e colaboradores (2016), foi observado que o melhor posicionamento do bebê seria de forma transversal no peito da mãe.

Especificamente, o projeto de melhoria de qualidade descrito por Schorn e colaboradores (2015) implementou mudanças interessantes. Passaram a ser utilizados campos cirúrgicos com uma abertura de plástico transparente para que a mãe possa visualizar o momento do nascimento do bebê. A equipe neonatal passou a permanecer na sala até o apgar do 5º min, quando o recém-nascido é colocado em CPP. Além disso, foram testadas diferentes paramentações cirúrgicas para os profissionais, na busca daquela que oferecesse o maior conforto possível e permitisse que a temperatura da SO fosse mantida em 21,5°C (e não abaixo disso). Foi adquirida uma caixa de som para tocar as músicas de preferência da mulher e os médicos passaram a fazer o clampeamento tardio do cordão, independentemente dos demais aspectos estarem sendo realizados ou não.

Recomendações para novas pesquisas

Segundo os artigos analisados, são necessárias novas pesquisas em relação à transfusão placentária e o tempo ótimo de clameamento do cordão umbilical, sob a possibilidade do CPP na SO ser capaz de mitigar os efeitos da via de nascimento nas taxas de aleitamento materno exclusivo, sobre a economia dos custos de saúde alcançadas como resultado do CPP na SO (por conta da possível redução de admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e consultas ao pediatra por doenças ou complicações), sobre as barreiras percebidas pela ótica dos pais para realização do CPP na SO, dentre outras (KOOPMAN *et al.*, 2016; SCHORN *et al.*, 2015; STONE; PRATER; SPENCER, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa acerca dos desafios identificados para a promoção de boas práticas com o recém-nascido durante a cirurgia cesariana evidencia a produção do conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que se empenham em realizar mudanças na prática. Apesar de existirem estudos que versem sobre a importância das boas práticas com os recém-nascidos de cirurgia cesariana, são poucos os estudos que investigam as barreiras identificadas pelos profissionais e quais as estratégias empregadas para melhoria da qualidade da assistência.

Os desafios relacionados à equipe de saúde giram em torno da falta de consciência e colaboração dos profissionais, da falta de educação para a promoção de boas práticas na formação e atualização profissional, das rotinas estabelecidas de uma forma que não favoreça estas práticas e da falta considerável de profissionais.

As principais barreiras ambientais identificadas pelos profissionais foram o espaço físico reduzido na SO, a falta de privacidade na SRPA para a promoção do CPP e a temperatura da SO, que deve ser mantida reduzida por conta dos equipamentos e para promoção do bem estar dos profissionais. Simples ações, como reposicionamento de equipamentos e adaptação da temperatura, podem ser realizadas para que o CPP seja promovido na SO.

Em relação à segurança, o risco de infecção aparece como sendo a maior preocupação entre os profissionais. Há também preocupação com a vitalidade do recém-nascido, a saúde da mãe no período transoperatório e o risco de queda do recém-nascido. Este aspecto está

intimamente ligado à necessidade da equipe precisar dispôr de um profissional exclusivamente para realizar o CPP na SO, pois mães e bebês não podem ser deixados sozinhos neste momento.

A mulher e a família também tem um importante papel neste cenário de cuidado. A falta de conhecimento sobre a realização das boas práticas, a dificuldade de comunicação neste ambiente de cuidado e as diferenças culturais são relevantes para a não realização do CPP na SO. Inclusive, foi relatado que quando as mães solicitam por si próprias o CPP, a equipe acaba se organizando de forma a prestar este cuidado, promovendo a satisfação da família.

O fato de não haver estudos sobre este tema no Brasil mostra que esta discussão ainda é incipiente em nosso país e que são necessários estudos acerca da realização de boas práticas com o recém-nascido durante a cesariana que levem em conta a realidade brasileira. Apesar disso, os estudos analisados nos permitem refletir sobre o papel de cada profissional durante a cesariana e o papel da mulher que está passando pela cirurgia, que se encontra vulnerável e entregue ao momento, anestesiada e sem conseguir cuidar do seu próprio bebê. Foi possível observar que com organização, conhecimento e engajamento multiprofissional, as instituições podem passar a promover um cuidado pautado em evidências científicas.

É necessário que vejamos tais barreiras não como obstáculos intransponíveis, e sim como desafios a serem superados para que seja possível alcançar uma assistência mais humana e que promova a aproximação e formação de laços entre o bebê e sua família.

REFERÊNCIAS

BALATERO, J.S.; SPILKER, A.F.; MCNIESH, S.G. Barriers to skin-to-skin contact after cesarean birth. **MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 44, n. 3, p. 137-143, 2019.

BOYD, M.M. Implementing skin-to-skin contact for cesarean birth. **AORN Journal**, v. 105, n. 6, p. 579-592, 2017.

BRADY, K.; BULPITT, D.; CHIARELLI, C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 43, n. 4, p. 488-496, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

CHAVES, R.L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 514-516, 2014.

DUDEJA, S.; SIKKA, P.; JAIN, K.; SURI, V.; KUMAR, P. Improving first-hour breastfeeding initiation rate after cesarean deliveries: a quality improvement study. **Indian Pediatrics**, v. 55, n. 9, p. 761-764, 2018.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

HUNG, K.J.; BERG, O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. **MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 36, n. 5, p. 318-324, 2011.

KOOPMAN, I.; CALLAGHAN-KORY, J.A.; ALAOFIN, O.; ARGANI, C.H.; FARZIN, A. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, n. 9-10, p. 1367-1376, 2016.

MARIA, A.; SHUKLA, A.; WADHWA, R.; KAUR, B.; SARKAR, B.; KAUR, M. Achieving early mother-baby skin-to-skin contact in caesarean section: a quality improvement initiative. **Indian Pediatrics**, v. 55, n. 9, p. 765-767, 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MERCIER, R.J.; DURANTE, J.C. Physician and nurse perceptions of gentle cesarean birth. **MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 43, n. 2, p. 97-104, 2018.

MOORE, E.R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G.C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, 2016.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nascimento Seguro**. Departamento Científico de Neonatologia. Documento Científico nº 3, 2018.

SCHORN, M.N.; MOORE, E.; SPETALNICK, B.M.; MORAD, A. Implementing family-centered cesarean birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 60, n. 6, p. 682-690, 2015.

STEVENS, J.; SCHMIED, V.; BURNS, E.; DAHLEN, H. A juxtaposition of birth and surgery: providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. **Midwifery**, v. 37, p. 41-48, 2016.

STEVENS, J.; SCHMIED, V.; BURNS, E.; DAHLEN, H.G. Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section. **Women Birth**, v. 31, n. 6, p. 453-462, 2018.

STONE, S.; PRATER, L.; SPENCER, R. Facilitating skin-to-skin contact in the operating room after cesarean birth. **Nursing for Women's Health**, v. 18, n. 6, p. 486-499, 2014.

TRAN, H.T.; NIPPITA, T.; NGUYEN, P.T.T.; HUYNH, T.T.D.; HUA, O.T.L.; ROBERTS, C.L. Knowledge, experience and attitudes towards skin-to-skin contact following Caesarean sections among health professionals in Vietnam. *Acta Paediatrica*, v. 107, n. 11, p. 1917-1923, 2018.

UNICEF/WHO. **Capture the moment – early initiation of breastfeeding**: the best start for every newborn. New York: UNICEF, 2018.

ZWEDBERG, S.; BLOMQUIST, J.; SIGERSTAD, E. Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, v. 31, p. 215–220, 2015.

6.2 MANUSCRITO 2 – BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO DURANTE A CESARIANA À LUZ DE FOUCAULT

BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO DURANTE A CESARIANA À LUZ DE FOUCAULT

Claudini Honório de Pieri¹

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos²

¹ Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bacharel em Ciências Biológicas (UFSC). Graduanda em Enfermagem (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR/UFSC). E-mail: claudinihp@gmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do PEN/UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR/UFSC. E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Michel Foucault. **Método:** os dados foram coletados a partir da observação de 15 cesarianas e de entrevista semi-estruturada com 18 profissionais que atuavam no setor, no período de julho de 2019 a janeiro de 2020. Os dados foram analisados a partir da Análise Crítica do Discurso proposta por Norman Fairclough. **Resultados:** foram selecionados três temas a partir do *corpus* de análise: As visões acerca do nascimento de um bebê, A assistência ao recém-nascido e à família na cesariana, e Relações de poder-saber entre os profissionais de saúde. Os resultados apontam que as relações de poder-saber entre os profissionais influenciam diretamente no cuidado com o recém-nascido, e que os discursos dos profissionais reforçam as relações de poder do setor, ao mesmo tempo em que geram novas possibilidades para a promoção das boas práticas com o recém-nascido através da mudança social. **Considerações finais:** a adoção de boas práticas com o recém-nascido durante a cesariana possui aspectos que incluem as relações de poder entre os profissionais que atuam no setor.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cesariana. Boas práticas. Contato pele-a-pele. Aleitamento materno. Análise Crítica do Discurso.

ABSTRACT

A qualitative-approached research that aimed to better understand the multiprofessional care regarding best practices for babies born by C-section at a public maternity hospital in southern Brazil, in the light of Michel Foucault. Data was collected from the observation of 15 C-sections and 19 semi-structured interviews with health professionals, from July 2019 to January 2020. Data was analyzed using the Critical Discourse Analysis proposed by Norman Fairclough, being three themes selected from the corpus of analysis: i) views about the birth of a baby, ii) assistance to the newborn and the family following a C-section, and iii) power-to-know

relationships among health professionals. Results show that the power-knowledge relations among professionals directly influence the newborn care, and that the professional's speeches reinforce the powerful relations inside the maternity environment. At the same time, they create new possibilities through social change for the incentivization of best practices towards the newborn.

Keywords: Newborn. Cesarean. Best practices. Skin-to-skin contact. Breastfeeding. Critical Discourse Analysis.

INTRODUÇÃO

As boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento são um conjunto de práticas recomendadas por órgãos oficiais e instituições de saúde baseados em evidências científicas, que se apresentam como a melhor forma de assistência que pode ser prestada à mãe e ao recém-nascido. Essas boas práticas tem como objetivo reduzir o risco de complicações para mãe e recém-nascido e a mortalidade materna e neonatal, e promover uma atenção humanizada e individualizada ao binômio mãe-bebê (OMS, 2018).

Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram que as boas práticas em relação à assistência com o recém-nascido englobam ações como realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical, não realizar aspiração de vias aéreas em neonatos sem dificuldades respiratórias, manter os recém-nascidos sem complicações em contato pele-a-pele com as mães durante a primeira hora de vida, estímulo da amamentação, administração de 1 mg de vitamina K, dentre outros (OMS, 2018).

Apesar deste e de outros documentos, como as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016a), recomendarem que estas boas práticas devam ser realizadas também com os recém-nascidos de via cesariana, isto continua sendo um grande desafio para as instituições de saúde. Os desafios para prestação deste cuidado estão relacionados à justaposição entre prestar um suporte emocional e social em um ambiente intrinsecamente medicalizado (STEVENS *et al.*, 2016). A promoção do contato pele-a-pele, por exemplo, não é considerada uma prioridade durante a cesariana, e dificuldades de implementação desta prática estão ligados à logística, segurança do paciente e barreiras culturais (BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019).

Tendo isso em vista, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca da ocorrência das boas práticas com o recém-nascido durante a cesariana, buscando compreender sua ocorrência e formas de articulação entre os profissionais de saúde atuantes no setor.

Levando em consideração que o ambiente hospitalar é permeado por relações de poder, desde a sua concepção inicial, e que a promoção das boas práticas com o recém-nascido ocorre a partir da articulação entre a equipe multiprofissional, foram adotados os estudos do filósofo francês Michel Foucault acerca das relações de poder, da formação hospitalar e do biopoder como referencial teórico-filosófico desta pesquisa. Para Foucault, o poder não é algo que se detém, mas sim que se exerce através de redes de relações, sendo o resultado de uma luta contínua e difusa, indissociável dos processos de resistência (FOUCAULT, 2017).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Foucault.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. Foi escolhida esta abordagem pois o estudo trata de dados subjetivos, relativos às percepções, vivências e subjetividades dos participantes (MINAYO, 2007). A abordagem qualitativa permite que os indivíduos compartilhem suas visões de mundo e histórias, permitindo uma exploração complexa, multifacetada e detalhada de seus contextos de fala e, por consequência, seu ambiente de trabalho. Ainda, classifica-se como descritivo-exploratório pois buscou descrever as características de um fenômeno e uma população, explicitando o fenômeno e possibilitando a construção de hipóteses, gerando aproximação com uma realidade ainda desconhecida (GIL, 2010).

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública do sul do Brasil, que atende somente via Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Unidade Hospitalar é certificada como Centro de Referência Estadual na Saúde da Mulher e credenciada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, iniciativa global da OMS e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), que tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a adoção dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno por maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012). Dispõe de Banco de Leite Humano e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) e é credenciada à Rede Cegonha e ao Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON).

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas, sendo a primeira realizada através de observação não-participante de cesarianas e a segunda realizada através de entrevistas com roteiro semiestruturado, com os profissionais de saúde atuantes no setor. Os dados foram coletados de julho de 2019 a janeiro de 2020, sendo primeiro realizada a etapa observacional e, após, a de entrevistas.

Foram observadas as cesarianas realizadas pelas seguintes indicações: falha de progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, placenta prévia total ou parcial, cesárea iterativa, apresentação pélvica, por desaceleração intraparto II, ou por outros fatores que não comprometessem a saúde do feto e da mulher; com a condição de maioridade legal da paciente. Como critério de exclusão, tem-se as cesarianas onde ocorreu realização de outro tipo de anestesia além da raquianestesia (por exemplo, anestesia geral), intercorrências com a paciente (por exemplo, diminuição da pressão arterial, necessidade de reanimação etc), recém-nascidos com $\text{apgar} < 7$, que apresentassem desconforto respiratório, necessidade de oxigenação ou de reanimação neonatal.

Na segunda etapa da pesquisa, foram entrevistados os profissionais que atuavam no setor: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos obstetras, anestesistas e pediatras, bem como os médicos residentes em ginecologia e obstetrícia; que trabalhassem no local há pelo menos um ano. Foram excluídos os profissionais em férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta dos dados. A organização dos dados se deu através da tabulação das notas descritivas e reflexivas das observações, enquanto as entrevistas foram transcritas com o auxílio do *site oTranscribe*. Os textos provenientes das notas de observações e das entrevistas transcritas corresponde ao *corpus* de análise.

A análise do *corpus* ocorreu a partir da modalidade Análise Crítica do Discurso (ACD) proposta por Norman Fairclough, que estuda como a linguagem, o poder e o controle interagem de forma a garantir a dominação através da força social, legitimando relações de poder pré-estabelecidas.

A ACD considera que a linguagem é indissociável da prática social e que a linguística é um método para estudarmos a mudança social. Segundo Fairclough (2001), os discursos se combinam mediante certas condições sociais, e produzem novos e complexos discursos. Assim, a ACD preocupa-se tanto com as relações de poder no discurso, quanto com como estas práticas de poder transformam as práticas discursivas de uma sociedade. Ainda, Fairclough considera que o discurso é, ao mesmo tempo, um modo de representação do mundo e uma forma através da qual os sujeitos podem agir sobre os outros e sobre o mundo.

O *corpus* foi analisado a partir das três dimensões da análise do discurso: o texto, a prática discursiva e a prática social. A análise do texto foi realizada a partir do vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Para a análise da prática discursiva, foi considerado como os textos são interpretados, distribuídos e consumidos pelos que irão recebê-lo, bem como a coerência, contexto, força do texto e intertextualidade. Por fim, a análise da dimensão prática social ocorreu a partir da ideologia e da hegemonia presentes no texto. Também foram analisados recursos como polidez, lexicalização de palavras (atribuição de novos significados a um vocábulo), metáforas, e modalidade (utilização de advérbios ou sufixos de modo) (FAIRCLOUGH, 2001).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos através da Plataforma Brasil, e aprovado sob o parecer N° 3.344.806/2018. Todos os participantes, bem como as mulheres que passaram pela cesariana, formalizaram a participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, distinto para a observação da cesariana, para a entrevista com os profissionais, e para autorização das mulheres. A pesquisa foi desenvolvida conforme as Resoluções N° 466 de 12 de dezembro de 2012 e N° 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016b).

Foram utilizadas as seguintes abreviações, com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes: MA (médico anestesista), MO (médico obstetra), MP (médico pediatra), EN (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), RO (residente de obstetrícia), seguidas pelo número atribuído a cada profissional, nas entrevistas. Para efeito de padronização, foi utilizado o sufixo masculino para nos referirmos aos participantes do estudo. As notas observacionais de cada cesariana estão codificadas como CES01, CES02, etc. Os nomes dos recém-nascidos de sexo feminino foram todos substituídos por “Maria”, e os do sexo masculino foram substituídos por “João”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os resultados

O *corpus* de análise desta pesquisa é formado pela observação de 15 cesarianas e de entrevistas com 18 profissionais de saúde. Ao todo, foram observadas 20 cesarianas, sendo que cinco foram descartadas devido ao fato do recém-nascido permanecer monitorizado,

comprometendo a observação das boas práticas de assistência. As notas da Escala de Apgar de primeiro e quinto minuto dos recém-nascidos variaram de 8/8 a 9/10, e as indicações para realização das cesáreas foram cisto placentário, mioma obstruindo o canal de parto, condilomas, parada de progressão, DIP II, colestase gravídica, apresentação pélvica, falha de indução e cesárea iterativa. O tempo médio de observação das cesáreas incluídas no estudo foi de 2 horas e 18 minutos. A observação iniciou-se no momento em que a mulher entrou na sala operatória, e foi encerrada após o estabelecimento da primeira mamada, na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Além disso, foram entrevistados 18 profissionais de saúde, sendo dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, três anestesistas, três pediatras, três ginecologistas-obstetras, e dois residentes de ginecologia e obstetrícia. Dentre os profissionais, 14 são mulheres e cinco são homens, e a idade variou de 24 a 55 anos. O tempo de formação em suas respectivas áreas de atuação variou de dois a 28 anos, com uma média de 12 anos, e o tempo médio de atuação no setor foi de 7 anos, variando de um a 25 anos. 12 profissionais atuavam em outras instituições de saúde, enquanto os demais atuam somente no estabelecimento do estudo. Ainda, os cursos mais frequentemente realizados em relação ao cuidado com o recém-nascido foram o de reanimação neonatal e o de aleitamento materno, ambos oferecidos pela instituição.

Durante a análise, foram encontrados termos de recorrência no *corpus*, sendo então os resultados organizados em torno destes temas. Dentro de cada um deles, foi realizada a ACD a partir de Fairclough (2001). Os temas selecionados para a análise foram: As visões acerca do nascimento de um bebê, A assistência ao recém-nascido e à família na cesariana, e Relações entre os profissionais de saúde.

“Acho que é um momento lindo, mas ao mesmo tempo é um momento crítico” – As visões acerca do nascimento de um bebê

Profissionais de todas as categorias expuseram suas visões acerca do momento do nascimento de um bebê, a partir da pergunta: Qual sua visão sobre o nascimento de um bebê? A escolha do vocabulário para compor esta visão variou consideravelmente – enquanto alguns profissionais fizeram escolhas lexicais como “responsabilidade”, “técnica”, “risco” e “tensão”, outros utilizaram expressões metafóricas como “momento mágico”, “momento único”, “felicidade” ou, ainda, uniram estas duas escolhas léxico-gramaticais em seus discursos, variando sua prática discursiva entre uma visão biomédica e tecnológica, e uma visão integral

e humanística, relacionando os paradigmas tecnocrático e humanístico. Uma vez que não foi questionada a visão acerca de cesárea ou parto normal e nem a visão a partir de uma determinada posição (enquanto mãe/pai, profissional, etc), os entrevistados expuseram sua opinião de acordo com suas ideologias, crenças, e formação profissional. Como nos excertos a seguir:

Tem que ser, é... Vivido com responsabilidade... Responsabilidade técnica da equipe. E respeitar aquele momento que pra mãe é único (MA1).

Ah, eu acho que é um momento único para quem tá ali vendo, pra mãe, que, no momento que exige muito... Muita responsabilidade de quem tá junto... Porque essa mãe tá se tornando a mãe naquele momento. Acho que tem que ter muita responsabilidade, muita... Quem tá ali tem que ter muita consciência daquele momento e do que tá em risco ali. Né, que às vezes tá todo mundo achando que está, que é só um procedimento, mas ali tem, a gente tem o cuidado e a vida de duas pessoas na mão, né. Que a gente tem ali o... a responsabilidade pela vida das duas pessoas (EN1).

Como profissional é um momento de tensão pra mim, não é um momento de felicidade não. Depois que termina o parto tem uma sensação de dever cumprido, mas durante o processo até o nascimento do bebê, até ele sair e está tudo muito bem, é um momento de tensão pra mim, não é um momento de tranquilidade, momento nenhum (MO3).

A minha visão é uma visão obstétrica (risos), que o nascimento é um processo né... [...] Eu acho que ele é um processo natural mas muitas vezes hoje ele é um processo médico também porque a gente vê muitas pacientes com complicações (MO1).

A expressão “visão obstétrica”, mencionada por MO1, remete-nos a uma racionalidade biomédica da visão de risco e de aspectos patológicos do parto. Nesta visão, o nascimento é visto como um evento técnico que exige alta especialização dos profissionais, que devem estar prontos para atender urgências e emergências decorrentes do processo natural de parturição, que variem do que é fisiológico. Assim, abre-se espaço para a atuação profissional que cerceia ou retira o protagonismo da mulher, através de um processo de vigilância que exige responsabilidade (RANGEL; JUNIOR, 2016). A palavra “responsabilidade” é modalizada por EN1 de forma a enfatizá-la, com a repetição da palavra “muito”. Ainda, EN1 utiliza a metáfora “a gente tem o cuidado e a vida de duas pessoas na mão” para expressar que o nascimento não é só um simples procedimento e que a equipe deve ser ativa na prestação deste cuidado, já que são as mãos da equipe que realizam o cuidado, mostrando que a vida do binômio mãe-bebê encontra-se nas mãos da equipe multiprofissional, e não da própria mãe.

O uso da partícula “né”, ao longo dos trechos selecionados, é compreendido não como um vício de linguagem, mas como um marcador de busca por concordância e reafirmação do

discurso perante a entrevistadora, mostrando um universo de significados compartilhados e uma busca pela validação de sua ideologia, crença ou discurso.

Alguns profissionais, no entanto, remeteram-se ao momento do nascimento como um evento mais amplo e não levaram em consideração o discurso biomédico, em suas falas iniciais, como os anteriores:

Eu acho que é a coisa mais espetacular que possa existir... É uma coisa assim... de outro mundo (MP2).

É um momento único né e... Eu acho que quem tá em volta, faz muita diferença né. Essa história por exemplo de... Que fizeram ali agora, por exemplo de... O nenê nasceu e alguém pega o celular do pai, põe a cabeça e junto... Dá um beijinho na mãe, vamos bater uma foto dos 3... Aí pega o celular, te prepara pra bater a foto do peso. Acho que esse carinho e entrosamento da equipe faz muita diferença, porque é um momento único (MA2).

Eu, minha visão do nascimento de um bebê, uma coisa boa, é felicidade, eu acho que quando o bebê nasce traz esperança, traz felicidade, ai, bebê é tudo de bommmm... (EN2)

A minha visão... É um momento lindo, um momento especial, é um momento de felicidade, de gratidão, de só coisa boa. Eu não consigo relacionar nada ruim no momento do nascimento de um bebê (MP1).

Ai eu acho que é um momento único, que é um momento que tem que ser celebrado e tem que ser marcante, tem que ser uma boa lembrança, assim, para família né? Eu acho que é luz, é vida, é alegria, pra mim... (RO1).

Eu acho que é um momento único, é um momento inesquecível pra aquela família e principalmente pra mãe e pro bebê... Eu acho que é lindo, é mágico, é transformador, eu gosto muito (TE1).

Apesar de trabalharem em um ambiente altamente tecnológico, as palavras e expressões utilizadas – “coisa mais espetacular”, “momento único”, “é felicidade”, “inesquecível” – vão ao encontro do discurso integral e humanista preconizado na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS (BRASIL, 2014). Isto mostra que, mesmo estando inseridos em uma lógica mecanizada, ao se considerar seu ambiente de trabalho, os profissionais ainda enxergam o nascimento como um momento significativo para as famílias, imbuído de sentidos positivos quanto à chegada de um novo ser. Ao utilizar a metáfora “de outro mundo”, o MP2 mostra que, apesar do seu fazer diário em contato com os recém-nascidos, o evento do nascimento continua tendo aspectos que remetem ao sobrenatural e espiritual, ao desconhecido, e até mesmo a algo extraterrestre, que está além da nossa compreensão.

Ainda, alguns profissionais transitam entre a lógica de assistência biomédica e a visão humanística do nascimento:

Temos que atuar nos dois campos, tanto na técnica, da nossa área de atuação, como também participar com a mãe e o pai né, que tá ali acompanhando aquele momento (MA1).

Eu acho que é um momento extremamente importante, pensando obviamente primeiramente na criança que é meu viés de visão de pediatra né, que é um momento de transição extremamente... Ao mesmo tempo que tem um risco enorme a gente tem a tendência de ver pelo risco né [...] Mas ao mesmo tempo, que é um momento mágico que a gente se emociona até hoje, tudo isso, e vejo como um momento de ênfase grande pra família, pra mãe também... [...] Então acho que é um momento lindo, mas ao mesmo tempo é um momento crítico, que a gente tem que tentar não atrapalhar e ao mesmo tempo tá disponível pra fazer o que for necessário se houver necessidade. (MP3)

Eu sei que não importa o que a gente faça, vai ser o dia da vida dessa mulher, então eu sei da importância que é o nascimento, mas o dia-a-dia banaliza. [...] A minha visão de parto e de cesárea é diferente. Eu vejo o parto mais humanizado, eu vejo esse dia especial, eu acho que por a mulher estar mais protagonista, ela tá chorando, ela tá gritando, [...] eu vejo mais esse negócio de um dia especial pra ela. Na cesariana, como ela vem, EU anestesia, EU coloco ela na posição, EU tiro o bebê, eu não vejo isso, eu vejo como mais uma, eu vejo como se fosse uma apendicectomia (TE2).

Ao considerar que são “dois campos”, o MA1 diferencia a assistência prestada visando o cuidado técnico, e a assistência onde o profissional integra-se à mãe e ao pai, demonstrando uma visão humanística. Interessantemente, o MP3 reconhece o seu local de fala enquanto pediatra e faz uma ligação entre as expressões “meu viés de visão de pediatra, né” e “a gente tem a tendência de ver pelo risco, né”. Sua prática discursiva inicia-se pelo discurso vigente na sua formação profissional médica e passa para o discurso percebido enquanto um espectador leigo do nascimento, que se permite enxergar além das técnicas e ser tocado pelo “momento mágico” do nascimento. Além disso, o recurso de fala “né?” pressupõe que a entrevistadora (pesquisadora) concorda com o entrevistado, demonstrando que a tendência do médico pediatra em enxergar o risco das situações já é conhecido entre os profissionais de saúde.

Na fala de TE2, a ênfase dada ao pronome “eu”, com o aumento do tom de voz, mostra que o entrevistado percebe o protagonismo dado ao profissional durante o processo de nascimento por via cesariana. O fato do profissional ver a mulher “como mais uma” expressa uma relação causal entre o emprego do pronome “eu”, que requer o protagonismo para si, e a descaracterização da mulher no processo de nascimento. Isto relaciona-se profundamente com o controle minucioso das operações do corpo, artifício de que se vale o poder disciplinar (FOUCAULT, 2017). Esta relação de poder entre o profissional de saúde e a mulher impede o

protagonismo da mesma e afasta-a do controle sobre o seu próprio corpo, bem como sobre o corpo de seu filho recém-nascido.

Outra questão marcante foi a importância da linguagem utilizada no momento do nascimento. Observou-se que os profissionais modalizam suas palavras e frases de forma a amenizar o impacto do nascimento via cesariana, utilizando recursos como a intertextualidade, ou seja, utilizam palavras do universo infantil, que parecem destoar do ambiente altamente tecnológico onde ocorre este nascimento.

Toda vez que eu vou entrar, principalmente em cesárea que é uma coisa mais mecânica, tu tem menos contato visual com a mãe, eu entro pensando assim "Vamos fazer, que é um momento único pra mãe"; tanto que eu tenho as frases que, porque a gente faz isso todo dia, então uma hora vai virar um hábito, tem que cuidar muito pra não ser só largar um bebê ali né, então sempre tento ao máximo mostrar o bebê pra mãe por exemplo, e falar uma frase que eu sempre falo tipo "BEM-VINDO, FULANO!" e apresentar pra mãe, entendeu? Pra mostrar que é um momento único, pra mim é um momento único (RO2).

RN nasce às 09h20, chorando. MO diz "Ééé, não é fácil... Oi Maria!"
RO mostra a RN por cima do campo cirúrgico "Olha mamãe, ela aqui! Não é linda?" (CES02)

MO diz "Vamos conhecer? Maria... Vai dar para botar chiquinha". RN nasce. MO diz "Ó a bochecha, bem coradinha, olha dinda!" (CES12)

RO1 diz "Oi bebezinha, tudo bem? Vamos te mostrar pro teu pai e pra tua mãe?".
RO2 diz "Que linda, mãe!" e mostram para família. (CES13)

Nestes trechos, chama atenção a oposição entre a ideia de mecanização do processo (representada pela expressão "menos contato visual com a mãe") e as frases de recepção ao bebê. A palavra "Vamos", proferida na forma de pergunta na observação de CES12 e CES13, dá a ideia de que, juntos, o profissional e o recém-nascido farão essa apresentação aos pais, colocando o bebê como figura ativa deste processo. A expressão "sempre tento ao máximo" e "sempre", utilizada pelo RO2 para se referir a mostrar o bebê e falar a frase de boas-vindas, demonstra a dialética do discurso e da prática social: através das frases que RO2 e outros profissionais tentam implementar em sua rotina, busca-se mudar a forma como o nascimento via cesariana é visto, colocando-o como um momento único. Almeja-se, portanto, a mudança da prática através da mudança, inclusive, da linguagem utilizada durante a cesariana, demonstrando o aspecto dialético entre o discurso e a prática social (FAIRCLOUGH, 2001).

“Às vezes, a impressão que eu tenho é que é só mais uma cesárea” - A assistência ao recém-nascido e à família na cesariana

Neste tópico, a assistência ao recém-nascido é avaliada a partir do conceito de biopoder de Foucault, que engloba o poder disciplinar e a biopolítica. Enquanto o poder disciplinar é individualizante e utiliza-se da vigilância, do treinamento e da punição, a biopolítica é uma tecnologia que se dirige ao controle da massa global que é afetada pelos processos da vida como o nascer e o morrer (FOUCAULT, 2005). Os dois aspectos do biopoder puderam ser observados durante as cesarianas e as entrevistas, e podem ser considerados os mais relevantes para a análise da assistência prestada ao recém-nascido e sua família.

Quando questionados sobre o que são boas práticas no atendimento ao recém-nascido, os profissionais demonstraram um saber balizado por suas formações profissionais e visões do momento do nascimento.

Boas práticas acho que, pra gente, aqui, é ter o conhecimento dos passos que devem ser seguidos. Ter as condições pra fazer, de equipamento, de equipe, né... Qualificada, ali. E colocar em prática, e na hora que for, saber o que fazer (EN1).

É tudo o que eu posso fazer que seja de melhor para atendê-lo com assistência adequada, sem riscos e sem coisas desnecessárias, isso que são as boas prática (MP1).

Segurança, acima de tudo né, que a gente quer que saiam daqui pai, mãe e bebê ou mãe e bebê que não tem o pai né, saudáveis e isso é acima de todo o resto (MP2).

Nestes discursos, observa-se uma hipervalorização dos aspectos biomédicos e a ligação entre eles e a segurança, remetendo-nos à ideia de biopoder de Foucault. Isto é percebido através das expressões “segurança acima de tudo, né”, onde o médico pediatra pressupõe que a entrevistadora saiba que a segurança é o aspecto primordial que deve ser levado em consideração durante o atendimento do recém-nascido.

Interessantemente, os médicos anestesistas trouxeram elementos léxico-gramaticais que remetem à ideia de que as boas práticas com o recém-nascido vão além do cuidado com ele, englobando também a saúde da mãe.

As boas práticas são toda e qualquer atitude que garanta né... A preservação e integridade da criança E da mãe. Qualquer processo, qualquer atitude, qualquer procedimento que garanta isso (MA1).

Olha, eu acho que isso tudo o que eu acabei de falar tá bem relacionado com as boas práticas né, claro com cuidado com infecção, a boa prática técnica também né, mas isso... Mais uma obrigação nossa, de ter esse cuidado, de se escovar bem, de ter esse material né, de cuidado pra não contaminar... Mas eu acho que o mais importante mesmo é esse suporte que a gente dá pro momento de nascer ali e pra colaborar digamos assim com a alegria do casal (MA2).

Eu acho que tem que ter o contato cedo com mãe, amamentar o mais breve possível, ter todos os parâmetros clínicos e a gente tem que cada um fazer a sua parte né... O anestesista manter a mãe com uma boa pressão, o pediatra tem que dar essa assistência logo no nascimento e enfim... E tentar colocar já junto com a mãe o mais breve possível (MA3).

A ênfase que o MA1 inculuiu ao conectivo “e”, ligando “criança” e “mãe”, através do aumento do tom de voz, demonstra que o entrevistado considera que seja importante que não esqueçamos da mãe no cuidado prestado ao recém-nascido. Também, o MA2 ressalta a importância de considerarmos os procedimentos específicos do setor ou outros locais de atendimento especializado, como o controle de infecção e a escovação. Apesar da pergunta não ter sido relacionada às boas práticas na cesariana, a princípio, os anestesistas MA2 e MA3 consideraram somente esta realidade, pois esta é a visão de mundo que o seu labor lhes oferece, ou seja, é a partir deste local que seu discurso é produzido e distribuído (FAIRCLOUGH, 2001). A importância da estabilidade da mãe também é lembrada por RO2 e TE3:

Bebês saudáveis e mães saudáveis, primeira coisa. Não acho correto tu tentar ser o mais legal possível com essa mãe e com esse bebê e eles não estarem bem, a mãe ou o bebê né, não estar bem (RO2).

Acho que é tudo que vá ao encontro desse momento, esperado pelos pais e o que seja feito, independente do quê em prol da assistência melhor que seja possível pra ele e pra mãe no momento do nascimento (TE3).

Neste sentido, a escolha léxico-gramatical “ser o mais legal possível” demonstra que o cuidado humanístico não é visto como tão importante para que mães e bebês estejam saudáveis, quanto o cuidado biomédico. Neste discurso, o cuidado humanístico não parece estar ligado à promoção de bebês e mães saudáveis. Porém, a amamentação na primeira hora de vida tem efeito protetor sobre a mortalidade infantil e deve ser incentivada independente da via de nascimento (BOCCOLINI *et al.*, 2013), estando também associada à maior duração do aleitamento materno (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2012). Logo, realizar boas práticas como incentivar a amamentação na primeira hora de vida e o contato pele-a-pele não precisaria ser visto somente como ser legal ou simpático com a mãe e o recém-nascido, e sim como uma assistência indispensável à promoção da saúde do binômio.

Ainda, o discurso do MP3 corrobora a ideia de que o biopoder se faz presente através da prática intervencionista durante o nascimento:

Não atrapalhar quando acontece tudo bem, quando é fisiológico o processo, acho que nossa maior função é não atrapalhar. A gente vem de uma formação muito intervencionista, eu por exemplo na minha formação, eu vim de uma maternidade em que o atendimento era... Hoje eu tenho essa crítica né, em que o atendimento era muito ruim, muito intervencionista, a gente fazia coisas que não tinha necessidade, tanto a equipe, a parte obstétrica quanto a parte pediátrica, então acho que quando o processo é fisiológico, a mãe tá bem e o bebê tá bem, a nossa função é não atrapalhar né. É o *hands off*, é deixar que a natureza conduza aquilo ali e que o instinto conduza, que eu acredito bastante nisso. Mas quando não é fisiológico a nossa função é dar todo o suporte necessário e daí com toda a velocidade possível e com toda a técnica que a gente tem que tá pronto pra suprir (MP3).

Eu acho que a forma como a gente vê hoje é diferente da forma que a gente via há 10 anos atrás. A gente tinha uma atitude mais intervencionista pra tudo, tanto pra parto, quanto pra cesárea, tanto pra cuidado do bebê. Hoje aquela coisa da hora ouro, de colocar o bebê, é... De esperar o cordão parar de pulsar, acho que uma posição, são boas práticas mesmo que com o tempo a gente acaba se acostumando e vendo como é melhor mesmo (MO3).

Reforçando a ideia do RO2, de que mãe e bebê devem estar bem, o MP3 relata que a função da equipe é “deixar que a natureza conduza” o momento do nascimento, quando este se dá por meios fisiológicos. Ao considerarmos que a cesariana é uma cirurgia de grande porte e que a natureza não está conduzindo o processo, e sim a equipe de saúde, o discurso de que devemos respeitar e não atrapalhar o fisiológico acaba se perdendo no contexto do nascimento via cesárea, abrindo margem para a atuação dos profissionais sobre o corpo da mulher e do recém-nascido. No trecho de MO3, também é destacada a atitude intervencionista e a mudança gradual em direção a um novo paradigma de atendimento, ressaltando que isto ocorre após o profissional certificar-se de que isto é “o melhor mesmo”, escolha léxico-gramatical que explicita a conclusão de um processo de reflexão da profissional.

A análise observacional de como ocorrem as boas práticas na cesariana na instituição de estudo trazem questões relevantes ao exercício do biopoder a partir da equipe de saúde e da instituição. Foucault considera que “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2005, p. 302). De forma geral, as cesarianas ocorrem obedecendo a um fluxo pré-determinado, evidenciando o aspecto de normalização da vida e de regulamentação dos corpos:

RN nasce. Espera de 1 min para cortar o cordão. Levada ao berço aquecido. MP procede o exame físico.

MA pergunta para a mulher “Está se sentindo bem?”. Vai até o berço, arruma o campo, abaixando-o, e diz “A gente abaixa aqui e ela pode ver de lá”. Mãe sorri. (CES03)

TE explica que fará “remedinhos” nela. Pai diz “Vai fazer mal?”, TE responde “Não, mal a gente não faz aqui”. TE realiza a limpeza do coto umbilical e explica como cuidar. Diz “Agora vou fazer uma injeçãozinha para ela não ter hemorragia umbilical, tá?” Bebê chora e TE consola “Ohhh bebê... Não chora...” (CES01)

MA diz “Será que a doutora pediatra não deixa a gente ligar só um pouquinho o ar, só pra...” e residente da pediatria olha de canto de olho para MA. MO diz “Nasceu o João!”. RN chora. TE (instrumentadora) pergunta para MP “Vais esperar?” referindo-se ao clampeamento do cordão; MP diz “Sim, sim”. RO mostra para mãe “Oh mamãe!”. MO “Que lindo que ele é!”, entregando para técnica. MP diz “Oi bebê!”, ao colocarem o RN no berço. P procede exame físico. (CES05)

RN nasce chorando, vigoroso. Cordão clampeado e cortado após 2 min. Secam RN com calma (3 RO + 1 TE). RO mostra RN para mãe por cima do campo cirúrgico. Aguardam clampeamento, RO coloca RN no colo. Entregam para TE que leva RN ao berço. RP procede exames. Pai fala com RN todo o tempo. Pai pergunta para RP “Avalia pra ver se tem alguma coisa?” RP diz “Sim, a gente avalia todos os bebês, de cima a baixo, para ver se tem alguma coisa. Pai “Ah, tá... E tá tudo bem?” RP “Sim, tudo certo.” RP levanta RN no berço e mostra para a mãe. Diz para eles “Tá tudo bem, viu? Tudo certo com ela”. TE pergunta ao RP se o bebê está liberado para ir para o colo da mãe. RP diz “Deve”. (CES06)

No trecho da CES01, as palavras “injeção” e “remédio” são modalizadas com o sufixo diminutivo – “injeçãozinha” e “remedinho” para diminuir seu impacto, como um recurso de polidez. Na CES06, o pai demonstra preocupação com a avaliação da médica – “tem alguma coisa?” expressa todo um sentimento de expectativa diante do nascimento do filho, um pensamento de que ele só está sendo examinado pois aparenta ter alguma patologia. O pai não está habituado a vivenciar o momento do nascimento hospitalar e todas as suas rotinas, então ele não tem o conhecimento e nem a visão, naquele momento, de que este procedimento é realizado com todos os recém-nascidos e não apenas com o seu filho. Isto tem uma estreita relação com o domínio da segurança da biopolítica: em nome da promoção da saúde do bebê, o pai deixa-o que seja submetido aos exames que são realizados de rotina pela instituição hospitalar (FOUCAULT, 2005).

Ainda na CES06, o MP faz uma escolha lexico-gramatical pela ação de “dever”. Isto retoma a ideia de que o médico detém o poder neste momento. Ao mesmo tempo, cabe ao técnico realizar ou não a ação, o que mostra como se articulam as relações de poder neste local: uma rede pela qual os indivíduos circulam, exercem e sofrem ação do poder. Além disso, os micropoderes se instauram, de forma importante, em setores mecanizados onde as pessoas estão habituadas a obedecer (FOUCAULT, 2017).

Na cesárea ele vem, é tirado da mãe, mostra pra ela, vem, faz os atendimentos e tá liberado pra voltar [...] Se é um bebê que nasceu bem, o nosso cuidado ali tu vê, é super rápido, demora dois, três minutos, não mais que isso. Não precisa demorar. Olhou, examinou, pesou, devolveu né... Não tem porquê ficar ali, esse tempo é precioso né. Você vê quando tá bem né, tu já sabe. Coisas menores não é hora de ver né, um sinal, um negócio, uma pintinha, isso não é hora de ficar procurando, até porque assim... Quando o bebê nasce tá sujo de vérnix, então não é a hora de tu fazer um exame de pele, tu vai passar depois. Então esse exame mais completo não é hora, ali é observar se o ânus tá pérvio, se não tem nenhuma formação aparente, se tá respirando, o tônus, a cor, tá bem? Pesou, mediu, tá resolvido. (MP2).

Eu vou te dizer que na cesárea a gente acaba fazendo o exame do bebê, o primeiro exame já naquele momento ali. Pesa, mede, o bebê tá bem já fica ali pra receber os cuidados né, pra receber a Vitamina K e PVPI. A gente não faz nada desses cuidados iniciais, a gente pesa, mede, coloca o clamp no cordão né, bota a toquinha, pronto e daí as meninas perguntam "tá liberado pros cuidados?" aí a gente só diz que sim (MP3).

A ideia de normalização da vida está presente nestes trechos, uma vez que antes mesmo do bebê conhecer a mãe, ele é pesado, medido, avaliado pelo profissional que tem autoridade perante os demais para fazê-lo. Na biopolítica, segundo Foucault (2005), há uma preocupação não só em torno do problema da fecundidade, mas também da morbidade. É necessário que estes bebês cresçam e se desenvolvam com saúde, não só por conta de suas famílias, mas pela necessidade da sociedade. Nos discursos dos pediatras, fica evidente a avaliação sistemática dos bebês com o uso seguido das ações olhar-examinar-pesar-medir, faladas em sequência, demonstrando a rapidez e a eficiência da avaliação.

Esta rapidez e eficiência vem encoradas em um paradigma biomédico, expresso nos trechos:

Olha... Aqui que eu vejo boas práticas que a gente já conseguiu implementar assim... Coisas mais concretas né. Mostrar o bebê pra mãe logo que nasce, se o bebê tá bem, aliás antes disso até, clampeamento oportuno do cordão, que eu acho que já tá, a gente já tem evidências robustas pra isso, de que não tem porquê agilizar aquilo então se o bebê nasceu bem, pelo menos 30 segundos ainda no cordão. Então isso a gente já tem feito e que não tenho dúvida que tá funcionando porque todo mundo tá acostumado já a ligar ali o relóginho e os obstetras ficam esperando a gente dá o ok né... Ou até mesmo o bebê nem nasce tão bem e eles continuam segurando lá o bebê até a gente falar "não, eu quero que clampeie" então se gente tá pensando levar pro berço de reanimação, então essa questão do clampeamento oportuno do cordão é uma coisa de boas práticas que a gente já conseguiu instituir. Mostrar pra mãe, trazer o pai ou o acompanhante pra perto do berço, ali na hora em que a gente começa a manipular o bebê pra ter a presença ali. Eu acho importante coisas que podem parecer bobas... (MP3)

Às vezes eu acho que é muito mecânico, pega o bebê, tira o bebê, seca o bebê faz os cuidados e leva embora, eu acho que às vezes é um pouco apressado, acho mesmo (MO2).

MO3: É que a cesárea ainda é uma coisa que tá muito mecanizada ainda, não tem a... É que eu não acompanho muito o atendimento do bebê, a gente tenta fazer com que seque o bebê, demore pra clampar, mas eu ainda vejo que tem muita coisa pra melhorar. Sabe, esse contato da mãe com o bebê vai acontecer depois, não vai acontecer logo em seguida né, aquela coisa de abaixar o campinho e ver o nascimento do bebê.

Pesquisadora: Como é que tu vê de abaixar o campo? Você fica com receio de infecção?

MO3: Acho legal e não fico com receio. (MO3).

Olha eu acho que é meio uma rotina assim né, caiu numa rotina que eles não diferenciam muito né, cesárea é cesárea, tem várias cesáreas e... É todo um corre corre né, poderia ter um tempo diferente né, de antes e durante né... Uma coisa mais... Mais agradável né, pra quem tá passando pelo procedimento né, ele é uma coisa meio mecânica (MP2).

Porque assim, eu acho que poderia ser um pouquinho diferente, é que às vezes a impressão que eu tenho é que é só mais uma cesárea. Não só na cesárea como em qualquer outro procedimento, acho que a gente vai ficando muito mecânica e na cesárea eu acho que às vezes, como é que eu vou te dizer? É que eu acho que é tudo muito sequencial, muito automático, muito mecanizado, não sempre, às vezes até eu faço mecanicamente, sabe? Eu acho que poderia ser um pouco diferente. (TE1)

A escolha pelos vocábulos “apressado”, “corre corre”, “mecânico” e “mecanizado” remete à ideia da alta tecnologia presente neste ambiente de sala operatória e SRPA, que é mecanizado por si só. O uso do termo “mecânico” e seus derivados pode ser considerada uma lexicalização, pois é uma palavra utilizada em outro contexto que assume um novo significado. Assim, pode-se considerar que a pressa em realizar os procedimentos faz parte da mecanização do serviço, que tem também uma ligação com o ambiente em si: um ambiente especializado e com pessoas treinadas para agir em casos de urgência. Locais como o centro cirúrgico são cenários que propiciam a mecanização do cuidado e que dificultam a prestação de uma assistência humanizada por parte dos profissionais (MENDONÇA et al, 2016). O MP2, por sua vez, faz uma escolha léxico-gramatical por “liga o relóginho”, reforçando a ideia de que neste ambiente não há tempo a perder.

Apesar da tecnologização do nascimento via cesariana ser percebido por praticamente todos os profissionais, os residentes de obstetrícia e ginecologia percebem que a mudança na formação dos médicos mais jovens vem implicando em uma melhoria na assistência prestada por estes aos recém-nascidos. A formação acadêmica do profissional médico a partir de uma perspectiva humanística é importante para a transformação do modelo assistencial vigente, pois

contempla as necessidades dos pacientes de forma integral e humana (TERRA *et al.*, 2018). Desta forma, os residentes entrevistados também reproduzem, em seu discurso, uma ideologia humanística de assistência ao recém-nascido e às famílias:

Ai.. Eu acho que a gente podia fazer mais, assim, eu acho que a gente faz pouco, sabe? Eu sou uma que eu gosto sempre de antes de clampear, pra dar aquele tempinho ali de clampear, já mostrar pra mãe e pro pai né, secar bem bonitinho pra também eles não fiquem feinhos assim pra eles verem né (risos) daquele jeitinho assim sujinho, e sempre mostrar pra mãe e pro pai, deixar um tempo ali... E... Eu acho que talvez na hora que a gente clampeia, que passa pro pessoal da enfermagem, talvez antes de levar ali pra mesa já colocar próximo da mãe, sabe? (RO1)

Eu acho que eles não respeitam esse tempo de deixar o bebê com a mãe, acho isso errado. Eu acho que AGORA, nesse ano, principalmente, essa leva, querendo ou não é R2 e R3 que faz a cesárea, então essa leva de R2 e R3 todos apresentam pra mãe, todas tão naquele momento assim, tanto que todos os pais tiram foto assim mostrando, acho que é uma leva que tá começando a respeitar isso, que eu não via no meu R1, no R2, dois anos atrás, três anos atrás. Então todas mostram. E... Eu acho que eles correm muito pra fazer exame, não acho legal, eu acho que o pai tem que acompanhar o exame.[...] Tipo assim ó, o pai tá desse lado aqui com a mãe, aí “Pai, vai correndo ali ver”, acho que podia ser uma coisinha mais devagar se o bebê nasceu bem, entendeu? Mostrar o peso, aquela coisinha mais devagar, e seria só uma hora depois que o bebê tivesse ali com a mãe, entendeu? Então isso não acontece, isso nunca acontece. E acho que até por questão de ser uma maternidade lotada né. Tipo, não sei, as meninas também tem que sair e fazer outras coisas né. E eu acho que a gente, a gente os obstetras, o que pode se policiar é o tempo do cordão, isso sim. Que foi uma coisa que eu comecei clampeando muito rápido e fui melhorando assim [...] Uma coisa que eu não concordo que muitas vezes acontece, pegar o bebê já ir direto examinar, acho que se o bebê nasce bem não precisa ir correndo examinar, não vai ganhar peso, não vai crescer se ficar lá uma horinha com a mãe deitado, que eles não fazem aqui né, não deixam uma horinha deitado com a mãe na cesárea (RO2).

No trecho de RO1, o uso da expressão “a gente” é feito considerando a equipe médica, e não a equipe de enfermagem. Assim, o residente faz uma culpabilização da própria classe profissional, principalmente ao dizer “eu sou uma que eu gosto”, ou seja, a repetição do pronome “eu” para salientar uma ação que ele sabe que não são todos que realizam.

Já no discurso de RO2, é utilizado o pronome “eles” para falar da equipe que não realiza os cuidados que o locutor acredita serem os corretos, enquanto ao final do trecho é utilizado “a gente” para se referir aos obstetras, ressaltando que o que pode ser feito por eles, na cesariana, concerne ao aumento do tempo de clameamento do cordão umbilical. Estes trechos mostram como os papéis são bem diferenciados dentro da sala operatória: quais profissionais são responsáveis por cada etapa do atendimento.

Ainda, ambos residentes consideram que mostrar o bebê para a mãe, logo após o nascimento, por vezes ainda ligado à ela através do cordão, é algo que pode ser realizado

visando à humanização da assistência. Neste sentido, o discurso dos residentes de obstetrícia vai ao encontro do discurso dos técnicos de enfermagem, que identificam que a falta de protagonismo da mulher no processo de nascimento da cesariana está ligada a uma desumanização do paciente cirúrgico:

Acho que deveria ter mais a participação da mulher nesse processo, da mãe, acho que ela é deixada às vezes um pouco de lado. É esquecido que o momento é deles né... (TE1).

Algumas coisas são muito boas, outras não. A parte técnica, justamente por essa mecanização do atendimento, a parte técnica é impecável, isso o curso de reanimação neonatal nos deixou muito técnico. Eu tenho o *golden minute*, eu tenho que secar esse bebê, eu tenho que aspirar as vias aéreas, eu tenho que ter um batimento acima de 100 em 1 minuto. Não importa pra mim se a mãe tá chorando, não importa pra mim se eu tenho uma pinça pesada puxando o cordão do bebê pro canto, não importa pra mim como é que tá a cabeça sabe, eu preciso dele seco e quente em um minuto, então a parte técnica é excelente, a parte humanizada peca. [...] Essas pacientes que se destacam positiva ou negativamente despertam na gente uma não mecanização, mas as pacientes todas iguais, essas pacientes que vem preparadas pra cesariana, elas não viram essa nossa chavezinha de sair do mecânico pro pessoal e isso se reflete no bebê, quando vem aquela mulher nervosa que já perdeu três bebês e agora vai fazer a cesariana e tem dificuldade de engravidar e a gente se comove pela história dela e a gente reflete isso no atendimento do bebê sabe, tem essas coisas assim (TE2).

A cesariana ela tem aquela visão, as pessoas têm aquela visão da cesariana de... Uma cirurgia, que na verdade deixa de ter aquela visão do parto, que o parto é tão humanizado e a cesariana eles já deixam de ter essa visão que é uma cirurgia, todo aquele risco, eu acho que a gente tem que fazer o melhor e tentar fazer o mais humanizado possível porque já deixa de ter aquela visão sabe, as pessoas vêm como cirurgia, um risco, a mãe fica totalmente preocupada com ela e com o bebê, acho que tu tem que fazer um melhor jeito pra tentar ser mais humanizado possível né, deixar a pessoa mais confortável, tanto a mãe quanto o pai porque pra eles é tudo muito diferente. Parto normal não que seja normal mas que também não se compara, não tem aquele negócio de anestesia, não tem né, tudo diferente. [...] Assim, tem mães que chegam aqui e são mais ariscas, tem mães que são mais ariscas mas quando elas tão muito, que elas precisam daquele carinho, daquela atenção aquele momento ali porque é uma cirurgia, é um momento, tanto que é uma cirurgia é um momento especial que vai nascer teu filho, eu acho que tu tem que tá ali e trazer a humanização (TE5).

Na fala do TE1, a escolha léxico-gramatical “deixada às vezes um pouco de lado” apresenta um sentido de polidez, pois o uso das expressões “um pouco” e “às vezes” ameniza o fato da mulher ser deixada de lado, dando a impressão de que ela não é totalmente subjugada neste acontecimento. Este é um recurso utilizado, geralmente, quando se quer retirar o peso do que será dito em seguida. No trecho de TE2, a repetição do pronome “eu” e da expressão “pra mim” refletem que a ação é tomada inteiramente pelo profissional, e que ele detém o poder sobre o bebê. Não é o bebê que tem o *golden minute* e o bebê que tem o batimento acima de 100 bpm, e sim o profissional.

A repetição destas escolhas léxico-gramaticais revela uma coerência no texto pois, logo em seguida, o locutor deixa claro que estas ações vão de encontro ao atendimento humanizado – portanto, faz sentido a utilização destes recursos para mostrar que o profissional é o ator principal neste momento. Por fim, TE5 utiliza a palavra “arisca” para se referir à mulher que está passando por uma cesariana. Esta é uma lexicalização muito interessante, uma vez que esta palavra é utilizada, majoritariamente, para falar de animais e não de pessoas. Assim, a fala de TE5 transparece um discurso desumanizador destas mulheres, que é corroborado inclusive pelo que é dito anteriormente, no mesmo trecho: ao dizer que “deixa de ter aquela visão do parto”, e ligando a ideia do parto normal a algo “humanizado”, fica evidente a ação de “deixar” de lado a visão “humanizada” na cesariana. Por estar ocorrendo uma cirurgia, torna-se difícil enxergar esta mulher e seu bebê em toda a sua integralidade (MENDONÇA *et al.*, 2016).

Assim, o nascimento em uma sala operatória mostra-se desafiador para alguns membros da equipe de saúde. Stevens e colaboradores (2016) relataram que a maioria dos profissionais reconhecem que o nascimento é uma importante experiência social e emocional para a mãe e o acompanhante, porém, também reconhecem que a sala operatória é um ambiente complexo, onde o foco é a realização dos procedimentos com segurança e eficiência. As boas práticas de assistência ao recém-nascido, como a promoção do contato pele-a-pele, simbolizam uma justaposição entre destes dois fatores conflitantes presentes no parto, levando os profissionais a um conflito interno durante a prestação do cuidado.

Em apenas três das cesarianas observadas foi realizado o contato pele-a-pele e estímulo da primeira mamada imediatamente após a avaliação do pediatra, nas demais, a amamentação ocorreu apenas na SRPA, sendo que nem todas ocorreram dentro da primeira hora de vida.

Após alguns minutos, TE leva RN para mãe. Sem contato pele-a-pele, mãe apenas conversa e dá alguns beijos no RN. MA pergunta “O ar tá ligado?”, TE responde “Ainda não, o bebê tá ali”. T3E diz para mãe “Vou levar ela pro berço, ficar bem quentinha, e fazer os cuidados, tá?”. TE coloca RN no berço, na sala operatória, e faz os primeiros cuidados. Diz ao bebê “É só uma picadinha, nem chorou, nem doeu...” (CES05)

TE diz “Vamos lá conhecer a mãe? Vamos, linda...” TE: “Dinda, prepara a câmera!”. TE coloca RN perto da mãe. Coloca em contato pele-a-pele com a mãe abraçando as costas do RN, posição de mamada. RN para de chorar. TE e mãe conversam baixo e calmamente com RN. Permanece no seio materno. Não está coberto por campo aquecido. TE diz para mãe “Agora eu vou levar o bebê pra outra sala tá? [...] Daqui a pouco você vai lá com ela”. T2 pega o RN, enrola no campo e diz para acompanhante “Podes ligar o ar ali pra eles?”. Chegada do RN na SRPA. Ficou 5 min no contato pele-a-pele. (CES04)

T3 enrola o bebê no campo e leva para M, diz “Oi mãe, eu sou a Maria”. Mãe dá beijos no bebê. T3 diz “Agora para ligar o ar e ficar fresquinho aqui pra eles tá? Vou levar ela pra outra salinha e o acompanhante vai junto.” (CES03)

TE explica ao pai que dará injeção no RN. “Vou fazer uma injeçãozinha nela, tá? Para não ter hemorragia”. Pai assente com a cabeça. (CES15)

Nas três observações, é possível perceber a utilização do recurso “tá?”. Esta é uma pergunta retórica realizada à mãe, um complemento à informação que lhe foi dada de que seu bebê irá para outro lugar. É uma forma utilizada pelos profissionais para integrarem a mãe ou o acompanhante ao que é realizado com o recém-nascido, mas sem abrir-lhes espaço para ação ou questionamento de conduta. É interessante pensarmos que, dificilmente, alguém responderá a este recurso dizendo “Não, não tá, eu quero que ele permaneça aqui comigo”. Ao pensarmos nessa possibilidade, podemos imaginar uma cena onde haverá uma briga, ainda que não declarada, pelo poder de decisão sobre o recém-nascido. Recém-nascido que, apesar de “pertencer” aos pais, é de responsabilidade da instituição hospitalar neste momento. O contato pele-a-pele após a cesárea faz com que a mãe tenha uma sensação de controle após o nascimento e de poder sobre seu bebê (STEVENS *et al.*, 2018).

Na CES05, é possível observar o uso do vocábulo “ainda” como forma de expressar que o ar com certeza será ligado, bastando apenas a retirada do bebê da sala, dando a ideia de que isto será feito brevemente. O conectivo está implícito – a causa do ar não estar ligado é a presença do bebê. Na CES04, o uso da expressão “daqui a pouco” modaliza o discurso, fazendo parecer que o tempo de separação entre mãe e bebê será curto.

De acordo com os dados e, como observado em outros estudos, uma das barreiras para realização do contato pele-a-pele na sala operatória é a questão da temperatura do ambiente, pois a sala operatória tende a ser mais fria que uma sala de parto comum (SCHORN *et al.*, 2015; TRAN *et al.*, 2018; BALATERO; SPILKER; MCNIESH, 2019). A temperatura adequada do ambiente em que se encontra o recém-nascido deve estar entre 23 e 26°C, sendo que a mãe também deve estar normotérmica (SBP, 2018). Uma possível ação dos médicos pediatras quanto a mudança desta conduta é expressa no trecho:

Eu vejo o contato pele-a-pele como... Além da coisa do vínculo que é importantíssimo e às vezes na cesárea isso fica em segundo plano porque tem aquela coisa mais técnica do procedimento cirúrgico, eu vejo muito o pele-a-pele como um estímulo ao aleitamento materno precoce né, na primeira hora e tudo. Então acho que assim, na cesárea de fato isso não acontece, porque aqui a gente recebe o bebê e fica ali, recebe os cuidados né, colocar a fralda e tudo e aí o que eu percebo? Que a gente também

como equipe, como pediatra, eu vejo também que a gente não tem um movimento de querer mudar isso. Termina-se a cesárea, às vezes antes de terminar a cesárea o pai e o bebê já vão pra sala de recuperação, o bebê já fica lá no bercinho. [...] Então de fato a gente põe na prescrição, a gente põe, acho que meio que às vezes pra livrar a nossa consciência, pra dizer "não, eu prescrevi, se não foi certo... A culpa não foi minha" sabe, mas isso de fato, eu acho que o contato pele-a-pele no ambiente de cesárea das partes de boa prática não é feito, no ambiente de parto normal sim, sempre, agora aqui na cesárea... (MP3)

Esse impedimento de não deixar muito tempo ali no contato com a mãe por "Ah não, tira logo o bebê, vamos ligar esse ar..." e daí o pediatra, quando o obstetra já diz "vamo ligar esse AAAR, tá muito caloor.." o pediatra já diz "então vamos levar pra lá" porque... É muito melhor a gente afastar ele ali naquele momento, da mãe, do que deixar ele (EN1).

Estes trechos revelam que a sala operatória é um ambiente de disputa profissional em relação ao cuidado com o recém-nascido, com a presença e ação de diversos atores que detém o poder sobre o bebê (STEVENS *et al.*, 2018). Ao referir-se à classe dos pediatras, MP3 se inclui e assume, também para si, a responsabilidade por não tentar mudar a forma como o recém-nascido é atendido durante a cesárea. No trecho de EN1, sua fala é modalizada pelo tom de voz, com aumento e prolongamento dos vocábulos "ar" e "calor", exprimindo que o pedido dos obstetras para desligar o ar-condicionado da sala operatória pode soar, algumas vezes, exagerado.

Interessantemente, este trecho de TE4 traz um discurso que mostra como os demais profissionais acabam se articulando de forma a não acatar todas as ordens médicas e chegam a preferir não realizar o cuidado que julgam certo, com o objetivo de evitar conflitos:

Deixar de fazer eu já deixei de fazer, muita coisa assim, a questão de fazer o pele-a-pele, botar o neném pra mamar eu já deixei de fazer quando eu queria e... É... Começou a ter muito envolvimento de... Tipo médico que queria interferir e eu disse "eu vou parar de fazer" porque ele quer interferir e ele não sabe, ele nunca amamentou, ele nunca fez um curso de aleitamento e ele tá interferindo de uma maneira que não é legal né, que não é o correto, então eu vou parar de fazer, pelo menos na frente dele (TE4).

Por fim, os profissionais parecem reconhecer as ações de poder que são exercidas sobre o recém-nascido. A partir do século XIX, o saber técnico da medicina passa a ser uma técnica política de intervenção, sendo possível observar a estatização da medicina e a formação da autoridade do médico (FAHRI NETO, 2008). O hospital é um dos locais que está ligado ao poder medical, tendo as outras profissões a ele subordinado.

“Antigamente, era o obstetra que era o dono do pedaço ali e ninguém dava palpite nenhum”
- Relações entre os profissionais de saúde na cesariana

Para Foucault (2017), o poder é uma prática social construída historicamente que não tem natureza própria, e sim se manifesta de formas heterogêneas que estão em constante transformação. As relações de poder-saber encontradas em nossos dados expressam como os aspectos da formação da instituição hospitalar estão presentes atualmente, através das relações entre os profissionais atuantes no local do estudo. A frase de MP2, que nomeia esta seção, revela como os profissionais percebem uma mudança na articulação das relações de poder na instituição. Ao fazer a escolha léxico-gramatical “dono do pedaço”, usa uma metáfora para dizer que o ambiente, em seus aspectos físicos e relacionais, pertencia ao médico obstetra.

Eu acho que eu não consigo aprender nada se tu me disser assim “Tem que ser assim”. Eu só consigo absorver e entender se tu me explicar o porquê, senão eu não consigo. E eu acho isso ridículo, porque “porque é assim” porque é assim não, tem que ter o porquê. Então assim, eu questiono mesmo, eu fico indignada mesmo. [...] Às vezes falam que a gente não pode questionar procedimento, eu acho que pode. Tu não pode dizer que não pode fazer, tu não pode barrar ele, mas questionar o por que tu deves (EN2).

No discurso de EN2, está embutida uma ideologia que vai contra o poder simplesmente pelo poder, sendo necessário que o profissional prove o seu saber para que sua conduta seja aceita. Nesta microrelação, a relação de poder pode se inverter. Esta atitude questionadora pode ser considerada uma forma de resistência frente ao poder medical, que se exerce não de forma física, mas através do discurso. Os excertos a seguir tratam dos conflitos existentes no setor:

A gente tá o tempo inteiro em conflito de interesses, a gente trabalha em equipe, só que uma equipe em que todas as partes são muito importantes, tão importantes que às vezes são mais importantes que outras importâncias, tá todo mundo puxando pro seu. Por isso que assim, quando uma parte quer ajudar é ÓTIMO, quando a parte quer atrapalhar, atrapalha MUITO (TE2).

Principalmente do obstetra porque é onde gera mais conflito de poder botar o bebê ou não poder não poder botar, porque tem que ligar o ar ou não tem que ligar o ar, a gente vive num impasse. Às vezes acontece que o obstetra manda ligar o ar, o pediatra não deixa ligar o ar e daí tu fica naquele, tu não sabe o que faz, tu não sabe se leva o bebê ali, tu não sabe se leva o bebê pra lá, tu não sabe e no fim... Influencia, total. (TE1)

O discurso de TE2 deixa explícito o conflito de interesses e, por consequência, o conflito de poder existente no local. Através da articulação das palavras “importantes” e

“importância”, é expressa uma tendência dos profissionais a considerarem apenas o seu fazer como importante e desconsiderarem os demais. Ou seja, por terem consciência da importância do seu trabalho, acaba sendo gerado um conflito de interesses que se sobrepõe à real necessidade do paciente, no momento.

Na fala de TE1, há uma ligação direta entre os vocábulos “obstetra”, “poder” e “conflito”. O profissional atribui a expressão “a gente” aos técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam no local, uma vez que em seguida cita as ações que os obstetras e pediatras fazem e que geram confusão nesta categoria.

É que eu sou uma pessoa que eu nunca vou me meter na parte do outro. Eu sempre tô ali pra aprender. Por exemplo instrumentando, quando a gente tem que instrumentar eu faço um monte de coisa errada. As gurias me explicam, e eu tô ali pra aprender, não sei fazer isso. Então assim, acho que aqui tem bastante isso, ninguém se mete muito no lugar do outro, mas tipo, ou vai aconselhar, é diferente de ser grosseiro. É que nem o pediatra, assim, se o pediatra diz que ele assume aquilo, que aquela criança está de tal jeito, eu deixo com ele, não vou saber mais que ele né (RO2).

O discurso de RO2 mostra que, no ambiente em que foi realizado o estudo, cada saber tem a sua importância e articula certos poderes em seu entorno. Isto vai ao encontro das ideias de Foucault, que considera o poder como um feixe de relações mais ou menos organizado, uma espécie de rede, que pode ser articulado de diversas formas (FOUCAULT, 2017). O exercício do poder através do saber é um deles e é realizado por todos os profissionais que trabalham neste local, ora com ganhos, ora com perdas, mas sempre com possibilidades de resistência.

É meio conflituoso né, então assim, a gente sempre tem que lembrar que... Tem a mãe e tem o acompanhante, então às vezes não vale a pena tu ficar batendo boca, porque gera um estresse desnecessário né... Na frente do paciente que não tem nada com a situação né, então tem uns que a gente já desistiu né, que não adianta, tu vai ficar batendo boca? Não adianta. A pessoa não vai mudar, não mudou esse tempo todo né... E o pessoal mais novo tá vindo diferente assim, eu tô notando que tá melhorando e a tendência é melhorar mais. Os velhos vão saindo e os novos vão vindo com outra mentalidade né (MP2).

Este trecho de MP2 traz elementos muito interessantes para a discussão. A metáfora “bater boca” é dita com uma conotação negativa, sendo o oposto de uma discussão sadia: naquele momento, discutir é considerada como uma atitude que pode levar a um desgaste da relação interprofissional e arriscar a harmonia do ambiente, podendo acarretar em consequências aos pacientes. Neste sentido, a resistência à mudança apresentada por alguns

profissionais, ao longo dos anos, passou a ser uma ferramenta de poder importante para a manutenção de sua posição de poder-saber dentro da maternidade.

Os trechos abaixo mostram como os profissionais vem enxergando as relações de poder-saber na maternidade:

A ciência, o trabalho, a atuação, ela cresce por adição, cada um contribui. Então isso ajuda muito, a participação, cada um na sua área e isso faz até com que nós aprendamos também. Quando essa engrenagem de cada um fazer a sua participação. Então eu vejo isso como um ponto positivo no crescimento do bem estar, na qualidade do serviço e aprendemos juntos. É isso que vivemos aqui agora nesse momento. Porque eu poderia muito bem chegar aqui e dizer assim “é isso”, não. Tem enfermeiro, tem técnica que vai junto decidir (MA1)

Então assim, tu tem uma visão, mas tu tem outra, a gente pode sentar e conversar, vamos fazer uma estratégia melhor para o bebê e a mãe. "Não, eu sou superior, o plantão é meu e vai ser desse jeito". Sabe? Teria que ser... Se as enfermeiras, tu tem um olhar de médica, tu tem um olhar de enfermeira, as técnicas tem muuuito a acrescentar, “olha, dessa forma não dá mas vamo tentar de outra forma” então vamo, vamo tentar. Faça com que... Deixa, dá espaço pros outros profissionais tentarem de uma outra forma (EN2).

No discurso de MA1, o emprego da palavra “engrenagem” dá a ideia de necessidade de articulação entre os profissionais, como se fossem uma máquina que agisse em prol de um único objetivo. Ainda, ele reconhece que “poderia” utilizar de seu saber-poder para simplesmente dar uma ordem, mas que prefere não oferecer resistência diante da diluição deste poder entre os demais profissionais, reconhecendo os saberes de cada um. Apesar de MA1 considerar que o saber de todos é necessário, a fala de EN2 revela que nem sempre é isto que ocorre. A expressão “teria que ser” indica uma possibilidade, mostrando que nem todos os profissionais consideram os demais saberes quando tomam suas decisões, o que reforça a hegemonia de certos saberes dentro da instituição hospitalar (FOUCAULT, 2017).

Interessantemente, o MO1 relata o que leva em consideração no momento do clampeamento do cordão umbilical:

Na verdade é que geralmente quando alguém vem me pedir pra clampear eu olho pra quem tá me pedindo, pra ver se é alguém com experiência pra isso, com mais experiência que eu ou com menos experiência que eu (MO1).

A relação de poder não ocorre tão somente entre categorias distintas como médicos e enfermeiros: ocorre também balizada pelo tempo de atuação. O fato de levar em consideração quem está pedindo pelo clampeamento mostra que as ordens não são cumpridas simplesmente

ao serem dadas, mas que é necessário que o locutor esteja numa posição que lhe permita dar essa ordem aos demais.

Apesar disso, tem médicos que são bons, que compreendem, sabem que dependem da equipe de enfermagem, que a enfermeira e o médico estão no mesmo nível, são dois profissionais de nível superior que tem que se respeitar, mas que às vezes, pelo histórico da casa, pelo caminho, pelo que os colegas fazem, acabam se passando um pouco. Mas nesses, tu ainda pode ir ali e dar um corte. Me sinto segura pra chegar e dizer pra ele "Ó, menos. Não é assim que anda a carruagem, vamo devagar" (EN2).

A gente cria meio que um jogo de cintura, porque algumas condutas que a literatura fala que não tem muita relevância, mas o colega já está acostumado a fazer aquilo, então eu falo pro residente "eu estou fazendo isso, não tô, não tem mais aplicabilidade, não vai fazer mal nem bem, então vamos fazer pra manter um clima de bem estar na sala" (MA1).

Em nome de "manter um clima de bem estar na sala", MA1 relata que algumas condutas são admitidas com o objetivo de não gerar conflitos entre os profissionais, e também em prol do conforto e segurança da paciente. O discurso de EN2, por sua vez, revela que alguns embates verbais são feitos dependendo de quem será o receptor da mensagem. A expressão léxico-gramatical "se passar um pouco" traz a ideia de que algumas fronteiras de poder são cruzadas, e que a estes cabem ter sua atitude "cortada", ceifada.

Também é possível identificar elementos que remetem ao corporativismo da classe médica neste discurso de MP3:

Assim, historicamente a gente tem uma... Aquele tipo de coisa assim, não vive sem, mas só eu posso falar mal sabe. Eu posso falar mal dos obstetras mas aí de vocês se falarem mal, daí a gente defende. Eu acho que as condutas obstétricas são da obstetrícia né, tem algumas coisas que a gente às vezes questiona, não concorda, mas se tem que nascer tem que nascer, né (MP3).

Segundo MP3, o direito de criticar os obstetras cabe somente aos profissionais também médicos, de outras especialidades. Este senso de união reforça o poder do médico na instituição hospitalar, fortalecendo o discurso hegemônico desta profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecermos a visão dos profissionais de uma maternidade pública do sul do Brasil acerca das boas práticas de assistência ao recém-nascido de cesariana, bem como sua atuação durante a mesma, à luz de Foucault. Apesar de seus discursos acerca do

momento do nascimento estarem impregnados de significados humanísticos, a inserção em um ambiente altamente tecnológico e hospitalar faz com que os profissionais relatem dificuldades em prestar um cuidado baseado na humanização e em tentar diminuir o impacto da mecanização.

As relações entre poder-saber se mostram especialmente importantes neste setor, uma vez que é o ambiente de trabalho de médicos de diferentes especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem. As relações entre estes profissionais, ora de resistência e liberdade, e ora de exercício do poder, revelam conflitos que impactam diretamente nas boas práticas de assistência aos recém-nascidos de cesárea.

Além disso, o biopoder exercido através da normalização e controle dos corpos dos recém-nascidos pelas diferentes categorias profissionais retira o pertencimento do bebê dos pais, institucionalizando o cuidado prestado e anulando o protagonismo dos pais no nascimento. Ao colocar a segurança como o objetivo máximo da prestação de cuidado, os profissionais tendem a enxergar o nascimento de via cesariana como um evento meramente hospitalar, dificultando a integralidade do cuidado.

Porém, observou-se que os participantes são capazes de promover mudanças na assistência através do seu discurso, tanto a partir da forma de interação com outros profissionais, quanto da interação com o recém-nascido e sua família. Estas mudanças podem ser atribuídas, também, à nova geração de profissionais, com nova formação em suas respectivas áreas.

Como limitações, tem-se que esta pesquisa é representativa de uma população específica em um determinado local e tempo, portanto, deve-se considerar que a rede de relações de poder sofre deslocamentos constantes. A escassez de pesquisas com esta população específica também pode ser considerada um fator limitante para a análise dos dados.

Por fim, sugere-se que novas pesquisas acerca das boas práticas de assistência ao nascimento por via cesariana sejam realizadas, de forma a preencher as lacunas existentes nesta área do conhecimento, principalmente no Brasil.

REFERÊNCIAS

BALATERO, J.S.; SPILKER, A.F.; MCNIESH, S.G. Barriers to skin-to-skin contact after cesarean birth. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, v. 44, n. 3, p. 137-143, 2019.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 131-136, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. **Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**, Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana – Protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. **Éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais**. Brasília, DF, 2016b.

FAHRI NETO, L. Biopolítica como tecnologia de poder. **INTERthesis**, v. 5, p. 47-65, 2008.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2001.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 5ª ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

GIL, A.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDONÇA, E.T.; LOPES, J.M.; RIBEIRO, L.; SÁ, F.B.B.; OLIVEIRA, D.M.; SALGADO, P.O. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2389-2397, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOORE, E.R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G.C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, 2016.

OMS. World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018.

RANGEL, V.M.; JUNIOR, K.R.C. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. **Physis**, v. 26, n. 4, 2016.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nascimento Seguro**. Departamento Científico de Neonatologia. Documento Científico nº 3, 2018.

SCHORN, M.N.; MOORE, E.; SPETALNICK, B.M.; MORAD, A. Implementing family-centered cesarean birth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 60, n. 6, p. 682-690, 2015.

STEVENS, J.; SCHMIED, V.; BURNS, E.; DAHLEN, H.G. A juxtaposition of birth and surgery: providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, v. 37, p. 41-48, 2016.

STEVENS, J.; SCHMIED, V.; BURNS, E.; DAHLEN, H.G. Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section. **Women Birth**, v. 31, n. 6, p. 453-462, 2018.

TERRA, T.A.; BRASIL, L.O.F.; VON HELD, G.M.; ROCHA, M.F.; FRAGA, R.C.C.; CHIARELLI, M.D.M.; OLIVEIRA, C.M. A importância da humanização para a formação médica através de uma análise bibliométrica. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 9, n. 2, p. 10-23, 2018.

TRAN, H.T.; NIPPITA, T.; NGUYEN, P.T.T.; HUYNH, T.T.D.; HUA, O.T.L.; ROBERTS, C.L. Knowledge, experience and attitudes towards skin-to-skin contact following Caesarean sections among health professionals in Vietnam. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 11, p. 1917-1923, 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa, foi possível compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Foucault. A temática das boas práticas encontra-se em evidência em diversas áreas da saúde, o que mostra que é o que temos de mais atual e seguro para a promoção da saúde dos sujeitos a quem elas se dirigem. No presente caso, os sujeitos que se beneficiam destas práticas são não apenas os bebês, mas também as mães e as famílias a quem são oferecidas a oportunidade de vivenciar o momento do nascimento com respeito, segurança e formação de laços familiares.

Foram estudados diversos aspectos referentes à cirurgia cesariana mas, diferentemente de outros estudos, não focamos em dados quantitativos que expressassem, binariamente, se as boas práticas são realizadas ou não. Acreditamos que não basta sabermos, simplesmente, a que nível as boas práticas estão ou não implementadas: é preciso ir além, buscar significados, conhecer profundamente o processo de nascimento em um ambiente cirúrgico, de modo que possamos, enquanto sociedade, ressignificá-lo. A cesariana é realizada em um contexto altamente tecnológico, asséptico, em um ambiente controlado que, facilmente, descaracteriza o momento do nascimento como algo único e mágico para a família e os profissionais presentes, retirando o direito de protagonismo de quem gerou aquela vida. Os profissionais demonstraram que este é um dos fatores que os afasta da humanização do atendimento, dificultando a implementação das boas práticas.

Assim, levando em conta o ambiente hospitalar onde ocorre o nascimento destes recém-nascidos, foi possível identificar que as relações de poder influenciam diretamente no cuidado com estes bebês. O trabalho multiprofissional realizado neste local que une médicos ginecologistas-obstetras, enfermeiros, anestesistas, técnicos de enfermagem e pediatras em um contexto altamente mecanizado, não está isento das relações de poder-saber descritas por Michel Foucault. O referencial teórico-filosófico adotado nesta pesquisa, juntamente com a Análise Crítica do Discurso como método de análise dos dados, foi essencial para que pudéssemos ultrapassar o senso comum que envolve o nascimento através da cesárea.

Através dos dados obtidos e analisados, foi possível enxergar o bebê que nasce de cesárea como um ser humano envolto em um ambiente onde o cuidado envolve dimensões biopolíticas como a normalização da vida, expressa por meio da pesagem, medição, exame físico, registro das atividades, administração de medicações, dentre outros. Assim, em nome da

segurança, é permitido, aceitável e visto com naturalidade o fato de ser necessário afastar o recém-nascido de sua mãe e seu pai, que é geralmente o acompanhante do binômio.

Através das revisões de literatura, foi observada uma escassez de trabalhos científicos que tratem, especificamente, da promoção de boas práticas ao recém-nascido durante a cesariana, principalmente no Brasil. Estes dados, geralmente quantitativos, estão alocados dentro de estudos maiores que consideram também o parto normal, quase como um adendo a estes. Levando em conta que a cesariana possui aspectos que não podem ser comparados com o parto normal e exigem uma análise que considere suas especificidades, é extremamente necessário que sejam realizadas novas pesquisas acerca do cuidado prestado não só ao bebê durante o seu nascimento, mas também à mãe e às famílias.

A pesquisa de campo permitiu-nos identificar o conhecimento da equipe multiprofissional acerca da utilização de boas práticas na assistência aos recém-nascidos durante a cesariana, mostrando que os profissionais conhecem o que é preconizado em relação aos recém-nascidos durante o atendimento dos mesmos. A equipe multiprofissional apresenta uma visão heterogênea quanto a dinâmica da assistência prestada ao recém-nascido, revelando que as diferentes formações profissionais e as experiências prévias tem um papel de formação do discurso do sujeito.

Neste sentido, o presente estudo possibilitou identificar elementos importantes no discurso dos profissionais de saúde atuantes na cesariana que revelam um jogo de forças e de poder, e uma hegemonia que gera conflitos até mesmo entre as diferentes especialidades médicas. As relações de poder-saber foram identificadas como sendo centrais entre estes profissionais: é necessário demonstrar conhecimento para conquistar seu espaço de atuação e tecer estratégias para que se possa exercer o poder sobre outros profissionais, ainda que momentaneamente. O conhecimento é muito valorizado neste ambiente, de forma que os profissionais se mostram abertos ao compartilhamento de informações e à educação. Além disso, muitos médicos, principalmente, veem como positivo o fato de outras categorias profissionais demonstrarem conhecimento diante de determinado cuidado prestado ao recém-nascido – desde que este conhecimento não entre em conflito com os seus.

Apesar de heterogêneas, as visões expressas pelos participantes expressaram os limites e possibilidades da equipe para a utilização de boas práticas na assistência. Recomenda-se que sejam realizadas novas pesquisas acerca da adoção de boas práticas com estes recém-nascidos, levando em conta a visão da equipe multiprofissional sobre o acompanhante na sala operatória e sala de recuperação pós-anestésica, além de novas pesquisas qualitativas a partir de outros

referenciais teórico-filosóficos, de forma que seja possível abranger outros aspectos relevantes deste fenômeno.

Como limitações deste estudo, tem-se que ele se refere a uma população específica em um determinado momento, sendo necessário levar em consideração que as relações de poder identificadas passam por constantes deslocamentos e gerenciamentos. A escassez de pesquisas com esta população específica também se mostrou um fator limitante para a análise dos dados.

Este estudo contribui com as maternidades e hospitais, principalmente brasileiros, que desejarem implementar mudanças no atendimento ao recém-nascido de via cesariana, de forma a promover uma assistência mais humanizada e integral a estes e seus familiares. A pesquisa oferece subsídios para reflexões sobre o papel de cada profissional na realização da cesárea, abrindo portas para a autorreflexão de cada um que trabalha na sala operatória e na sala de recuperação pós-anestésica e está presente no momento deste nascer tão magnífico e, ao mesmo tempo, tão conturbado pela tecnologia.

Por fim, concluímos que o discurso dos profissionais aparece como um importante fator de mudança social neste ambiente, sendo capaz de promover mudanças de conduta médica e de enfermagem perante o recém-nascido de via cesariana. Sendo assim, esperamos que nossos dados possam mobilizar profissionais e instituições em prol de uma assistência cada vez mais humana para os recém-nascidos de cesárea.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.F.; BRÜGGEMANN, O.M.; COSTA, R.; JUNGES, C.F. Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

ARAÚJO, A. **Para ler A Ordem do Discurso de Michel Foucault**. 2017. Resenha apresentada como atividade no PPGMLS da UESB. Disponível em: https://www.academia.edu/33268899/Para_ler_A_Ordem_do_discurso_de_Michel_Foucault_To_read_the_Discourse_on_Language_of_Michel_Foucault_Lire_Lordre_du_discours_de_Michel_Foucault_2017_pdf. Acesso em: 06 fev. 2020.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl. 1, p. 20-31, 2007.

BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; SILVEIRA, R.S. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2013.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D.Y.; BARROS, A.J.D.; BARROS, F.C.; JUAN, L.; MOLLER, A.; SAY, L.; HOSSEINPOOR, A.R.; YI, M.; RABELLO NETO, D.L. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018.

BOHREN, M.A.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R.K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana – Relatório de Recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana – Protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016**. Éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. 2020b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BROCKHAUSEN, T.D. As mulheres e a cirurgia plástica: uma articulação entre a demanda do sujeito e o imperativo cultural de gênero. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 2, p. 209-244, 2005.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.679-84, 2006.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

CAVERZAN, T.C.R.; CALIL, A.S.G.; ARAÚJO, C.S.; RUIZ, P.B.O. Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.24, n. 4, p. 37-41, 2017.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-29, 1999.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1191-8, 2011.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

ERIBON, D. **Michel Foucault**: 1926-1984. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ERLANDSSON, K.; DSILNA, A.; FAGERBERG, I.; CHRISTENSSON, K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. **Birth**, v. 34, n. 2, p.105-114, 2007.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FARHI NETO, L. Biopolítica como tecnologia de poder. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 5, p. 47-65, 2008.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 2, p. 203-17, 2002.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.

FIOCRUZ. O projeto. 2019a. Disponível em:
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 06 fev. 2020.

FIOCRUZ. Santa Catarina recebe seminário local ApiceOn. 2019b. Disponível em:
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/santa-catarina-recebe-seminario-local-apiceon/>. Acesso em: 06 fev. 2020.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, D.L.C. **Foucault: da resistência ao poder à prática refletida da liberdade**. 2012. 216p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

HANNAH, M.E.; HANNAH, W.J.; HODNETT, E.D.; CHALMERS, B.; KUNG, R.; WILLAN, A.; AMANKWAH, K.; CHENG, M.; HELEWA, M.; HEWSON, S.; SAIGAL, S.; WHYTE, H.; GAFNI, A. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. **JAMA**, v. 287, n. 14, p. 1822-31, 2002.

HOBBS, A.J.; MANNION, C.A.; MCDONALD, S.W.; BROCKWAY, M.; TOUGH, S.C. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.16, 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **ODS – metas nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 06 fev. 2020.

KANTOVISKI, A.L.L.; VARGENS, O.M.C. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 567-70, 2010.

KOLOGESKI, T.K.; STRAPASSON, M.R.; SCHNEIDER, V.; RENOSTO, J.M. Contato pele-a-pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 94-101, 2017.

LAMOUNIER, J.A.; CHAVES, R.G.; REGO, M.A.S.; BOUZADA, M.C.F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, 2019.

LEUNG, G.M.; HO, L.M.; LAM, T.H. Breastfeeding rates in Hong Kong: a comparison of the 1987 and 1997 birth cohorts. **Birth**, v. 29, n. 3, p. 162-8, 2002.

MANGAN, S.; MOSHER, S. Challenges to skin-to-skin kangaroo care: cesarean delivery and critically ill NICU patients. **Neonatal Network**, v. 31, n. 4, p. 259-261, 2012.

MARTÍNEZ-SALAZAR, G.J.; GRIMALDO-VALENZUELA, P.M.; VÁZQUEZ-PEÑA, G.G.; REYES-SEGOVIA, C.; TORRES-LUNA, G.; ESCUEDERO-LOURDES, G.V. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. **Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social**, v. 53, n. 5, p. 608-615, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDONÇA, E.T.; LOPES, J.M.; RIBEIRO, L.; SÁ, F.B.B.; OLIVEIRA, D.M.; SALGADO, P.O. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2389-2397, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOORE, E.R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G.C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, 2016.

MOYA-PÉREZ, A.; LUCZYNSKI, P.; RENES, I.B.; WANG, S.; BORRE, Y.; ANTHONY RYAN, C.; KNOL, J.; STANTON, C.; DINAN, T.G.; CRYAN, J.F. Intervention strategies for cesarean section-induced alterations in the microbiota-gut-brain axis. **Nutrition Reviews**, v. 75, n. 4, p. 225-240, 2017.

NAKANO, A.R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L.A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde**, v. 23, n. 1, p. 155-172, 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2005.

PEDROSA, C.E.F. Análise crítica do discurso: uma proposta para a análise crítica da linguagem. IX Congresso Nacional de Linguística e Filologia. **Círculo Fluminense de Estudos Filológicos e Lingüísticos**, Rio de Janeiro, 2005.

PERDOMINI, F.R.I.; BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 445-52, 2011.

PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D.O.M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 331-336, 2010.

RAGO, M. **Michel Foucault: a filosofia como um modo de vida com Margareth Rago**. Canal Instituto CPFL, 2019. Disponível em: <https://youtu.be/PDxkX6UPKKE>. Acesso em: 30 dez. 2019.

RAMOS, W.M.A.; AGUIAR, B.G.C.; CONRAD, D.; PINTO, C.B.; MUSSUMECI, P.A. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018.

- RAMIRES DE JESUS, G.; RAMIRES DE JESUS, N.; PEIXOTO-FILHO, F.M.; LOBATO, G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? **BJOG**, v. 122, n. 5, p. 606-609, 2015.
- RENNO, H.M.S.; BRITO, M.J.M.; RAMOS, F.R.S. O estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 51-55, 2015.
- ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
- SALBEGO, C.; DORNELLES, C.S.; GRECO, P.B.T.; PRADEBON, V.M.; ALBERT, G.F. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 1, p. 46-53, 2015.
- SAMUELS, S.E.; MARGEN, S.; SCHOEN, E.J. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 42, n. 3, p. 504-510, 1985.
- SANTA CATARINA. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de atenção básica/atenção primária à saúde – linha de cuidado materno infantil, 2018.
- SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nascimento Seguro**. Departamento Científico de Neonatologia. Documento Científico nº 3, 2018.
- SCHNEIDER, L.W.; CRENSHAW, J.T.; GILDER, R.E. Influence of immediate skin-to-skin contact during cesarean surgery on rate of transfer of newborns to NICU for observation. **Nursing for Women's Health**, v. 21, n. 1, p. 28-33, 2017.
- SILVA, A.L.; ARRUDA, E.N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 82-92, 1993.
- STEVENS, J.; SCHMIED, V.; BURNS, E.; DAHLEN, H.G. Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section. **Women Birth**, v. 31, n. 6, p. 453-462, 2018.
- TAYLOR, D. **Michel Foucault: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.
- THIRY-CHERQUES, H.R. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica de investigação. **Lua Nova**, n. 81, p. 215-247, 2010.
- TRENTINI M., PAIM L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde e enfermagem**. Florianópolis: Insular; 2004.
- VELHO, M.B.; DOS SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

WANG, Q.; LI, M.; DU, W.; SHAO, F.; WANG, W. The different effects of maternal separation on spatial learning and reversal learning in rats. **Behavioral Brain Research**, v. 280, p. 16-23, 2015.

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide**. 1996.

WHO. World Health Organization. **Who statement on caesarean section rates**. 2015.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018.

YUKSEL, B.; ITAL, I.; BALABAN, O.; KOCAK, E.; SEVEN, A.; KUCUR, S.K.; ERBAKIRCI, M.; KESKIN, N. Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 29, n. 16, p. 2691-2696, 2016.

ZAGONEL, I.P.S. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 75-80, 1996.

APÊNDICE A – Protocolo para Revisão Integrativa da literatura


PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
<p>I. RECURSOS HUMANOS Pesquisadora principal: Mda. Claudini Honório de Pieri (1) Pesquisadora responsável: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (2) Pesquisadoras colaboradoras: Sirlene Pintro (3)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DAS PESQUISADORAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2 - Avaliação do protocolo: 3 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2,3 - Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO Sirlene Pintro, Bibliotecária, coordenadora da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde e Medicina.</p>
<p>IV. PERGUNTA Qual a produção do conhecimento, à luz das evidências científicas, acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana?</p>
<p>V. OBJETIVO Identificar quais as evidências do conhecimento acerca dos desafios para promoção de boas práticas na assistência ao recém-nascido por via cesariana.</p>
<p>VI. DESENHO DO ESTUDO Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleção da pergunta de pesquisa; • Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; • Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; • Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; • Discussão e interpretação dos resultados; • Apresentação clara da evidência encontrada.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Artigos de periódicos e revisões publicados entre 2010 e 2019, indexados nas bases de dados selecionadas (MEDLINE/PubMed; CINAHL; LILACS; BDNF, Scopus, Web Of Science, SciELO, Cochrane Library) que estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português, que contenham descritores e/ou palavras-chave listados neste protocolo, no resumo, título ou assunto/descritor.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência, Estudos de reflexão, Estudos teóricos, Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos Oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA

As estratégias de buscas foram elaboradas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e Mesh (Medical Subject Headings) e palavras-chave listados abaixo:

MEDLINE/PUBMED:

((("Infant, Newborn"[Mesh] OR "Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR "Newborns" OR "Newborn" OR "Neonate" OR "Neonates") AND ("Cesarean Section"[Mesh] OR "Cesarean Section" OR "Cesarean Sections" OR "Abdominal Deliveries" OR "Caesarean Section" OR "Caesarean Sections" OR "Abdominal Delivery" OR "C-Section" OR "C Section" OR "C-Sections") AND ("Skin-to-skin contact" OR "Skin-to-skin" OR "Skin to skin contact" OR "Skin to skin" OR "Vitamin K"[Mesh] OR "Vitamin K" OR "Delayed cord clamping" OR "Delayed clamping" OR "Cord clamping" OR "Umbilical cord clamping" OR "Umbilical clamping" OR "Breastfeeding" OR "Breast feeding"[Mesh]))

Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library:

((("Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR "Newborns" OR "Newborn" OR "Neonate" OR "Neonates") AND ("Cesarean Section" OR "Cesarean Sections" OR "Abdominal Deliveries" OR "Caesarean Section" OR "Caesarean Sections" OR "Abdominal Delivery" OR "C-Section" OR "C Section" OR "C-Sections") AND ("Skin-to-skin contact" OR "Skin-to-skin" OR "Skin to skin contact" OR "Skin to skin" OR "Vitamin K" OR "Delayed cord clamping" OR "Delayed clamping" OR "Cord clamping" OR "Umbilical cord clamping" OR "Umbilical clamping" OR "Breastfeeding"))

LILACS/BDENF e SciELO:

((("Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR "Newborns" OR "Newborn" OR "Neonate" OR "Neonates" OR "Recém-nascido" OR "Recém-Nascidos" OR "Criança Recém-Nascida" OR "Crianças Recém Nascidas" OR "Lactente Recém-Nascido" OR "Lactentes Recém-Nascidos" OR "Neonato" OR "Neonatos" OR "recien nacido" OR "Recién Nacido" OR "Niño Recién Nacidos" OR "Niños Recién Nacidos" OR "Lactante Recién Nacido" OR "Lactantes Recién Nacidos") AND ("Cesarean Section" OR "Cesarean Sections" OR "Abdominal Deliveries" OR "Caesarean Section" OR "Caesarean Sections" OR "Abdominal Delivery" OR "C-Section" OR "C Section" OR "C-Sections" OR "Cesárea" OR "Cesáreas" OR "Parto Abdominal" OR "Cesariana" OR "Cesarianas") AND ("Contato pele a pele" OR "Contato pele-a-pele" OR "Pele-a-pele" OR "Pele a pele" OR "Contacto piel con piel" OR "Piel con piel" OR "Contacto piel a piel" OR "Piel a piel" OR "Vitamina K" OR "Clampeamento do cordão umbilical" OR "Clampeamento tardio do cordão umbilical" OR "Clampeamento do cordão" OR "Clampeamento tardio do cordão" OR "Clampeamento oportuno" OR "Pinzamiento tardío del cordón umbilical" OR "Pinzamiento tardío del cordón" OR "Pinzamiento

del cordón umbilical" OR "Pinzamiento del cordón" OR "Aleitamento materno" OR "Aleitamento" OR "Amamentação" OR "Lactancia materna" OR "Skin-to-skin contact" OR "Skin-to-skin" OR "Skin to skin contact" OR "Skin to skin" OR "Vitamin K" OR "Delayed cord clamping" OR "Delayed clamping" OR "Cord clamping" OR "Umbilical cord clamping" OR "Umbilical clamping" OR "Breastfeeding"))

X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como no que se refere ao escopo deste protocolo, denominada de primeira seleção. Como sugere a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, considerando-se o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, designada de segunda seleção. Os trabalhos que atenderem ao objetivo propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Será realizada a releitura dos trabalhos pré-selecionados com avaliação crítica sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação está baseada no modelo analítico Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. A avaliação e discussão dos artigos selecionados será feita de acordo com a literatura.

XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção
- Título
- Autor(es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Categoria da pesquisa
- Natureza da pesquisa
- Referencial teórico
- Método de análise dos dados
- População
- Cenário do estudo
- Temática dos artigos
- Síntese das boas práticas de assistência ao recém-nascido que foram estudadas e/ou implementadas pelo estudo.

XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO

Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão de Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada de forma descritiva, com base na análise e checagem dos dados coletados.

XIV. DIVULGAÇÃO

Publicação dos achados deste estudo em periódicos após apreciação da banca de sustentação.

APÊNDICE B – Instrumento de observação das cesarianas

Cesárea Nº _____ Indicação da cesárea: _____
 Início e término da cirurgia: __:__/__:__ Apgar: _____

Aspecto observado	Notas descritivas	Notas reflexivas
Clampeamento do cordão umbilical após nascimento		
Presença do acompanhante		
Relação dos profissionais de saúde entre si		
Relação dos profissionais com a paciente		
Contato pele-a-pele após o nascimento		
Saída do RN da sala de cirurgia		
Realização dos primeiros cuidados com o RN		
Promoção do aleitamento materno		
Permanência do RN na sala de recuperação		
Saída do acompanhante da sala operatória e SRPA		

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais
(observação)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE CEP: 88040-970
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) - 3721-6094**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Claudini Honório de Pieri, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com a orientadora Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, estamos realizando uma pesquisa intitulada “BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL DO BRASIL À LUZ DE FOUCAULT”, que está sendo desenvolvida como Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, e tem por objetivo compreender a visão da equipe multiprofissional, atuante no centro cirúrgico, sobre a dinâmica da assistência prestada aos recém-nascidos através de cesariana. Estamos te convidando a contribuir com o estudo, aceitando ser observado durante a sua prática de assistência durante a cirurgia cesariana. A observação será do tipo não-participante, em que a pesquisadora estará inserida na sala de cirurgia, em um local onde a dinâmica de trabalho não seja perturbada, e não participará de nenhuma prática de saúde. A observação será realizada utilizando-se papel e caneta, silenciosamente.

O projeto de pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012, que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos à sua vida ou agravos à sua saúde. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e mesmo depois de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Você ficará com uma das cópias para acompanhar as atividades.

A metodologia da observação será explicada antes do início da pesquisa e, se necessário, poderá ser novamente esclarecida durante a realização da mesma. A observação da sua dinâmica de trabalho, em particular, será realizada somente se você concordar. Seu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que esta observação será utilizada somente para fins de pesquisa, não sendo divulgado nenhum dado pessoal à Maternidade, sob nenhuma hipótese.

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio da publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza, nos quais serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa, já que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo. Ainda que involuntária e não intencional, as consequências relacionadas à quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei, para que sejam compensados os danos morais.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade refletir sobre seu trabalho. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física, moral e econômica para você ou seu trabalho. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde. No entanto, a observação pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento, o que pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, por parte das pesquisadoras. São riscos de ordem reflexiva, uma vez que durante a realização das observações você poderá reviver experiências e/ou podem aflorar aspectos negativos. Em caso de constrangimento ao ser observado, é possível informar à pesquisadora a sua decisão e a observação cessará imediatamente, sem nenhum prejuízo ao participante. Caso desista após a observação, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas, em partes ou na sua totalidade. Para isso, basta que comunique a decisão à pesquisadora principal.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para sua participação na pesquisa. Para participar da observação, você não terá gastos com transporte e alimentação, uma vez que isto será feito durante a sua jornada de trabalho. Ainda assim, as pesquisadoras se comprometem, formalmente, a ressarcir-lo(a) por eventuais danos ou gastos decorrentes da pesquisa, como transporte ou alimentação, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma.

A pesquisadora poderá entrar em contato com você posteriormente, para eventuais esclarecimentos quanto as informações observadas, para melhor compreensão dos dados.

Esta pesquisa obedecerá aos princípios éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Caso você tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir, poderá comunicar-se com as pesquisadoras através de telefone e e-mail, seguindo abaixo:

Pesquisadora: Mestranda Claudini Honório de Pieri – RG: 5898045

Endereço: Rua Anita Garibaldi, 238, Centro. CEP: 88020-120. Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 3024 6004 Celular: (48) 99987 8667

E-mail: claudinihp@gmail.com

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro. CEP: 88015-230. Florianópolis/SC.

Celular: (48) 99969 0135

E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC): Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu, _____, RG _____, declaro que li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____ RG: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE CEP: 88040-970
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) - 3721-6094

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Claudini Honório de Pieri, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com a orientadora Prof^ª. Dr^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, estamos realizando uma pesquisa intitulada “UTILIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS DURANTE A CESARIANA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS”, que está sendo desenvolvida como Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, e tem por objetivo compreender a visão da equipe multiprofissional, atuante no centro cirúrgico, sobre a dinâmica da assistência prestada aos recém-nascidos através de cesariana. Estamos te convidando a contribuir com o estudo, aceitando que observemos a sua cesariana, e que alguns dados com relação ao recém-nascido sejam coletados. A observação será do tipo não participante, ou seja, a pesquisadora permanecerá dentro da sala de cirurgia, em um local onde a dinâmica de trabalho não seja perturbada, e não participará de nenhuma prática de saúde. A observação será realizada utilizando-se papel e caneta, silenciosamente. Em nenhum momento, sob nenhuma hipótese, haverá contato da pesquisadora com você ou com o recém-nascido.

O projeto de pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012, que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos à sua vida ou agravos à sua saúde. Ou seja, ao final do trabalho, ninguém saberá que você e seu recém-nascido foram observados, pois seu nome permanecerá

em sigilo. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e mesmo depois de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Você ficará com uma das cópias para acompanhar as atividades.

Seu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que esta observação será utilizada somente para fins de pesquisa, não sendo divulgado nenhum dado pessoal à Maternidade, sob nenhuma hipótese.

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio da publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza, nos quais serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa, já que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo. Ainda que involuntária e não intencional, as consequências relacionadas à quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei, para que sejam compensados os danos morais.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá ajudar a melhorar o atendimento às mães e bebês no momento da cesariana. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física, moral e econômica para você ou seu bebê. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a à vida de seu bebê. No entanto, a observação pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento, o que pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, por parte das pesquisadoras. São riscos de ordem reflexiva, uma vez que durante a realização das observações você poderá reviver experiências e/ou podem aflorar aspectos negativos. Em caso de constrangimento ao ser observado, é possível informar à pesquisadora a sua decisão e a observação cessará imediatamente, sem nenhum prejuízo a você. Caso desista após a observação, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam

utilizadas ou publicadas, em partes ou na sua totalidade. Para isso, basta que comunique a decisão à pesquisadora principal.

De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum gasto adicional com transporte ou alimentação para que participe da pesquisa, pois a pesquisadora irá te avaliar somente durante a realização da cesariana. Ainda assim, as pesquisadoras se comprometem, formalmente, a ressarcir-la por eventuais danos ou gastos decorrentes da pesquisa, como transporte ou alimentação, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma.

A pesquisadora poderá entrar em contato com você posteriormente, para eventuais esclarecimentos quanto as informações observadas, para melhor compreensão dos dados.

Esta pesquisa obedecerá aos princípios éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Caso você tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir, poderá comunicar-se com as pesquisadoras através de telefone e e-mail, seguindo abaixo:

Pesquisadora: Mestranda Claudini Honório de Pieri – RG: 5898045

Endereço: Rua Anita Garibaldi, 238, Centro. CEP: 88020-120. Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 3024 6004 Celular: (48) 99987 8667

E-mail: claudinihp@gmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro. CEP: 88015-230. Florianópolis/SC.

Celular: (48) 99969 0135 E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC): Prédio

Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu, _____, RG _____, declaro que li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____ RG: _____

APÊNDICE E – Instrumento de entrevista com os profissionais

1. Caracterização do participante:

Data da entrevista	
Nome / Idade / Gênero	
Há quanto tempo trabalha no setor	
Categoria profissional/Ano de obtenção do título	
Naturalidade	
Atua em outro estabelecimento de saúde? Qual?	

2. Qual a sua visão sobre o momento do nascimento de um bebê?
3. O que você entende por boas práticas?
4. Como você percebe a utilização de boas práticas com o recém-nascido na cirurgia cesariana?
5. Quais são as boas práticas de assistência que você prioriza no cuidado com o recém-nascido?
6. Você já passou por alguma situação em que não conseguiu prestar a assistência que desejava?
Como foi? E por que não conseguiu?
7. Você se sente incapacitado para algo? Se sente incapacitado para realizar algum cuidado?
8. Como você vê a influência de outras categorias profissionais no cuidado que você presta ao recém-nascido?
9. O que você acha da presença do acompanhante na cesariana e recuperação?
10. Como é a sua relação com as enfermeiras/técnicas/médicos que atuam no setor?
11. Você sabe de algum protocolo de assistência de boas práticas aos recém-nascidos neste setor?
12. Existe algo a mais que você julgue importante comentar?

**APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais
(entrevista)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE CEP: 88040-970
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) - 3721-6094**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Claudini Honório de Pieri, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com a orientadora Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, estamos realizando uma pesquisa intitulada “BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL DO BRASIL À LUZ DE FOUCAULT”, que está sendo desenvolvida como Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, e tem por objetivo compreender a visão da equipe multiprofissional, atuante no centro cirúrgico, sobre a dinâmica da assistência prestada aos recém-nascidos através de cesariana. Estamos te convidando a contribuir com o estudo, aceitando participar de uma entrevista, realizada pela pesquisadora, no dia e local de sua escolha, com perguntas acerca da sua vivência de trabalho no centro cirúrgico e relacionamento com os demais profissionais da equipe de saúde do local. Você terá liberdade para responder às perguntas que preferir, não sendo obrigatório responder a todas elas. A entrevista será gravada com o auxílio do telefone celular e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que você receberá uma cópia desta transcrição, com todas as suas falas, para validar o conteúdo, ou seja, será possível retirar ou adicionar trechos conforme sua preferência.

O projeto de pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) de acordo com a resolução 466/2012, que normatiza e regulamenta

as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos à sua vida ou agravos à sua saúde. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada(o) a assinar e rubricar em todas as vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e mesmo depois de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Você ficará com uma das cópias para acompanhar as atividades.

A metodologia da entrevista será explicada antes do início da pesquisa e, se necessário, poderá ser novamente esclarecida durante a realização da mesma. A entrevista será realizada somente se você concordar. Seu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que sua entrevista será utilizada somente para fins de pesquisa, não sendo divulgado nenhum dado pessoal à Maternidade, sob nenhuma hipótese.

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio da publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza, nos quais serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa, já que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo. Ainda que involuntária e não intencional, as consequências relacionadas à quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei, para que sejam compensados os danos morais.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade refletir sobre seu trabalho. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física, moral e econômica para você ou seu trabalho. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. No entanto, a entrevista pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento, o que pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais, por parte das pesquisadoras. São riscos de ordem reflexiva, uma vez que durante a realização das entrevistas

you will be able to relive experiences and/or they may bring up negative aspects, or you may still find it difficult to communicate what you desire. In this case, the researchers will make the necessary referrals for emotional support, as needed. In the event of discomfort in answering the interview, it is possible to withdraw at any time, without any harm to the participant. If you decide to stop, you can request that all information already provided not be used or published. For this, it is enough to communicate the decision to the main researcher.

According to Brazilian legislation, no personal expense is provided for you, such as remuneration or gratification for your participation in the research. To answer the interview, you will not have expenses with transport and food, as these are the responsibility of the researcher. At first, the researcher will travel to you, but if necessary, you may have to travel, and the researcher will bear the transport costs (bus fare, fuel), so that the expense is reimbursed. In the same way, the researchers formally commit to indemnify you for any damages resulting from the research, provided that it is duly proven that you have a relationship with the same.

The researcher will contact you later, for any clarifications regarding the information provided in the interview, for a better understanding of the data.

This research will follow ethical principles and the confidentiality of the information provided, relative to research with human beings, will be respected in accordance with the guidelines and regulatory norms of Resolution N° 466, of December 12, 2012, approved by the National Council of Health.

If you have any other doubts regarding the research or wish to withdraw, you will be able to communicate with the researchers through phone and e-mail, as follows:

Pesquisadora: Mestranda Claudini Honório de Pieri – RG: 5898045

Endereço: Rua Anita Garibaldi, 238, Centro. CEP: 88020-120. Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 3024 6004 Celular: (48) 99987 8667

E-mail: claudinihp@gmail.com

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro. CEP: 88015-230. Florianópolis/SC.

Celular: (48) 99969 0135

E-mail: evanguelia.ufsc@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC): Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu, _____, RG _____, declaro que li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____ RG: _____

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DURANTE A CESARIANA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO SUL DO BRASIL À LUZ DE

Pesquisador: Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12354419.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.344.806

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Claudini Honorio De Pieri, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, orientada por Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Estudo prospectivo, de abordagem qualitativa e natureza descritivo-exploratória, com previsão de 30 participantes,

Os participantes deste estudo serão os profissionais de saúde que atuam em maternidade: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos ginecologistas e obstetras, pediatras, anestesistas, bem como os residentes das especialidades médicas.

A coleta dos dados ocorrerá em duas etapas: a primeira, observacional, e a segunda, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados serão coletados em um período de aproximadamente 3 meses, podendo ser estendido conforme necessidade para complementação dos dados.

Na etapa observacional a pesquisadora será uma observadora não participante, sendo alguém externa à população de estudo e tomando notas de campo à distância, utilizando um roteiro de observação. Serão observadas cirurgias cesarianas, tendo como foco a coleta de dados sobre o ambiente físico, participantes, atividades e interações entre os profissionais da equipe

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.344.806

multiprofissional. A pesquisadora apenas acompanhará a cesariana caso a mulher e todos os profissionais envolvidos no procedimento estejam cientes da observação e tenham assinado o TCLE.

Para a segunda etapa do estudo, serão entrevistados os profissionais atuantes em cirurgias cesarianas. Serão entrevistados, portanto: enfermeiros, técnicos de enfermagem e os médicos obstetras, anestesistas e pediatras, incluindo-se os médicos residentes para cada especialidade. Conforme TCLE, a entrevista será gravada e a transcrição enviada para o participante de forma que possa fazer a análise de conteúdo e ajustá-la, se considerar necessário. Os profissionais podem decidir participar de apenas uma etapa do estudo – é possível que aceitem participar somente da observação, somente da entrevista, ou de ambos. A coleta dos dados será realizada através de entrevista semiestruturada. A análise dos dados ocorrerá a partir da modalidade de Análise do Discurso. Serão trabalhadas três dimensões de argumentação: Relações de Força: lugares sociais e posição relativa do locutor e do interlocutor; Relação de Sentido: a interligação existente entre este e outros discursos; e a Relação de Antecipação: experiência projetada do locutor em relação ao lugar e reação do ouvinte.

Critérios de Inclusão:

ETAPA 1: cirurgias cesarianas realizadas pelos motivos de falha de progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, placenta prévia total ou parcial, parturiente com maioridade legal, com mais de uma cesárea, e apresentação pélvica. Cesarianas onde a mulher e todos os profissionais aceitem participar do estudo.

ETAPA 2: profissionais da área da enfermagem (técnicos e enfermeiros), ginecologistas e obstetras, anesthesiologistas, pediatras, bem como os médicos residentes dessas áreas, que atuem no Centro Cirúrgico da maternidade, que trabalhem no local de estudo há pelo menos um ano e que aceitem participar do estudo.

Critérios de Exclusão:

ETAPA 1: Cesarianas onde ocorra a realização de outro tipo de anestesia além da raquianestesia (por exemplo, anestesia geral), intercorrências com a paciente (por exemplo, diminuição da pressão arterial, necessidade de reanimação etc), recém-nascidos com Apgar<7, que apresentem desconforto respiratório, necessidade de oxigenação ou de reanimação neonatal. Cesarianas em que os profissionais desistam de sua participação durante ou após a coleta dos dados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.344.806

ETAPA 2: profissionais em férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta dos dados. Profissionais que não aceitem participar do estudo ou desistam de sua participação ao decorrer ou após a entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: Compreender a assistência multiprofissional acerca das boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do sul do Brasil, à luz de Foucault.

SECUNDÁRIOS:

1. Identificar o conhecimento da equipe multiprofissional acerca da utilização de boas práticas na assistência aos recém-nascidos durante a cesariana;
2. Conhecer a visão da equipe multiprofissional sobre a dinâmica da assistência prestada aos recém-nascidos durante a cesariana;
3. Identificar os limites e possibilidades da equipe multiprofissional para a utilização de boas práticas na assistência aos recém-nascidos durante a cesariana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São citados os riscos de mobilização de sentimentos, constrangimento e quebra de sigilo.

Não haverão benefícios diretos. As proponentes acreditam que a pesquisa pode colaborar com a reflexão do participante acerca da assistência ao recém-nascido, possibilitando uma maior compreensão do processo de assistência pelo qual o mesmo é co-responsável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência e está embasada na literatura. A metodologia é clara e a pesquisa tem potencial para contribuir com o conhecimento na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela autoridade institucional competente, a Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa,

, declarando a existência de infraestrutura, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12.

Consta o roteiro da entrevista semiestruturada a ser realizada com os participantes.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.344.806

Consta o roteiro para a observação a ser realizada com os participantes.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 01/06/2019.

O orçamento informa despesas de R\$ 1.448,50 com financiamento próprio.

Os TCLEs são esclarecedores a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumprem as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Recomendamos aos pesquisadores observar recente recomendação da CONEP aos nossos pareceres: "Com o objetivo de garantir a integridade do documento (TCLE), solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem com a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente até a página "X de X"."

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Recomendamos aos pesquisadores observar recente recomendação da CONEP aos nossos pareceres: "Com o objetivo de garantir a integridade do documento (TCLE), solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem com a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente até a página "X de X"."

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1338881.pdf	23/04/2019 10:50:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoClaudini2.pdf	23/04/2019 10:49:47	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.344.806

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEobservacaoClaudini2.pdf	23/04/2019 10:46:24	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmaesClaudini2.pdf	23/04/2019 10:45:28	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevistaClaudini2.pdf	23/04/2019 10:45:04	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Outros	instrumentoEntrevistaClaudini.pdf	19/04/2019 00:50:42	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Outros	instrumentoObservacaoClaudini.pdf	19/04/2019 00:50:13	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Cronograma	cronogramaClaudini.pdf	19/04/2019 00:47:44	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Orçamento	orcamentoClaudini.pdf	19/04/2019 00:47:19	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoInstituicaoClaudini.jpeg	19/04/2019 00:45:01	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoClaudini.pdf	19/04/2019 00:44:13	CLAUDINI HONORIO DE PIERI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br