

ASFIXIA PERINATAL GRAVE: A VIVENCIA MATERNA NO MOMENTO DO PARTO*

Viviane Marten Milbrath¹
Simone Coelho Amestoy²
Deisi Cardoso Soares³
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁴

RESUMO

O estudo teve por objetivo conhecer as vivências das mães sobre o parto em que seu filho sofreu asfixia perinatal grave. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória à luz de uma abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com seis mulheres mães de crianças que sofreram asfixia perinatal grave no momento do parto, na cidade de Rio Grande, no período de 2005 a 2007. A análise dos dados demonstrou a dificuldade vivenciada por essas mulheres/mães com a ruptura entre o parto idealizado e o parto ocorrido, assim como os medos e anseios gerados diante da separação da díade mãe/recém-nascido. Além disso, foi possível constatar falta de harmonia e consonância na conduta dos profissionais de saúde diante dessa complexa situação. Salienta-se a necessidade de rever a assistência prestada à parturiente, principalmente quando esta vivencia intercorrências no momento do parto que impossibilitam a realização do primeiro contato com o recém-nascido.

Palavras-chave: Asfixia Neonatal. Parto. Enfermagem. Traumatismos do Nascimento. Cuidado Perinatal.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional a mulher passa por uma série de transformações físicas e psíquicas, com reflexos intimamente relacionados à sua vida e à de seu filho e de sua família⁽¹⁻³⁾. Ao longo dos três trimestres da gravidez a mulher vivencia múltiplas sensações que em muitos casos ela jamais viveu e que possuem a capacidade de tocar, atemorizar, assustar, estimular, alegrar e/ou chocar⁽²⁾.

A ansiedade, o receio e o temor, em graus variados de intensidade, fazem-se presentes em toda a gestação, mas com a sua finalização esses sentimentos intensificam-se pela noção de proximidade do parto. Um dos medos mais comumente vivenciados pelas gestantes é o de ter um filho com algum “defeito” físico ou mental. Do casal, mas principalmente da mulher, é cobrada a capacidade de gerar uma criança saudável e fisicamente perfeita^(1,3-4). Tanto a mãe quanto o pai projetam no seu imaginário o ideal

estético, ético, profissional, intelectual e social que almejam para o filho que está sendo gerado. Em torno do bebê tece-se uma rede de expectativas e desejos⁽⁶⁾.

Após os nove meses de expectativas e fantasias, tem-se a iminência real do momento do parto, o qual se revela como um acontecimento envolto de sentimentos e expectativas, pois pela primeira vez a mulher/mãe verá seu filho de forma palpável e concreta, pois até então ele estava apenas na sua imaginação^(1-2,4,6), ou seja na idealização. No entanto, muitas vezes a mulher vê-se na contingência de vivenciar uma realidade totalmente oposta à que havia idealizado. A concretização da imaginação pode não ocorrer, devido a intercorrências durante o trabalho de parto.

Entre as situações capazes de levar à ruptura entre o parto imaginado e o parto real encontra-se a asfixia perinatal grave, que exige a utilização de manobras para possibilitar a

*Artigo extraído da Dissertação: Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista REUNI. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: vivimarten@ig.com.br

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista CNPq. E-mail: samestoy@terra.com.br

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Membro do Núcleo de Pesquisa GEES. E-mail: deisyi@bol.com.br

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FURG - Mestrado e Doutorado. Líder do Núcleo de Pesquisa GEES. E-mail: hedihs@terra.com.br

(re)oxigenação do recém-nascido (RN) e a quase imediata transferência para uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN). Essa ocorrência impossibilita o contato inicial entre a mãe e o bebê, rompendo com as projeções feitas pela mulher durante o período gestacional.

Diante do exposto e de nossa consciência quanto à complexidade e singularidade que permeiam o momento do parto e o atendimento imediato ao RN vítima de asfixia perinatal grave, vivenciadas em nossa prática diária no cuidado ao binômio mãe/bebê, levantamos os seguintes questionamentos: Como se sentem as mães ante a ocorrência da asfixia perinatal grave no momento do parto? Como elas vivenciam a impossibilidade do primeiro contato com seu bebê?

Em vista dessas inquietações objetivou-se, com esse estudo, conhecer as vivências da mãe em relação ao parto em que seu filho sofreu asfixia perinatal grave.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, baseada nos conceitos de Minayo⁽⁸⁾.

A escolha dos sujeitos contemplou todas as mães das crianças que nasceram com APGAR inferior ou igual a três no quinto minuto, ou seja, aquelas com diagnóstico de asfixia perinatal grave, na cidade de Rio Grande, no Rio Grande do Sul, nos anos de 2005, 2006 e 2007. Neste período das 32 crianças nascidas com esse APGAR, apenas sete sobreviveram. Destas, três nasceram com APGAR no primeiro minuto igual a zero, duas igual a um e uma igual a dois. A seguir buscou-se localizar essas sete mulheres/mães, mas uma não foi encontrada. Os sujeitos foram identificados por pseudônimos de Mãe 1, Mãe 2 até Mãe 6, conforme a ordem da entrevista.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande, e por ele aprovado sob o número 002/2008. Os sujeitos foram contatados em suas residências e convidados a participar do estudo. Ao se expor a proposta, solicitou-se por escrito, conforme a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde, o consentimento livre e esclarecido dos participantes, em termo que foi assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com as pesquisadoras. Foram enfatizados os aspectos legais e éticos envolvidos e a liberdade de desistência em qualquer momento, se assim desejassem, sem nenhum prejuízo pessoal, como também foram garantidos o anonimato e o sigilo.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, que todos os sujeitos permitiram ser gravada. De posse dos dados, optou-se por analisá-los a partir da análise temática, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento e interpretação dos resultados obtidos⁽⁷⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelas falas das mães foi possível perceber a vivência de cada uma durante o nascimento de seu filho que sofreu asfixia perinatal grave, situação que levou à realização de manobras para que fosse possível recuperar a oxigenação do RN. A ocorrência, seguida da necessidade de encaminhar o RN para uma unidade de tratamento intensivo, “impediu” o primeiro contato real com a mãe, como é descrito a seguir:

[...] ele nasceu com uma anóxia, [...] e aí já tiraram ele da sala, depois eu não vi mais ele (Mãe 1).

Ela não chorou [...] e não mamou também. [...] ela foi para a UTI direto[...] (Mãe 2).

Ela nasceu roxinha né, e aí eles levaram ela correndo para a UTI [...] saíram correndo com ela para a UTI (Mãe 4).

Tiraram ele rapidão assim, não deu nem tempo de eu ver ele. Eu não peguei ele no colo, não tive nenhum contato com ele [...] (Mãe 5).

Quando ele nasceu, [...] não vi choro nenhum, achei estranho que ele tava preto, tava bem pretinho assim, sabe? Bem preto. Eu disse assim: “Aconteceu alguma coisa com ele? Ele tá preto e não chora” [...] (Mãe 6).

As mães referem ter notado que algo de errado/estranho estava acontecendo com a criança, devido às características que apresentaram, como a ausência do choro, a cianose (ao utilizarem a expressão “roxinha,

preto”, para descreverem a cor do RN), ocorrida pela deficiência respiratória.

Os depoimentos dessas mães mostram a brusca e inesperada separação entre elas e seus bebês. As mulheres/mães esperavam poder ver, tocar, acariciar, amamentar o seu filho logo após o parto, afinal essa é a conduta quando o parto ocorre dentro da normalidade; entretanto, com a asfixia sofrida pelo neonato, houve uma ruptura do que para elas poderia ser considerado como “normal”, que era ouvir o RN chorar, vê-lo, amamentá-lo e acariciá-lo.

O período do parto é considerado um momento em que a mãe quer desesperadamente o seu bebê junto de si, pois durante toda a gravidez ela sonhou tê-lo nos braços⁽¹⁾. A percepção de que havia algo errado acontecendo com seus bebês gerou nelas um aumento de medo e de ansiedade diante de algo totalmente diferente do que haviam imaginado.

As mães não entendiam o que estava acontecendo, o que compreendiam era que os acontecimentos estavam diferentes do que imaginavam ou de suas experiências anteriores, como fica claro na fala que segue:

[...] Não foi normal pra mim, porque na real o meu primeiro filho já ficou no meu colo, aí eu já comecei a me apavorar (Mãe 5).

Quando ela nasceu, eu não consegui olhá, eu não vi ela [...]. Ela nasceu e eu só escutei quando disseram, acho que foi o pediatra, alguém, que disse: “arrumem o quarto na UTI ou o leito na UTI pra levá ela porque ela nasceu bem malzinha” (Mãe 3).

A fala da mãe 3 nos mostra a vulnerabilidade a que essa mulher estava exposta. Para ela, os acontecimentos eram totalmente diferentes do que ela havia imaginado e idealizado, e nesse momento de extrema fragilidade, deitada na cama cirúrgica e impossibilitada de ver o que estava ocorrendo, ela apenas pôde escutar o pediatra dizer que a criança, seu filho, não estava bem.

A impossibilidade de ver, tocar, acariciar, amamentar o RN gera na mulher/mãe um comportamento que desvia o apego, pois tem-se uma interação marcada pela ausência do contato físico acrescida da concepção de uma probabilidade antecipada da perda⁽⁸⁻⁹⁾, devido à gravidade do quadro clínico da criança e da sua internação na UTIN. Esse mecanismo de defesa

é uma forma de a mãe se proteger ante a possibilidade de perder o filho. É possível considerá-lo como um mecanismo de enfrentamento, no processo de adaptação ao RN que foi separado da mãe⁽¹⁰⁾.

A separação da díade mãe-bebê é compreendida como um fator de insegurança no papel materno, pois essa separação faz a mãe sentir-se insignificante para o neonato, e as suas necessidades emocionais de, como mãe, ser íntima para o filho, não podem ser desempenhadas de forma plena⁽⁹⁾. Essas mães vivenciaram diversos fatores estressantes e agravantes de seus medos e anseios. A fragilidade emocional do parto, associada à ansiedade e aos medos, por não saberem o que estava acontecendo com seus filhos, potencializou os estressores.

Manter a mãe junto ao seu bebê logo após o nascimento propicia o início dos estímulos de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos e imunológicos da mãe ao filho^(1,3). Boa parte do comportamento materno se ocupa em reduzir a distância entre o bebê e a mãe e em reter o bebê em estreito contato físico com ela⁽¹¹⁾. O primeiro contato materno representa a continuação das ligações intra-uterinas, onde é adicionado o toque e o contato físico. A formação do vínculo requer contato íntimo entre a mãe e o filho, pois esse calor substitui a conexão física anterior^(1,3).

Como já foi explicado, nem sempre é possível a formação desse vínculo inicial, entretanto as mães merecem e têm direito de receber uma explicação do que está acontecendo com elas e com seus filhos. Sendo assim, dialogou-se com as mães para saber o que lhes foi dito sobre a intercorrência no parto e sobre a ida da criança para a UTI, tendo-se obtido os depoimentos que seguem.

Não, na hora não me disseram nada, só depois que eu fui para o quarto é que me disseram que ele tinha nascido com um probleminha [...] (Mãe 1).

No mesmo dia [...] quando eu tava no quarto (Mãe 2).

A Mãe 1 e a Mãe 2 só foram saber que seus filhos haviam sido transferidos para a UTIN quando foram para o quarto - no caso da Mãe 1, horas depois, visto que ela fez uma cesárea e durante todo o período em que esteve na recuperação permaneceu no “escuro”, sem receber notícia alguma do que estava

acontecendo com seu filho. Situação diferente ocorreu com a Mãe 3, como se pode ver a seguir:

O anestesista (nome) eu já conhecia ele, e então ele conversou muito comigo, sobre o que eles tavam fazendo.[...] depois que a criança (nome) nasceu, ele disse que levaram ela pra UTI, e aí ele saiu e ele não falou mais comigo. Aí eu fiquei sozinha. A única pessoa que tava comigo, assim, falando comigo, saiu e eu fiquei apavorada, sem saber o que tava acontecendo.[...] é horrível [...] Eu fiquei sozinha o tempo inteiro, apavorada [...] (Mãe 3).

A Mãe 3 estava se sentindo segura e amparada durante a cesárea, pois encontrou no anestesista uma fonte de apoio; alguém que, ao conversar com ela, passava-lhe informação, segurança e tranquilidade. No entanto, quando se deu a intercorrência com sua filha, apenas lhe disseram que ela fora para a UTIN, e a pessoa que estava sendo sua referência naquele momento, provavelmente por inexperiência em lidar com tal situação, deixou-a sozinha. Talvez ela não tenha saído da sala, mas rompeu o elo com a parturiente ao parar de conversar com ela. Ao dizer *“a única pessoa que tava, assim, falando comigo, saiu e eu fiquei apavorada”*, essa mãe reafirma a importância e a necessidade de um acompanhamento na hora do parto, para acalmar, tranquilizar, mesmo nas intercorrências.

A presença de um acompanhante durante o parto é incentivado pelo Ministério da Saúde⁽¹²⁾. É comprovado cientificamente que a presença de um acompanhante, seja ele o companheiro, um familiar, um amigo(a) ou uma outra pessoa que tenha ou não treinamento específico para isso, mas que a conheça, diminui o uso de medicações para o alívio da dor, assim como reduz a ansiedade da parturiente, além de diminuir os índices de depressão pós-parto e aumentar a amamentação⁽¹¹⁻¹³⁾. “O direito ao acompanhamento da gestante é já reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, porém não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país”^(11:64).

A falta de destreza dos profissionais da saúde em lidar com tal situação pode também ser reflexo do modelo assistencial tecnocrático, o qual obedece a uma padronização no cuidado: “[...]como os modelos fabris, os produtos deveriam seguir uma linha de produção e, portanto, não atrapalhar a ordem médica

hospitalar”^(14:274). Essa situação, resultante desse modelo tecnicista, que prima pela racionalidade e pela ausência da humanização da assistência, vem refletindo as formas de pensar e agir de cada profissional, ou talvez seja seu reflexo^(13,15-16).

A centralidade desse paradigma é a relevância técnica, ou seja, a preocupação é maior com a gravidez do que com a “mulher grávida”⁽¹⁶⁾; assim, a técnica do parto é supervalorizada e a mulher/parturiente deixa de ser vista como um ser humano biopsicossocioespiritual que necessita de atenção, cuidado, desvelo e compreensão, especialmente nesse momento importante de sua vida.

Por sua vez, a Mãe 4 recebeu a explicação do que havia acontecido logo após a sua filha ter sido encaminhada para a UTIN, situação semelhante à que ocorreu com a Mãe 6:

Ah, ele me falou que ela tinha tido um problema, me explicou mais ou menos, só que eu tava meio dopada, assim. Na hora que eu tava deitada ali, aí ele disse... ele me falou... não me falou assim muita coisa. Só falou que tinha dado um problema, e por isso que ela tinha ido para UTI [...]; mas na hora parece que eu fiquei meio anestesiada, eu fiquei tão cansada, tão cansada, que eu me deitei e me apaguei, assim, me acordei no outro dia, mas parece que não caiu a ficha assim direito. Tu não imagina que isso possa acontecer contigo (Mãe 4).

Ah, depois foi a doutora (pediatra) que foi lá me explicar, na recuperação, o que ele tinha. [...] Aí ela foi lá e me explicou o que ele tinha [...] era tanta coisa na hora [...], eu tava só chorando, eu entendia tudo mal, depois me explicaram com calma (Mãe 6).

A literatura não faz referência ao modo como o profissional deve proceder com a parturiente quando o RN sofre uma intercorrência e é transferido para a UTIN, mas acredita-se que a mãe merece e tem o direito a uma explicação, mesmo que esse não seja o momento de se entrar em detalhes sobre o ocorrido. O silêncio dos profissionais, percebido pela parturiente, pode ser muito mais angustiante e desesperador do que saber que seu filho “sofreu” um problema, mas está sendo acompanhado por profissionais qualificados para atendê-lo na UTIN⁽¹⁾. Assim, salienta-se a importância de um cuidado/atendimento humanizado e qualificado,

que perceba a parturiente como um ser humano multidimensional, e não apenas como um objeto em que se está aplicando determinado procedimento apenas observando regras predeterminadas^(1,17). O envolvimento humano com o outro, a disponibilidade, o colocar-se a seu lado para apoiá-lo, são atitudes capazes de superar muitos traumas ocasionados pelos acontecimentos inesperados, possíveis de ocorrer durante o parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível conhecer a vivência das mães de crianças que sofreram asfixia perinatal grave no momento do parto, evidenciando-se a dificuldade sentida por elas com a ruptura do parto imaginado e do real. Os medos e angústias desses sujeitos foram suscitados por não compreenderem o que estava acontecendo e pela falta de sensibilidade/destreza dos profissionais da saúde em lidar com tal situação.

Além disso, encontrou-se no estudo a falta de acompanhamento à mulher durante o parto, mesmo sendo esta prática recomendada pelo Ministério da Saúde e de eficácia comprovada por diversas pesquisas científicas. O acompanhante poderia servir mediador da equipe de saúde na comunicação/explicação da intercorrência à parturiente, dando a ela mais segurança e tranquilidade num momento de extrema tensão e estresse.

A partir desse estudo vê-se a necessidade de rever a assistência prestada à mulher durante e

após o parto, principalmente quando acontecem intercorrências, seja com a parturiente seja com o neonato. É fundamental que o cuidado prestado a esses indivíduos tenha um caráter holístico, capaz de visualizá-los como seres biopsicosocioespirituais, e não como meros objetos em que se está aplicando uma técnica específica, sem preocupar-se com a singularidade de que cada ser humano é revestido.

Ressalta-se que essa pesquisa mostrou apenas um ponto de vista, o materno, em relação à problemática que concerne ao nascimento de uma criança com asfixia perinatal grave. É preciso, então, desenvolver estudos que abordem também as percepções dos profissionais de saúde em relação ao nascimento de crianças com asfixia grave, para que se possa traçar um paralelo entre ambos e, a partir das questões emergidas, (re)definir a forma mais apropriada de assistir a mãe no momento de um parto em que o sofre uma asfixia perinatal grave, ou em outra intercorrência que impossibilite o primeiro contato entre a mãe e o bebê.

Reitera-se que as vivências dessas mães demonstraram a necessidade de colocar em prática, em todas as situações de nascimento, cesárea ou parto normal, as recomendações do Ministério da Saúde, permitindo e incentivando a presença de um acompanhante durante o parto. Essa presença poderá amenizar as expectativas, angústias e medos da mãe e criar um clima de maior conforto na hora do parto, porque sentir-se amparado por uma pessoa conhecida inspira confiança e propicia maior bem-estar.

SERIOUS PERINATAL ASPHYXIA: MATERNAL EXPERIENCE DURING DELIVERY

ABSTRACT

The study had the purpose of knowing the maternal experience on the delivery in which their children suffered serious perinatal asphyxia. This is a descriptive-exploratory research, in a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interview with six women/mothers of children who had undergone serious perinatal asphyxia at the moment of delivery, in the city of Rio Grande, from 2005 to 2007. Data analysis showed the difficulties experienced by these women/mothers with the rupture between the idealized delivery and the one that occurred, as well as the fear and longing created by the separation of the dyad mother/newborn. Besides that, it was possible to see the lack of harmony and consonance in the behavior of health professionals when facing this complex situation. It is highlighted, therefore, the necessity of reviewing the assistance given to the woman who is giving birth, mainly when she experiences intercurrents at the moment of delivery, which makes impossible the fulfillment of the first contact with the newborn.

Key words: Asphyxia Neonatorum. Parturition. Nursing. Birth Injuries. Perinatal Care.

ASFIXIA PERINATAL GRAVE: LA VIVENCIA MATERNA EN EL MOMENTO DEL PARTO

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer las vivencias maternas sobre el parto en que su hijo sufrió asfixia perinatal

grave. Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria a la luz de un abordaje cualitativo. Los datos fueron colectados a través de entrevista semiestructurada con seis mujeres/madres de niños que sufrieron asfixia perinatal grave en el momento del parto, en la ciudad de Rio Grande en el período de 2005 a 2007. El análisis de los datos demostró la dificultad vivenciada por esas mujeres/madres con la ruptura entre el parto idealizado y el parto ocurrido, así como los miedos y anhelos generados frente a la separación de la pareja madre/recién nacido. Además de eso, fue posible constatar falta de armonía y consonancia en la conducta de los profesionales de salud frente a esa situación compleja. Se destaca, por lo tanto, la necesidad de rever la asistencia prestada a la parturiente, principalmente cuando esa vivencia intercurrente en el momento del parto y que imposibilita la realización del primer contacto con el recién nacido.

Palabras clave: Asfixia neonatal. Parto. Enfermería. Traumatismos del Nacimiento. Atención Perinatal.

REFERÊNCIAS

1. Milbrath VM. Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida. 2008. [dissertação]. Rio Grande: Escola de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Rio Grande; 2008.
2. Maldonado MT. Psicologia da gravidez parto e puerpério. 15ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
3. Guimarães GP, Monticelli M. A formação do apego psia/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método Mãe Canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2007. 16(4):626-635.
4. Milbrath VM, Cecagno D, Soares, DC, Amestoy SC, Siqueira HCH. Being a woman, mother to a child with cerebral plays. *Acta Paul Enferm*. 2008 21(3):427-431.
5. Milbrath VM, Soares, DC, Cecagno D, Amestoy SC, Siqueira HCH. Inserção social da criança portadora de necessidades especiais: a perspectiva materna. *Cogitare Enferm* 2009. 14(2):311-317.
6. Battikha EC, Faria MCC, Kopelman BI. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007. 23(1):17-24.
7. Minayo MC. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
8. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de desenvolvimento de risco. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004. 9(2):457-467.
9. Wernet M. Experiência de tornar-se mãe na unidade de cuidados intensivos neonatais. 2007. [Tese]. Doutorado em enfermagem. Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo.
10. Bowlby J. Apego e perda: perda: tristeza e depressão. 3ªed. v.3, Martins Fontes. 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
12. Dias MAB, Domingues RMS. Desafios na implantação de uma política humanizada da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. 10(3):669-705.
13. Carraro TE, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2006. 15(esp.):97-104.
14. Serruya, SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama de atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização de pré-natal e nascimento. *Rev Bras. de Saúde Materno Infantil*. 2001. 4(3):269-279.
15. Dutra IL, Meyer DE. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. *Rev Gaúcha de Enf.* 2007. 28(2):215- 222.
16. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006. 15(1):407-114.
17. Alves VH, Costa SF, Vieira BDG. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2009. 8(2):250-256.

Endereço para correspondência: Viviane Marten Milbrath. Rua Major Francisco Nunes de Souza, 4316, CEP 96045-000, Pelotas, Rio Grande do Sul. E-mail: vivimarten@ig.com.br

Data de recebimento: 27/03/2009

Data de aprovação: 08/01/2010