

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA

**O DESVELAR DO PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VIVÊNCIAS E
DIREITOS DE CIDADANIA DAS MULHERES**

Vitória
2020

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA

**O DESVELAR DO PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VIVÊNCIAS E
DIREITOS DE CIDADANIA DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria Cauty Santos da Silva.

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

Vitória

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

O48d Oliveira, Clarissa Alves de
O desvelar do parto no Sistema Único de Saúde : vivências e direitos de cidadania das mulheres / Clarissa Alves de Oliveira. - 2021.
168 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria Cauty Santos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Mulheres - direitos. 2. Política de saúde. 3. Parto. 4. Fenomenologia. I. Silva, Angela Maria Cauty Santos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.40952

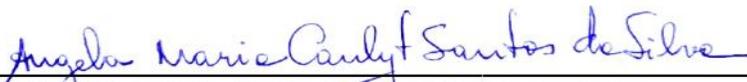
CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA

O DESVELAR DO PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VIVÊNCIAS E DIREITOS DE CIDADANIA DAS MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 26 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a Angela Maria Caulyt Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Soraya Gama de Ataíde Prescholdt
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

À Natália e Beatriz, razão pela qual eu crio
coragem para continuar a me aprimorar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inicialmente, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos meus nesta existência. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigado por tudo, pelo que ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto.

Às pacientes que nesse momento de imensa crise mundial na saúde com a presença dessa nova doença, o *Covid-19*. Permitiram através de suas falas nas entrevistas, nas conversas informais e minha observação participante, que eu entrasse em suas realidades, seus mundos existenciais. Tentando enxergar essa gama imensa de sentimentos e emoções, que tocaram profundamente em meu coração e em minha própria existência como mulher, mãe e profissional média. Permitindo a mim repensar muitos dos meus valores e formas de compreender o outro. A todo esse ensinamento lhes sou eternamente grata.

A Professora Angela, pelo carinho maternal que demonstrou durante toda essa minha caminhada de descobertas e redescobertas

nesse trabalho de parto, que foi esse mestrado, para mim. Obrigada por segurar minha mão nos momentos de dor, e me orientar de como poderia ser dolorido o parto.

Aos funcionários do mestrado da EMESCAM, em especial a Gabriela, por ter puxado minha orelha tantas vezes, para que eu continuasse a caminhar na linha certa, sem me julgar por meus acessos de rebeldia.

À minha irmã Giselle, minha outra metade da moeda, obrigada por existir em minha vida e não me deixar desistir, nas vezes em que te liguei dizendo que eu era incapaz e uma fraude. Te amo imensamente, e agradeço todos os dias em ter você para segurar em minha mão nos meus momentos de dor intensa desse parto, e me fazer acreditar que sim eu conseguiria e que eu era capaz.

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais.

Às minhas princesas Natália e Beatriz, por todo amor incondicional que vocês sempre me

deram. Inúmeras foram as vezes que reclamei, chorei e resmunguei em seus ouvidos, e vocês me escutaram, e enxerguei em seus olhos o motivo para continuar caminhando e crescendo em meu aprendizado. Sou imensamente feliz por vocês fazerem parte da minha vida. A existência de vocês é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

E por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Esse trabalho foi motivado por toda minha trajetória como profissional de saúde, mulher, mãe, filha e cidadã, que procurou entender porque algumas mulheres, que passaram por situações de vida desagradáveis ao engravidar: o chorar pela dor do parto, os anseios da gestação e inseguranças de estar sob o cuidado de profissionais de saúde desconhecidos e sem empatia, tornavam a se sujeitar à uma nova gestação. Quais são os fatores que velam a percepção dessas mulheres, que gestam e parem repetidamente sem valorar suas relações socioafetivas, mesmo com todo aparato informativo como a internet? Objetivou-se desvelar a compreensão das parturientes, sobre suas gestações e como seria o momento do parto e pós-parto em uma Instituição de Saúde Pública, que lhes acolheria. Além de: Descrever como a sua rede de relações socioculturais e afetivas podem influenciar em suas emoções num ambiente institucional; e identificar as principais vias de informação utilizadas pelas gestantes para compreender melhor o parto e o pós-parto, e sentirem-se mais preparadas para o parto e cuidados com o recém-nascido. A pesquisa é qualitativa, baseada na Fenomenologia Existencial e Social, foi realizada em junho de 2020, na Maternidade Coronel Leoncio Vieira Rezende (Maternidade de Carapina) no município de Serra, no Espírito Santo, vinculada ao Sistema Único de Saúde que atende às munícipes em trabalho de parto habitual, abortamento e tratamento clínico, como rede de atenção secundária. Utilizou-se de entrevistas semiestruturadas gravadas com 16 parturientes, entre 16 e 43 anos, com registro em diário de campo e observação participante dos grupos criados pelas parturientes, para conversarem sobre dúvidas e expectativas, após as visitas médicas, formando uma grande rede de apoio, suprimindo a ausência dos acompanhantes na Maternidade, devido o enfrentamento da atual pandemia. Esses ricos momentos seguiram medidas de distanciamento e de segurança solicitadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para evitar o contágio e propagação da *Coronavirus Disease* 2019. A pesquisa seguiu também os procedimentos ético-metodológicos, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. As gravações foram transcritas na íntegra e a *posteriori* analisadas para organizar os dados em quatro grandes categorias: 1. Preparando-se para o parto (pré-natal, informações antes do parto, família e a importância do acompanhante no

parto); 2. Os temores no parto; 3. As sensações na vivência do parto; e, 4. As impressões sobre a Instituição de Saúde (infraestrutura e profissionais de saúde). Os resultados evidenciaram como essas mulheres percebem a gestação e o ato de parir em um serviço público de saúde que busca resgatar a sua humanização, através dos programas da Rede Cegonha e Humaniza SUS e retornar às raízes do parir, com incentivo a programas de treinamento de parteiras, *doulas* e enfermeiras obstetras. Conclui-se que essa pesquisa potencializa a real descrição da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do SUS e demonstra o quanto nossos profissionais necessitam de reconstruir seus conhecimentos perante a evolução sociocultural que discorre diante de seus olhos, adaptando-se melhor às mudanças decorrentes dos comportamentos e necessidades da contemporaneidade.

Palavras-Chave: Política de saúde. Mulher. Direitos. Parto. Fenomenologia.

ABSTRACT

This research was motivated by my entire career as a health professional, woman, mother, daughter and citizen, who tried to understand why some women, who went through unpleasant life situations when they got pregnant: crying for the pain of childbirth, the yearning for pregnancy and insecurities of being under the care of unknown health professionals and without empathy, they were subjected to a new pregnancy. What are the factors that hide the perception of these women, who gestate and stop repeatedly without valuing their socio-affective relationships, even with all informational devices such as the internet? The objective was to reveal the understanding of parturients, about their pregnancies and what the moment of childbirth and postpartum would be in a Public Health Institution, which would welcome them. In addition to: Describing how your network of socio-cultural and affective relationships can influence your emotions in an institutional environment; and Identify the main information channels used by pregnant women to better understand childbirth and the postpartum period, and feel more prepared for childbirth and care for the newborn. The research is qualitative, based on Existential and Social Phenomenology, it was carried out in June 2020, at Coronel Leoncio Vieira Rezende Maternity, in the municipality of Serra, in Espírito Santo, linked to the Unified Health System with a proposal to assist the residents in work of habitual delivery, abortion and clinical treatment, as a secondary care network. Semi-structured interviews recorded with 16 parturients, between 16 and 43 years old, with field diaries and participant observation of the groups created by the parturients, were used to discuss doubts and expectations after medical visits, forming a great support network. supplying the absence of companions at the Maternity Hospital, due to facing the current pandemic. These rich moments provided participant observation and records for data collection and followed distance and safety measures requested by the National Health Surveillance Agency, to prevent the spread and spread of Coronavirus Disease 2019, the ethical and methodological procedures, according to Resolutions 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council. The recordings were transcribed in full and subsequently analyzed to organize into four broad categories: 1. Preparing for childbirth (prenatal care, information before delivery, family and the importance of companion at delivery); 2. Fears

in childbirth; 3. Sensations in the experience of childbirth; and, 4. Impressions about the Health Institution (infrastructure and health professionals). All the data described showed how these women perceive pregnancy and the act of giving birth in a public health service that currently seeks to rescue their humanization, through the programs of *Rede Cegonha* and *HumanizaSUS* and return to the roots of giving birth, with incentive to programs training of midwives, doulas and obstetric nurses, emphasizing the importance of this research to enhance the description of the real quality of services offered to SUS users. In addition to demonstrating how much our professionals need to reconstruct their knowledge in view of the socio-cultural evolution that unfolds before their eyes, adapting better to the changes resulting from contemporary behaviors and needs.

Keywords: Health Politics. Women. Law. Childbirth. Phenomenology.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré – Natal e Nascimento
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização das participantes da pesquisa.....	103
Tabela 2 - Temores no parto.....	112
Tabela 3 - Sensações na vivência do parto.....	127
Tabela 4 - Percepção da instituição de saúde (infraestrutura e profissionais de saúde, importância do acompanhante no parto).....	137

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	METODOLOGIA.....	22
3	A OBSCURA HISTÓRIA DA MULHER E SUAS PÁRIAS NO MUNDO....	44
3.1	HISTÓRIA DA MULHER NA HUMANIDADE.....	44
3.2	HISTÓRIA DA MULHER NO BRASIL.....	56
4	A LUZ DE DAR À LUZ.....	64
4.1	HISTÓRIA DO PARTO ATRAVÉS DO TEMPO NAS CIVILIZAÇÕES E SUAS INFLUÊNCIAS CULTURAIS.....	64
4.2	HISTÓRIA DO PARTO NO BRASIL.....	71
4.3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL.....	79
5	O DESVELAR DOS VÉUS: O PARTO NO SUS – UMA IMPRESSÃO DO PARIR.....	96
5.1	PREPARANDO-SE PARA O PARTO (O PRÉ-NATAL, AS INFORMAÇÕES ANTES DO PARTO, A FAMÍLIA, A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO).....	105
5.1.1	Meu apoio na gravidez.....	105
5.1.1.1	O pré-natal.....	105
5.1.1.2	Onde busquei as informações para minhas dúvidas antes do parto, na internet? No pré-natal?.....	107
5.1.1.3	A família.....	108
5.2	IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO.....	109
5.3	OS TEMORES NO PARTO.....	111
5.3.1	Falhar.....	113
5.3.2	Dor.....	114
5.3.3	Morrer.....	116
5.3.4	Não ser cuidado / respostas agressivas dos profissionais de saúde às pacientes.....	118
5.3.5	Do inesperado, do desconhecido.....	121

5.3.6	Solidão.....	123
5.3.7	Criança morrer.....	125
5.3.8	Ficar exposto.....	126
5.4	SENSAÇÕES NA VIVÊNCIA DO PARTO.....	126
5.4.1	Temor.....	128
5.4.2	Felicidade/alívio/melhora da dor.....	128
5.4.3	Surpresa.....	130
5.4.4	Tristeza/ decepção com os profissionais de saúde/ decepção com a instituição de saúde.....	131
5.4.5	Responsabilidade.....	134
5.4.6	Fé/sagrado.....	135
5.5	A PERCEPÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (INFRAESTRUTURA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO.....	136
5.5.1	Médicos, enfermeiros e técnicos no parto e no apoio a paciente representação institucional.....	137
5.5.2	Profissionais de saúde / recepção no acolhimento a paciente ao chegar na maternidade.....	139
5.5.3	Funcionários das enfermarias da maternidade para o acolhimento das dúvidas e aflições das parturientes.....	140
6	O DESVELAR DOS VÉUS: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
	REFERÊNCIAS.....	148
	APÊNDICE A - Formulário de Entrevista Semiestruturada.....	162
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	163



A Grande Viagem.

E inicia-se a grande viagem de fazer um projeto de mestrado. Que foi gestado por dois anos, mas anteriormente a isso foi planejado por outros 15 anos. Surgiu da união do pensamento do porquê eu consegui me transformar, e reconstruí, mesmo vindo de uma classe social de pessoas mais simples, e muitas mulheres não o fazem. Depois dessa gestação, com diversas consultas de pré-natal, cá está minha filha. Feita de mim, mas completamente diferente e reconstruída.

Clarissa Alves de Oliveira.
(22/09/2020)

1 INTRODUÇÃO

O parto já foi considerado um evento feminino, onde o grupo social das parturientes as auxiliava. Com o processo de industrialização do pós-guerra e à frente das mudanças ocorridas no cenário da saúde, a obstetrícia tornou-se uma disciplina da área médica, institucionalizou-se e normatizou o parto e o nascimento. Uma nova percepção no contexto do parto e nascimento surgiu e cada vez menos as parturientes tinham vez e voz (SANTOS, 2002).

No Brasil, os partos eram realizados por mulheres, as aparadeiras, comadres ou parteiras-leiga. Elas possuíam um saber empírico e assistiam, em domicílio, as mulheres durante a gestação, o parto e o pós parto. Pertenciam às classes sociais mais populares e eram da confiança das parturientes. Aos poucos, a medicina incorporou essa prática como uma das suas competências, a Arte Obstétrica (BRENES, 1991).

O trabalho de parto e o parto passaram do seio familiar para o institucional. A compreensão do ambiente hospitalar tornou-se mais difícil e o acolhimento e a humanização da atenção fizeram-se essenciais para diminuir as emoções das parturientes.

Essa situação foi vislumbrada pelo Ministério da Saúde (MS), que a partir de 2011 regulamentou a estratégia da Rede Cegonha que objetiva a reorganização de toda rede de acesso e atenção ao parto e nascimento, e visa à redução da mortalidade materno infantil.

A mistura de crenças e práticas vem gerando um conflito na assistência ao parto, com discrepância entre o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza e as práticas reais nos espaços hospitalares. Isso criou um abismo entre o sujeito que vai parir e o sujeito que vai fazer o parto, tornando muito confuso o momento do parir. É um evento biológico e universal previsto nas informações genéticas transmitidas e desenrola-se conforme o processo determinado para cada espécie (CARRANZA, 1994).

Como outras funções fisiológicas, não são processos puramente biológicos (SANTOS *et al.*, 2011). São atos culturais que refletem os valores sociais prevalentes em cada sociedade de cada época.

O momento vivido do bebê na barriga e, após, nos braços da mãe, é um marco de ruptura. Esse bebê parido não mais retornará ao ventre materno. Entretanto, se vivido de maneira plena, introduz novas experiências na vida da mulher – quando a filha se torna mãe – entre tantas outras transformações que ocorrem nesse seu momento de vida e de acordo com seus costumes culturais, que abrangem os planos físico, emocional e social (DONELLI, 2013, 2008; MALDONADO, 1997; SOIFER, 1980).

O acúmulo de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico do último século transformaram a vida das pessoas. Na condução do parto, houve um aumento da preocupação na formação de um sistema científico de certezas, com pouca importância ao sistema sócio afetivo da parturição. Para transformar o processo em um procedimento médico eficiente, organizado e institucionalizado, as interferências de crenças e de práticas culturais foram aos poucos sendo eliminadas ou, pelo menos, tentou-se (GUALDA, 1994).

Este trabalho resulta de uma pesquisa qualitativa, com base na descrição fenomenológica e rigoroso olhar metodológico a respeito do real, a fim de desvelar e descrever as emoções e seus significados no parto. Trabalhou com as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na Maternidade Coronel Leoncio Vieira Rezende¹ – Maternidade de Carapina – situada no município de Serra - ES, que se internaram com o objetivo único de ter o parto realizado com sua internação.

Esse levantamento foi realizado através de entrevistas semiestruturadas com as mulheres que se internaram na Maternidade de Carapina, no mês de junho de 2020 que estavam internadas nas enfermarias Girassol e Tulipa, em seus pós partos.

¹ Esta Maternidade é popularmente conhecida como Maternidade de Carapina. A partir deste momento a mesma será citada como tal.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa, após explicação dos objetivos do trabalho. Quem escolheu participar não teve nenhuma questão abordada que pudesse deixar que surgissem conflitos sócio afetivos, para gerar danos às mesmas. Caso ocorresse, o Serviço Social da Maternidade seria acionado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, após, fez-se a organização dos relatos, categorizando-os conforme a metodologia de análise de dados baseada e descrita por Bardin e adaptada por Franco. A partir dessa categorização do observou-se o perfil de emoções das usuárias, sobre o parto e as impressões da Maternidade de Carapina, e os resultados poderão contribuir para uma melhora dos serviços de acolhimento e retaguarda à assistência ao parto.

A pesquisa contou como **Objetivo Geral**: Desvelar a compreensão das parturientes, de como se revela, o momento do parto na instituição de saúde que lhes acolherá para este.

Como **Objetivos Específicos**:

1. Descrever como a sua rede de relações socioculturais e afetivas podem influenciar em suas emoções num ambiente institucional, como é a Maternidade pesquisada.
2. Identificar as principais vias de informação utilizadas pelas gestantes para compreender melhor o parto e o pós-parto, e assim, sentirem-se mais preparadas para o momento do parto, bem como para os cuidados com o recém-nascido.

A grande variedade de crenças e práticas culturais na relação da lida popular com o parto e pós-parto e as atuais práticas obstétricas têm gerado um grande conflito na assistência institucional ao parto, e a uma grande discrepância, entre o que a OMS preconiza e as práticas reais dos espaços hospitalares. Fato esse que gerou um abismo entre o sujeito que vai parir e o sujeito que vai fazer o parto, o que torna a relação profissional/instituição de saúde-paciente muito confusa no momento do parto, e nas orientações técnicas de cuidados pós-parto. Questão esta que, apesar de todo aparato de informações existentes

na atualidade, não tem permitido aos programas e instituições de saúde atingirem suas populações alvo. Gestações repetidas, pré-natais mal conduzidos, trabalhos de partos com relações profissionais / instituição de saúde-paciente desgastantes e mal construídas, são questões sérias e que geram uma grande ansiedade e insatisfação das parturientes com os serviços de saúde e seus profissionais.

Assim ocorre a composição de uma imagem de temor e a desconfiança dessas gestantes e suas famílias do sistema de saúde que as acolhe de forma tecnicista e impessoal, desvalorizando o acolhimento pessoal e direcionado a realidade de cada parturiente e sua realidade.

Problematizou-se: Quais são os fatores que velam a percepção das mulheres, que gestam e vem a parir repetidamente sem valorar suas relações socioafetivas, mesmo com todo aparato informativo atual?

A pesquisa intentou desvelar como se apresenta a compreensão que as mulheres possuem sobre o funcionamento da instituição de saúde que lhe acolherá nesses momentos de transformações em suas vidas. Como elas se enxergam parindo nessa Instituição. Observar se elas compreendem suas sensações nesse ato e nos atendimentos aos seus partos. Se as mesmas sentem-se capacitadas em realizar o ato da parturição como idealizaram, ou se, intrinsecamente, apresentaram sensações não colaborativa de que caso não se “comportassem”² como os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem desejavam, elas seriam então as *causadoras* de todas as consequências negativas das intervenções médicas e de enfermagem a qual seriam submetidas.

Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar informações para melhorar o acolhimento das mulheres e a assistência oferecida no período de trabalho de parto e no

² Utilizaram-se as palavras “comportassem” e “causadoras” entre aspas com objetivo da não inclusão de possíveis valores morais.

momento do parto, sem considerar sua via de resolução, ao se internarem na Maternidade de Carapina.

Entender quais são as informações, temores e principais aflições que essas mulheres trazem consigo sobre o parto e o trabalho de parto quando se internam para assim, otimizar o seu tempo no pré-parto (local onde são encaminhadas, após internação para o parto). Dessa forma, desenvolver uma melhor interação da tríade parturiente – profissional da Maternidade de Carapina – parto, tornando essa experiência de vida a mais positiva e confortável possível, mesmo no curto período que costuma acontecer essa interação.

Tornar a resolutividade dos partos das usuárias o mais positivo possível de forma a permitir a construção, mesmo que por um curto período, de uma relação gratificante para ambas as partes, profissionais de saúde/parturientes. Promover a melhoria do serviço de acolhimento às usuárias da Maternidade de Carapina e do sistema de saúde público, com maior humanização do parto e das ações mais efetivas que possam levar à maior satisfação e eficácia da instituição.

A dissertação foi organizada em seis sessões. A segunda seção intitulada de *Metodologia*, pois aborda o método utilizado para a realização da pesquisa, o local, o objeto pesquisado e os procedimentos ético-metodológicos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o TCLE.

A terceira seção intitulada *A Obscura História da Mulher e suas Párias no Mundo* discorre a história da mulher na humanidade e no Brasil, abordando sobre seus papéis ocupados no contexto histórico, as construções e reconstruções que este recebeu ao longo do tempo. Das necessidades adaptativas socioeconômicas, e suas influências sobre o comportamento e a visão que essas mulheres tiveram das alterações socioculturais, que isto resultou ao longo da história.

A Luz de Dar a Luz é a quarta seção, na qual se encontra interligada à terceira, pois esta descreve a história do parto através do tempo nas civilizações e suas influências socioculturais e por fim, a importância do desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas às mulheres e à humanização do parto no Brasil.

A quinta seção intitulada *O Desvelar dos Véus: O Parto no SUS – uma Impressão do Parir* realiza a análise descritiva de dados procurando desvelar as sensações, temores, expectativas, felicidades, ilusões e desilusões, construídas pelas pacientes diante dessas gestações e partos, que nos relatam com tanta intensidade.

A sexta seção apresenta as Considerações Finais da pesquisa, onde se tenta responder dentro da linha de raciocínio do trabalho e mostrar se os objetivos foram atingidos, se ampliou a compreensão sobre o porquê de tantas situações e sensações existentes na gestação e no parto, que até hoje marcam tanto a vida das mulheres.



Metodologia – forma pela qual criamos algo.

Clarissa A. Oliveira.
22/09/2020

2 METODOLOGIA

A metodologia é o estudo dos caminhos para se chegar a um determinado fim. Além de ser uma disciplina que estuda os métodos, também é considerada uma forma de conduzir uma pesquisa ou um conjunto de regras para ensino da ciência e arte. E possui por objetivo analisar as características dos vários métodos, indispensáveis para avaliar as capacidades e limitações da pesquisa, e criticar os pressupostos quanto sua utilização (CRESWELL, 2003).

Através da metodologia de pesquisa utilizamos instrumentos necessários para a elaboração de um trabalho científico. Nesta se escolhe quais caminhos a seguir, de uma série de métodos e técnicas, para atingir o objetivo da pesquisa (PRAÇA, 2015).

O pensamento científico moderno nasceu há quase quatro séculos, com Galileu. A ele se deve o legado de ter conferido autonomia à Ciência, distinguindo-a da Filosofia e da Religião, delimitando assim qual seria seu objeto, objetivo e método (observação, experimentação e indução). A ciência estabeleceu-se, desde então, no objeto específico das coisas da natureza, ou seja, no estudo das leis que enunciam as ligações dos fenômenos entre si, enquanto a filosofia deveria ocupar-se das questões ontológicas (do ser enquanto ser) e, por fim, a religião manteria as chamadas verdades religiosas como seu objeto (GALILEI, 2000).

E todo pensamento científico é uma mescla dos pensamentos quantitativos e qualitativos. A pesquisa sobre o funcionamento das coisas nos quadros gerais do conhecimento é uma tarefa qualitativa e quantitativa. Pesquisa é investigação, um estudo deliberado, uma busca pela compreensão (STAKE, 2011).

A pesquisa qualitativa permite a realização de estudos aprofundados de uma variedade ampla de tópicos, além de oferecer uma maior liberdade na escolha de temas de interesse, pois outros métodos tendem a ser limitados, pelo estabelecimento de regras que impossibilitam e limitam o estudo, como a indisponibilidade de dados suficientes ou

a falta da abrangência de variáveis suficientes, a dificuldade de extrair uma amostra adequada de entrevistados, e assim obter uma taxa de resposta suficiente, entre outras limitações, como se dedicar ao estudo do passado e também das atualidades da vida das pessoas (YIN, 2016). Ela pode ser exercida em muitas áreas acadêmicas e profissionais diferentes, devido a sua plasticidade de execução.

Em uma definição detalhada sobre os métodos de pesquisa qualitativos, os caracterizam como sendo realizados de forma indutiva, holística, êmica, subjetiva e orientada para o processo e usada para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um *setting* (MORSE; FIELD, 1995).

Na pesquisa qualitativa, a “[...] preocupação com o processo é muito maior do que com o produto” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 12). O significado que as pessoas conferem às coisas e à sua vida e suas perspectivas se mostram essenciais para o pesquisador qualitativo, ou seja, existe uma relação entre o participante da pesquisa e o objeto de estudo (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Esta estuda o significado da vida das pessoas, nas condições reais, representa suas opiniões e perspectivas, contribui com revelações sobre conceitos existentes e/ou emergentes, que podem ajudar a explicar o comportamento social humano. Esforça-se por usar múltiplas fontes de evidência e abrange as condições contextuais em que as pessoas vivem (YIN, 2016).

A Fenomenologia foi utilizada como termo, pela primeira vez, por Johann Heinrich Lambert (1728-1777), matemático, astrônomo, físico e filósofo, depois por Hegel (1807), na sua Fenomenologia do Espírito, e por Edmund Husserl, em 1900, com a publicação da obra *Investigações Lógicas*. Para Husserl, a Fenomenologia era uma maneira totalmente nova de fazer filosofia, que deixava de lado as especulações metafísicas abstratas, entrava em contato com as *próprias coisas*, destacando as experiências vividas.

A Fenomenologia, criada por Edmund Husserl e influenciada pelo existencialismo, surge como uma tentativa de analisar o fenômeno enquanto fenômeno, considerando as suas

singularidades. Um dos principais princípios fenomenológicos é o da intencionalidade, que afirma que o homem não existe isolado do mundo, ou vice-versa, o objeto só pode ser definido na sua relação com o ambiente. Ou seja, é impossível separar a consciência do objeto, já que eles só existem na relação. Além disso, a Fenomenologia acredita que, para conhecer o fenômeno, é necessário que se faça uma redução fenomenológica. Necessita-se que a realidade seja colocada em parênteses, excluindo concepções pré-estabelecidas (ANGERAMI-CAMON, 2007). Assim, ela se destaca como uma maneira de compreender o homem e seus fenômenos em toda sua totalidade, como únicos, o que tornaria impossível enquadrá-los em padrões estáticos positivistas.

Segundo Martins e Bicudo (1989, p. 77): “Compreender é uma forma de entendimento, diferente da alçada explicativa: compreensão é tomar o objeto a ser compreendido na sua intenção completa, não apenas naquilo que as coisas são, na sua representação”. Assim, os autores enfatizam que compreender é ver de forma peculiar, específica, única o objeto, no qual podem ser realizadas diversas descobertas, mediante o pensamento empírico-objetivo. As essências não são o fim da análise, mas são um meio de trazer à luz todas as relações que se pretende conhecer e que dão forma às intencionalidades dos sujeitos do estudo.

O fenômeno é o que se mostra a quem, de maneira intencional, olha. No caso da pesquisa, o observado será o momento do trabalho de parto e o do parto. Ele se mostra no encontro entre o ver e o ser visto (noesis-noema), entre o que se mostra e o olhar de quem o olha de modo objetivado. Esse encontro se dá em um instante que é o *agora*, o parto, em que o fenômeno se mostra no ato da percepção. Pelo estudo da fenomenologia, o que nós buscamos? Compreender o fenômeno que se mostra. O que ao pesquisador se mostra, é o que ele perceberá, e que não é o objeto em si. É o que se percebe *agora* e todo *agora* se esvai na temporalidade. Por esse estudo, o tempo é compreendido pelo que acontece no *agora* e esse *agora* é um *átimo*, é um instante. Tem-se que descrever como é apreendido o fenômeno. Daí a descrição ser de extrema importância. Nessa narração é do sujeito que enxerga e vivencia o fenômeno (BICUDO; AZEVEDO; BARBARIZ, 2017).

Vale registrar que a expressão *eidético* (*eidos* significa essência) refere-se à essência do fenômeno, que para a Fenomenologia com a intuição empírica, podem surgir ideias e informações sobre o mundo, e, desse modo, pode-se chegar a uma intuição eidética. Assim, a essência, ou *eidos*, pode discordar da ideia sobre as coisas e sobre o mundo.

Um objeto, quando olhado pelo pesquisador de maneira inteligível, torna-se um fenômeno para esse pesquisador que assim o olha. Tal objeto, neste caso, adquire o caráter de fenomenalidade o qual desaparece quando deixa de ser experienciado de modo vivo (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 76).

Com relação ao termo tematizar, entende-se que quer dizer: “Pôr de forma estabelecida, localizada num assunto ou tópico sobre o qual se vai discursar ou dissertar” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 76).

De acordo com Sadala (1995, p. 2) a Fenomenologia é:

Percebida como um modo mais adequado de estudo para investigar o mundo vivido – comparando-se com o método cartesiano, que privilegia o olhar para o objeto de estudo de uma posição pretensamente neutra e estritamente objetiva – este modo de pesquisar, mostra-se mais próprio para as questões humanas, não excluindo o valor das pesquisas estatística, porém acrescentando novas perspectivas e ampliando o universo do conhecimento. [...] ao contrapor os dois paradigmas: a abordagem fenomenológica introduz o problema da perspectiva, que invoca necessariamente o caráter de mutabilidade e relatividade da verdade, vistas pela fenomenologia como uma condição que os entes têm de se manifestar no horizonte do tempo, num incessante movimento de mostrar-se e ocultar-se; ao passo que, no eixo do pensamento metafísico, pressupõe-se que a verdade seja una, estável e absoluta, bem como a via de acesso a ela. Para esta autora, não há propriamente um método de pesquisa claramente definido ou descrito pelos fenomenólogos: os caminhos de pesquisar se encontram diluídos nas obras dos vários autores (HUSSERL; HEIDDEGER; MERLEAU PONTY; PAUL RICOEUR E OUTROS).

Husserl reflete que a experiência tem como centro a pessoa: o *eu-no-mundo*; agente por ter experiência determinada e ordenada do mundo, podendo habitá-lo; tem experiência privilegiada do próprio corpo. Segundo Husserl, a naturalização da experiência elimina seu sujeito; ao passo que podemos atingir a experiência somente a partir da apreensão do sujeito que continuamente a constitui (MAHFOUD; MASSIMI, 2008).

O mundo-da-vida não é apenas um mundo de produções lógicas, mas também “Mundo da experiência no sentido mais concreto e cotidiano do termo” (HUSSERL, 1995, p. 47). Essa citação nos remete a um mundo das realidades habituais, reais, onde existem decisões e ações a serem tomadas, portanto, as consequências dessas decisões. Como também as reações mediante as referências do que foi determinado pelo que já foi experimentado anteriormente, no dia-a-dia-da-vida. E que ficaram pré-determinadas e delimitadas, em nossas memórias por essas experiências anteriores. Portanto o sentido concreto das experiências do cotidiano e familiar indicam o comportamento da ação prática e da avaliação pessoal, mais do que o comportamento de julgar conhecer (MAHFOUD; MASSIMI, 2008).

Na análise das vivências, Husserl identifica, conforme Mahfoud e Massimi (2008), que o sujeito para vivenciar o impacto da realidade de uma experiência vivida no mundo, necessita encontrar-se em uma situação de passividade diante deste. E assim assimilar, elaborar e aprender em si, o que o impacto dessa vivência lhe causou. Necessitando processá-la, para aprender em suas características o significado e o valor desta para seu próprio eu em todo esse processo.

Para que possa construir suas impressões de vivências em cada experiência vivida no mundo Mahfoud e Massimi (2008, p. 56) destacam que: “O campo onde nossas experiências se dão é propriamente no mundo-da-vida e as experiências mais básicas deste mundo tornam-se substrato para elaboração de toda ordem de experiências”.

Consideramos que as pessoas expressam, em suas fases socialmente vividas, o significado dessa vivência. Para captar o ponto de vista subjetivo, faz-se necessário reportar-se à interpretação que os sujeitos atribuem à ação em termos de projetos, meios disponíveis, motivos, significados. Por esse motivo entende-se: um estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação. Assim, motivo para que a orientação para a ação futura e o motivo porque estes são relacionados às vivências passadas, com conhecimentos disponíveis. O motivo por que se refere a um projeto em função de vivências passadas é uma categoria objetiva, acessível ao pesquisador. O contexto de

significado do verdadeiro motivo, do porquê, foi sempre uma explicação posterior ao acontecimento (MINAYO, 2001).

Nesta mesma linha de pensamento, Merighi, Carvalho e Suletroni (2007, p. 436) citam que: “Só podemos captar a vivência de um sujeito se encontrarmos seu motivo para (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação)”.

Nesta pesquisa, para melhor compreensão das mulheres enquanto sujeitos capazes de pensar, agir e refletir sobre seu mundo-vida e que necessita ser compreendida e ajudada por aqueles que a assistem, a perspectiva da Fenomenologia seria o melhor caminho. Apropriamo-nos, portanto, também do referencial da Fenomenologia Social, que se fundamenta na concepção de Alfred Schultz. Em uma interpretação utilizando em conjunto as Fenomenologias Existencial e Social. Em uma abordagem qualitativa da pesquisa baseada em Fenomenologia social, basicamente investigam-se as representações, crenças, valores, explicações e opiniões que se expressam nas interações sociais; privilegia a linguagem e a prática como mediações simbólicas; orienta o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais, levando a sério as suas informações; busca uma compreensão do nicho onde a pesquisa é realizada e procura uma execução flexível e interativa (HUDELSON, 1994; MINAYO, 2006).

Desta forma Alfred Schultz desenvolveu em seus estudos uma forma de compreender o significado subjetivo da ação, desta forma poderia construir o que foi vivido. Denominado por Schultz como tipo vivido, que é a demonstração de uma estrutura que foi vivida na dimensão social de um grupo determinado, onde a natureza da experiência vivida mostra-se invariável, independente do grupo estudado. Desta forma chega-se ao tipo vivido a partir da apreciação das relações sociais (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007). A Fenomenologia Social também visa compreender a vivência intersubjetiva, o mundo com os outros, a relação social e após voltasse ao atendimento das ações, que tem um significado, configurado no sentido social; e não puramente individual. O foco de interesse pode constituir-se de uma característica típica de um grupo social que está vivendo uma determinada situação.

No modo fenomenológico de fazer pesquisa pressupõe que o pesquisador deve procurar “[...] reavivar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos à medida que são vividos, experienciados e conscientemente percebidos” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 76). Reavivar, reviver, tornar vivo o fenômeno é fazer com que a experiência se torne apta a ser observada e descrita pelos recursos tangíveis e adequados usados pelo pesquisador.

Portanto conforme este estudo, o tipo vivido não corresponde a algo ou alguém em particular, mas a uma idealização na qual são construídos esquemas interpretativos do mundo social, e que vêm a constituir parte de nossa bagagem de conhecimento sobre o mundo, e nos fornecem significados, da qual nos valem em nossas relações interpessoais (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

Na gestação as mulheres possuem uma série de projetos e expectativas em relação a sua gestação e parto. Como decorrerá a gestação, o tipo de parto, se normal ou cesariana, com ou sem anestesia ou analgesia de parto, como será a assistência realizada à sua gestação e parto. Carregando consigo toda essa gama de dúvidas, aflições e expectativas, deste momento vivido da gravidez. Mas também coexistindo em todo um contexto socioeconômico e cultural. Assim elegeram-se neste trabalho as abordagens para as entrevistas e análise dos relatos, a Fenomenologia Existencial e Social de Alfred Schultz (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

Onde a compreensão da ação de sujeitos no mundo social, tem por referência as relações intersubjetivas inscritas em suas experiências cotidianas (Inter experiências). Onde ocorre a compreensão da ação de pessoas no mundo-da-vida, como sujeito-em-si ou na relação intersubjetiva, mediada pela descrição eidética, isto é, por uma estrutura invariável, *a priori* única, de uma sociedade composta por mentes viventes e conscientes do mundo onde estão inseridas (SCHUTZ, 2008; WAGNER, 2012).

A história dos métodos de pesquisa qualitativos ou compreensivos é mais recente. Há pouco mais de um século, juntando-se com o início das ideias de se criarem as Ciências

Humanas, surgem em contraponto às então já organizadas Ciências Naturais. Com seus métodos qualitativos, a disciplina de Antropologia desenvolveu a etnografia, em cuja revolução ocorreu nos anos 20 com as publicações de Malinowski. Esse antropólogo permaneceu alguns anos convivendo com nativos da Oceania, observando participativamente o que lá ocorria. A partir deste fato, a história da ciência atribuiu-lhe o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, já que ele procurou descrever sistematicamente como havia obtido seus dados e como ocorria a experiência de campo (MALINOWSKI, 1984).

Cada uma das divisões da ciência também possui um lado qualitativo em que a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo trabalham juntos para ajudar a aperfeiçoar as teorias e experimentos. Na qualitativa “significa dizer que seu raciocínio se baseia principalmente na percepção e na compreensão humana” (STAKE, 2011, p. 21).

Malinowski (1984) sistematizou as regras metodológicas para a pesquisa antropológica, em suas ideias caracterizava um método que definia que apenas através da imersão no cotidiano de outra cultura, o antropólogo poderia compreendê-la. Através do método da Observação Participante, que foi introduzido no meio da pesquisa, apropriado aos estudos exploratórios, estudos descritivos e estudos que visam a generalização de teorias interpretativas.

Recorre-se à Observação Participante com o propósito de elaborar, após cada sessão de observação, descrições *qualitativas*, de tipo *narrativo* (isto é, sem recorrer a grelhas de observação estandardizadas), que permitem obter informação relevante para a investigação em causa (exemplificando, formulação de hipóteses de investigação, auxílio à elaboração ou adaptação de teorias explanatórias, concepção de escalas de medida da construção de análise). Os observadores, são levados a partilhar papéis e hábitos dos grupos observados, para isso tem de se encontrar em condições favoráveis para observar situações, fatos e comportamentos, que dificilmente conseguiriam, ou seriam reprimidos ou até mesmo adulterados, na presença de estranhos (BRANDÃO, 1984; MARSHALL; ROSSMAN, 1995).

A nota de campo surge agora como ferramenta importante na observação participante evidenciando a documentação escrita produzida por parte do observador (BOGDAN; TAYLOR, 1998). São registros coletados durante uma observação, e representam um instrumento de coleta de dados para pesquisa qualitativa. Para que as anotações estejam de acordo com o objetivo da pesquisa é necessário um planejamento prévio do que deve ser anotado e observado, delimitando claramente o foco da investigação para não desviar da proposta inicial da pesquisa.

Uma das maiores apreensões do pesquisador é anotar tudo que está acontecendo, preocupando-se demais com a precisão. O registro precisa sim, ser correto, mas na pesquisa ocorre mais de uma chance de isso acontecer. A primeira preocupação deve ser saber qual é o fato, enxergá-lo, ouvi-lo, e tentar compreendê-lo. Isso é muito mais importante para uma maior aproximação do pesquisador, que uma citação perfeita (STAKE, 2011). Apesar de com o tempo da pesquisa essas anotações ocorrerem de forma espontânea e fluida.

Segundo Lüdke e André (1986) e autores como Bogdan e Biklen (1994), vários assuntos devem ser abordados nas notas de campo. O conteúdo das observações deve conter uma parte descritiva e uma reflexiva.

A parte descritiva compreende um registro detalhado do que ocorre no campo. Como as descrições dos sujeitos: sua aparência física, seus maneirismos, seu modo de vestir, de falar de agir. A reconstrução de diálogos: as palavras, os gestos, os depoimentos, as observações entre sujeitos ou entre estes e o pesquisador. Sempre que possível deve-se utilizar as suas próprias palavras. É importante também haver a descrição do ambiente e eventos especiais.

A descrição das atitudes deve ser realizada nas atividades gerais e os comportamentos das pessoas observadas, sem deixar de registrar as sequências em que ocorrem. Lembrando sempre que o comportamento do observador é o seu o principal instrumento

da pesquisa, é importante que o observador inclua nas suas anotações as suas atitudes, ações e conversas com os participantes durante o estudo.

A forma de registrar os dados é observador dependente. Uma forma interessante de iniciar o registro das notas de campo é indicar o dia, a hora, o local da observação e o seu período de duração, como também deixar uma margem para codificação do material e observações gerais. Também é necessário para a organização dos dados, deixar bem distinto, em termos visuais, as informações descritas, as falas, as citações e as observações pessoais do observador, mudando de parágrafo a cada nova situação observada.

O local para fazer as anotações depende do estilo pessoal do observador. Alguns preferem um papel pequeno para não chamar atenção, outros usam fichários ou folhas avulsas, outros preferem usar material que mantenha junto todo o conjunto de observações para possível consulta a informações obtidas anteriormente.

As anotações e registros sobre as vivências e as observações participantes devem ocorrer o mais próximo possível do fenômeno, que segundo Lüdke e André (1986, p. 31): “A parte reflexiva das anotações inclui as observações pessoais do pesquisador, feitas durante a fase de coleta: suas especulações, sentimentos, problemas, ideias, impressões, pré-concepções, dúvidas, incertezas, surpresas e decepções”.

Entende-se que a observação seja um ato, portanto é uma ação que implica duas dimensões: investigar e participar, ou seja, investigar, participar e, participando, investigar (SILVA, 2012), estabelecendo-se assim um campo de trocas entre o pesquisador(a) e os sujeitos. Numa observação não estruturada, os elementos a serem observados não estão determinados previamente, e são definidos a partir da própria ação de observação (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Para a análise de dados utilizou-se a metodologia de transcrições das entrevistas individuais e dos registros de campo da observação participante e organizou-se para a

análise. Para isso, empregou-se a metodologia de Análise de Conteúdo que Bardin (1977, p. 42) que define como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Franco (2008, p. 12), a mensagem pode ser “[...] verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”.

Na pesquisa várias mensagens foram sendo geradas durante o processo: aquelas dos registros escritos e orais, das falas realizadas durante os encontros presenciais, das mensagens silenciosas que percebi e anotei em meus diários de campo. Tinha sempre em mente a preocupação de não fazer, o que Bardin (1977) apontava como uma *compreensão espontânea* dos dados que estavam em minhas mãos. A preocupação era ter uma atitude de *vigilância crítica* diante dos dados.

A fase pré-reflexiva realizada teve por objetivo a organização, das atividades não estruturadas, das questões abertas, em oposição à exploração sistemática dos documentos. Em se tratando desta pesquisa utilizou-se de: revisão bibliográfica de legislações sobre o tema, bem como prontuários das participantes da pesquisa. Com uma pré-análise bem realizada, o registro das análises dos dados coletados, “[...] não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas” (BARDIN, 1977, p. 101). Para auxiliar na organização dos dados coletados utilizaram-se as regras apresentadas por Bardin (1977), ainda na pré-reflexão na pesquisa.

“• Regra da exaustividade – uma vez definido o campo do *corpus* [...] é preciso terem-se em conta todos os elementos desse corpus” (BARDIN, 1977, p. 97). Tinha os registros orais e escritos.

“• Regra da representatividade – Análise numa amostra em que o material para esta preencha todos os critérios necessários para isso, amostragem rigorosa, para ser uma parte representativa do universo inicial” (BARDIN, 1977, p. 97).

Trata-se de uma fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o *corpus* da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96). Compor o corpo foi um fato que se mostrou demasiado difícil, pois implicou num imenso trabalho em mim sobretudo que li em artigos e textos como profissional da saúde, em estando médica, para ser uma pesquisadora em campo, na escolha para a elaboração de um plano de para análise, no caso da pesquisa fenomenológica existencial-social, a descrição dos dados colhidos.

A pesquisadora produziu um vasto material resultante das transcrições das entrevistas e anotações em diário de campo a partir da observação participante. E a partir dessa, estabeleceu-se a pré-análise e a organização inicial dos dados da pesquisa. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, não se recorreu a uma amostragem por não considerar necessário.

Ao elaborar a entrevista semiestruturada de acordo com os conceitos de pesquisa qualitativa, já estamos colocando as informações que pretendemos inferir em nosso objetivo de pesquisa em pré-categorizações com os questionamentos. Nesse momento procurou-se colocar de lado os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre a vivência do parto, para que assim pudesse imergir de forma espontânea no experimento. Para poder recordar dela e revivê-la intensa e profundamente, proporcionando imensa sintonia entre o pesquisador e o objeto pesquisado. Procurando sair de seu estilo intelectualizado e se soltando e se deixando fluir de sua própria existência, e nela adentrando de forma espontânea, permitindo surgir: intuição, percepção, sentimentos e sensações, que brotam, proporcionando uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva, dessa vivência (FORGHIERI, 2002).

Retoma-se a questão da investigação e o objetivo proposto e passasse então para a escolha dos documentos a serem categorizados. Após a realização de um distanciamento reflexivo, para compreender e tentar captar e descrever o sentido ou o significado daquelas vivências no existir dessas mulheres. Entretanto o distanciamento não chega a ser completo, pois se deve manter um elo com a vivência, a ela voltando a todo o instante, para que descrição dessas seja o mais próximo possível do da própria vivência (FORGHIERI, 2002).

Os registros, de acordo com Franco (2008), podem ser de distintos tipos que podem estar inter-relacionados: a palavra, o tema, o personagem, o item. O assunto envolve “não apenas componentes racionais, mas também ideológicos, afetivos e emocionais” (FRANCO, 2008, p. 43).

Nesta pesquisa, voltamos aos dados, aos registros orais (transcrições das entrevistas individuais) e anotações de campo (observações participantes dos encontros grupais com as mulheres) que foram explorados. Olha para cada um de maneira isolada, buscando suas unidades de significação a partir de temas (BARDIN, 1977). Apesar dessa forma de Bardin, de organizar os textos analisados por unidades de significação para categorizá-los, todo material produzido foi lido novamente, buscando congruências e diferenças.

Após a escuta e transcrição fiel das falas das pacientes, foi realizada uma a leitura flutuante, estabelecendo-se um contato inicial com os dados, e buscando uma primeira percepção das mensagens neles contidas, deixando-se, que conforme Franco (2008, p. 52) é deixar-se “Invadir por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas”. Dessa forma é estabelecido um contato inicial com os documentos a serem analisados e se conhece o texto. Aos poucos a leitura vai se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção das teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos (BARDIN, 1977).

O intuito desse estudo foi conhecer a realidade de um grupo de parturientes, que se encontravam entre o primeiro e o último dia pós-parto nas enfermarias Girassol e Tulipa da Maternidade de Carapina, situando-as na atitude natural, portanto no seu mundo-vida, para compreender as diversas práticas interpretativas por meio das quais a realidade foi construída, na perspectiva pessoal (existencial) e social.

A pesquisa foi realizada na Maternidade de Carapina, situada no município de Serra/ES. Também denominada Maternidade Coronel Leoncio Vieira de Rezende, vinculada a Prefeitura Municipal de Serra, situada a Rua São Pedro, S/N, Jardim Limoeiro, estando sob Gestão Municipal, com nível de atenção de média complexidade, atendimento de demanda espontânea e referenciada e vinculada ao SUS.

É uma instituição com 36 leitos distribuídos em cinco enfermarias, denominadas Girassol, Dália, Tulipa, Rosa e Margarida. Além de um centro cirúrgico com duas salas de cirurgia, um berçário com cinco leitos e pré-parto com quatro leitos com camas de parto, onde são realizados os partos normais. São realizados 250 procedimentos/mês, entre partos normais, cesarianas e curetagens pós-abortamento. A pesquisa ocorreu durante o período de junho de 2020, todas as manhãs, de 10h00min às 12h00min, após a minha visita de rotina nas enfermarias Girassol e Tulipa.

Esse trabalho pode ser realizado devido ao fato de eu ser médica da Instituição, e responsável pela visita de obstetrícia (com as mães pós-parto) semanal destas enfermarias, que totalizam um número de 18 leitos.

As entrevistas foram realizadas com todas as mulheres que internaram em trabalho de parto, independentemente de sua paridade e a via de resolução do parto. Todas as parturientes que aceitaram responder ao questionário da entrevista semiestruturada e que assinaram o TCLE participaram da pesquisa. Após explicação clara dos objetivos e dissolução de todas as dúvidas que poderiam surgir quanto aos mesmos e da importância do sigilo dos dados colhidos nas entrevistas, que foram gravadas.

As entrevistas possuíam alguns questionamentos em uma ordem para resposta única e direta dentro da questão pesquisada, e outros que permitiram a liberdade de resposta. Fato que permitiu o levantamento de questões suplementares da lista original, interessantes à pesquisa.

As participantes da pesquisa, de fato escolheram participar, e não o contrário, portanto não foram inseridas em nenhum pensamento pré-concebido de categorização para quaisquer análises de quaisquer dados, sua inserção no grupo de pesquisa teve como fatores de inclusão somente serem puérperas³residentes no município de Serra. Durante a entrevista, foram se tomando nota dos gestos, e maneira como as mulheres se *comportavam* nas anotações de campo.

Os fatores excludentes foram à recusa da paciente em participar da pesquisa, se a causa de sua internação fosse para tratamentos clínicos de intercorrências na gestação, resolução de abortamento, e infecções puerperais, ou munícipes de outros municípios, que não o de Serra.

Inicialmente a entrevista seria realizada em sala específica, destinada à coleta de dados (entrevista), em ambiente reservado e sem expor a pessoa, separada na nova ala da maternidade, chamada expansão. Área fechada e sem ventilação, possuindo somente ares-condicionados. O que inicialmente seria ideal para a manutenção da privacidade das pacientes; que não eram obrigadas a participar da pesquisa, podendo deixar de tomar parte nela em qualquer momento, isentas de penalização e/ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decidissem retirar seu consentimento, não seriam mais contatadas pela pesquisadora.

Utilizou-se a metodologia de pesquisa qualitativa com entrevista semiestruturada, inspirada na abordagem fenomenológica existencial e social, pois as parturientes são seres vivos, com emoções e sensações, que existem nesse mundo sociocultural em que nasceram, cresceram, gestaram e pariram e é a razão do presente estudo. No caso deste

³ Puérpera: mulher que se encontra no período puerperal, ou seja, pós-parto.

estudo utilizou-se a metodologia de pesquisa qualitativa, por ser a mais adequada ao objeto de observação.

Na pesquisa foi realizada uma imersão no mundo de experiências vividas no parto e pós parto das gestantes da Maternidade de Carapina, no município de Serra, objetivando desvelar esse momento vivido, para que assim possa visualizá-lo de forma mais real as necessidades emocionais e socioculturais dessas mulheres usuárias do serviço. Tornando-o mais humanizado e eficiente.

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e cujo projeto foi aprovado com o Parecer Consubstanciado n.º 3600059 emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Entre estes procedimentos ético-metodológicos encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi utilizado para a realização de todas as entrevistas.

A pesquisa apresentou riscos mínimos à saúde física e socioafetiva das participantes. Esses riscos foram atenuados pela não identificação das entrevistadas de forma a não acarretar nenhum tipo de exposição ou constrangimento. As entrevistas foram realizadas em uma sala na Ala da expansão da Maternidade e de acesso restrito à entrevistada e à entrevistadora.

Com as entrevistas gravadas para serem ouvidas mais de uma vez, e assim ocorrer uma transcrição mais fidedigna, desta maneira esta técnica documentou os diferentes eventos da parturição e como esses foram vistos pelas parturientes, tal como elas os descreveram e sua definição da situação. Após a transcrição, o fim da pesquisa de campo e a completa análise e organização dos dados, todas as gravações serão mantidas pelo período de cinco anos e depois destruídas com promessa firmada com as parturientes e a manutenção do sigilo de suas identidades e maior afirmação da relação pesquisador-pesquisado.

Também foram utilizadas a observação participante e registros com os diários de campo. Esses registros eram feitos das informações colhidas na observância do comportamento das pacientes durante as entrevistas e a observação participante.

Efetivamente nem todas as parturientes puderam ser ouvidas em sala separada, devido a questão da pandemia de COVID-19⁴. Assim foram realizadas entrevistas nas enfermarias mantendo todas as orientações de distanciamento, precauções de contato e antissepsia solicitados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Desta maneira não expusemos nem as parturientes, nem a pesquisadora ao risco de contágio.

Esse fato, no final da coleta de dados trouxe uma surpresa ao trabalho, pois também devido ao COVID-19 os acompanhantes não puderam mais ficar com as parturientes. Isso gerou entre as pacientes uma grande interação, e a formação de uma interessante rede de apoio, inusitada ao ser identificada por mim e que anotei em meus diários de campo. Mantendo dentro do possível, a distância entre si, e onde, uma ajudava a outra com os contatos com seus familiares, utilizando mídias de *internet*, nesse caso em especial, o *WhatsApp*, visando manter os seus ânimos mais positivos. Trocavam contatos, pois muitas descobriram que moravam no mesmo bairro, inclusive para trocar entre si as fotos dos bebês. Criando uma rede de contato e apoio, paralela à da instituição, e baseada em empatia e semelhanças.

A formação dessa rede de apoio também existiu dentro da maternidade em conversas entre as próprias parturientes, criando verdadeiros ciclos de conversas sobre filhos, maridos, costumes e família. Com aproximação espontânea dessas mulheres, comecei também a participar desses grupos de conversas de forma informal e solicitei a gravação das conversas, quando todas concordavam, eu gravava e fazia as perguntas da entrevista e deixava que elas falassem espontaneamente, interagindo entre elas com suas respostas, e eu apenas ficava como mediadora, e observadora das conversas/

⁴ COVID-19: *Coronavirus Disease 2019*.

interações, imergindo em suas vivências, realidades, temores e desejos para o agora e para o futuro delas e de seus bebês.

Portanto, os procedimentos metodológicos da pesquisa foram:

1. Registros escritos (diários de campo e observação participante do grupo de mulheres);
2. Registros orais (entrevistas individuais gravadas e transcritas na íntegra).

Com a leitura ratificamos essas categorizações inicialmente pensadas e criamos outras para que nosso objetivo de pesquisa fosse mais bem identificado e desnudado. Incluindo a criação de subcategorias, no ler e reler relatos das parturientes.

As categorias foram organizadas uma a uma a partir das congruências contidas nos depoimentos. Os comportamentos foram apontados nas anotações de campo, e colocadas na descrição dos relatos das parturientes e de como seus corpos se expressavam, aumentando a riqueza de detalhes na descrição no estudo do fenômeno parturitivos. Para que, assim pudesse visualizar melhor suas expressões e sensações no momento dos seus relatos.

Nesse processo inicial com uma primeira leitura, a partir dos procedimentos metodológicos aplicados: registros orais (entrevistas individuais e diário de campo), foram instituídas 21 categorias. Organizaram-se os relatos em conformidade e semelhanças alocando-os em categorias temáticas em tabelas.

As categorias temáticas retrataram sensações, temores, impressões e conhecimentos adquiridos, descritos pelas parturientes com a vivência e preparação para o parto, que por final foram dispostos em quatro grandes categorias.

- a) Preparando-se para o parto (pré-natal, informações antes do parto e família);
- b) Temores no parto;

- c) Sensações na vivência do parto;
- d) Impressões da Instituição de Saúde (infraestrutura, profissionais de saúde e importância do acompanhante no parto).

Foi realizada uma reflexão fenomenológica para a categorização destas em subeixos, organizados pelas concordâncias e discordâncias das experiências das mulheres na Maternidade, e com o processo de maternação. Para uma descrição mais detalhada das expectativas, emoções e vivências de cada uma, objeto deste trabalho.

A reflexão fenomenológica para a análise descritiva dos dados vai ao encontro do *mundo-da-vida*, do mundo de vivências cotidianas imediatas, onde todos vivemos, temos desejos e aspirações, agimos e sentimos. Portanto, nossos pensamentos e representações têm origem nessa vivência, a partir do intercâmbio entre a pluralidade da constituição dos vários sujeitos, que serão descritos nessa pesquisa com o objetivo de desvelar o que essas mulheres sentiam, aspiravam e agiram na vivência da gestação, parto e puerpério na Maternidade.

O nome dado às pacientes foi fictício e relacionado às flores, correspondendo ao mesmo que ocorre na Maternidade, pois todas as enfermarias possuem nome de flores.

As flores foram muito utilizadas nas pinturas impressionistas, demonstrando as cores que surgem em suas telas, nos levando a experiências, brincando com nossos sentidos, criando experiências de vida assim como a Fenomenologia observada nesta pesquisa. O impressionismo surgiu após a invenção da fotografia e para demonstrar que a pintura era mais interessante e vigorosa que o realismo das fotos. Os pintores impressionistas utilizavam cores fortes e suas pinceladas passavam alguma impressão aos que estivessem observando os quadros, como um banho de cores, movimentos e sensações.

Tanto que para a abertura de cada capítulo utilizei partes do quadro de Monet, A PONTE JAPONESA (1899), por dois motivos. Pontes nos ligam a lugares que podemos ou não ir quando desejamos, e atravessam obstáculos para chegarmos a nossos objetivos. Por

isso essa pintura em especial. Para mim profissional da área da saúde, formada em uma estrutura de pensamentos cartesianos, foi uma travessia a realização dessa pesquisa, onde passei por diversas fases gestacionais, como a negação, as náuseas, o cansaço, o sono e por fim o cansaço da barriga. Para no final parir com direito a todas as dores do trabalho de parto a minha obra, a minha *filha*. E eu, autora deste trabalho de pesquisa, por ser filha de uma mãe criada sob o jugo familiar estrutural de nove irmãos, afirmo: nunca desejei parir um filho, sempre desejei filhas.

Portanto, o método fenomenológico nos permite uma visão do fenômeno do parir, não se limitando as causas e a sintomatologia destes, mas busca ampliar a percepção para uma perspectiva multifacetada por diferentes fatores de ordem econômica, política, social, psicológica e cultural. Com a abordagem qualitativa ocorre uma contribuição na descoberta das reais necessidades dos sujeitos estudados, para que o planejamento das estratégias de promoção da saúde das parturientes toque em questões fundamentais à saúde e promovam sua transformação. Vindo a privilegiar as relações dos sujeitos por elas beneficiados, não de forma massificada e impessoal, mas cobertas de sentidos e singularidades para o planejamento da efetividade e promoção da saúde da gestação e parto.

O estudo baseou-se nesse momento de vida das mulheres, o fenômeno do parto e de suas experiências na gestação e pós-parto, e o efeito de cada um sobre elas. Para melhor descrição desses fenômenos, utilizou-se uma pesquisa qualitativa com base na fenomenologia existencial e social. Iniciou com a entrevista semiestruturada onde as abordagens dos sentimentos das mulheres no momento do parto, foram se misturando com uma descrição dos seus desejos e expectativas em relação aos seus bebês, com todos seus medos, angústias e aflições na sua postura dentro da maternidade e durante o parto. Demonstrando a forte influência sócio econômica e cultural nesses comportamentos. E o método de estudo fenomenológico parte da premissa de que o comportamento humano pode e deve ser entendido a partir dos agentes envolvidos. A preocupação do trabalho será dirigida a desvelar a história de experiência das mulheres, nesse momento de suas vidas, desde sua internação até o pós-parto.



O Escuro.

O escuro,
Lugar tão feio,
Tão longe,
Tão mórbido.
Será que é sórdido?
Não importa.
Ele continua lá.
Me encarando,
Me medindo e olhando.
Será que eu vou lá?
Sim.

Não, não, não.
Mamãe me ensinou que
não devo,
Não que não posso ir lá.
É perigoso,
É misterioso,
É velado aos meus olhos.
Me confunde,
Me amedronta.
Me cega.

Eu não o conheço.
Não, não, não. E nem
quero conhecer.
Ele não se revela.
Não vou lá.

Sim .
Eu tenho medo do escuro.

Clarissa Alves de Oliveira
22/09/2020.

3 A OBSCURA HISTÓRIA DA MULHER E SUAS PÁRIAS NO MUNDO

A história sempre foi a principal ferramenta para nos fundamentarmos e aprendemos com o passado para entender, estruturar e melhorar o futuro. Sem ela não entendemos muitos dos porquês dos acontecimentos atuais, e principalmente dos posicionamentos socioeconômicos e culturais das pessoas. Com as mulheres não é e nunca foi diferente, temos que olhar para o que ocorreu conosco para entender onde estamos e por que estamos hoje. E assim olhará para o futuro e entender para onde podemos ir. Pois só conhecendo quem fomos, poderemos imaginar quem somos e seremos.

3.1 HISTÓRIA DA MULHER NA HUMANIDADE

Na história, as representações sobre as mulheres podem ser contadas de duas formas, pelo contexto tradicional, que se mantinha à luz de grandes homens (generais e estadistas), preocupados, sobretudo, com a política, atividade exclusiva do universo masculino, onde a principal forma de descrição do cenário era a simples narração de eventos ou acontecimentos, e que utilizava como fonte a documentação escrita e oficial. Seus historiadores mantinham-se em moldes explicativos e deterministas, relatando, apenas, a história circunscrita às suas pesquisas em um âmbito regional ou territorial específico. Já o registro cultural possuía um apego ao popular, ao resgate do papel de grupos sociais invisíveis no enredo tradicional e com uma abordagem diversa na investigação do encadeamento de ideias (TEDESCHI, 2012).

Assim, surge a primeira dificuldade dos historiadores que pretendiam escrever sobre a trama das mulheres na humanidade. Esse cenário sempre foi reportado, observando a relação de poder, onde predominava o androcentrismo, com o ocultamento do papel das mulheres na sociedade. Desde as épocas mais remotas, os discursos feitos revelavam que a construção da desigualdade entre os gêneros era uma situação natural e legitimada pelas diferenças biológicas entre homens e mulheres e que impunham neles relações de poder como verdade.

A história cultural tem como objetivo uma composição social de interpretações remetidas às determinações fundamentais (sociais, institucionais e culturais), com a importância de conhecer o processo e as formas de construção do mundo social (BOURDIEU, 1999).

Essa nova história procura entender o sentido das palavras, das imagens, da reconstrução das práticas culturais e representações delas. Trabalha as diferentes formas de apreciação dos textos verbais e não verbais e da produção de sentido que os atores da trama ocupam na sociedade (CHARTIER, 1990).

O ambiente cultural, também chamado de Nova História, interessava-se pelos variados aspectos da atividade humana, abandonando a preocupação exclusiva com o estudo dos grandes homens. Passou a se dedicar à história daqueles que não tinham história, indo, assim, criar um caminho para uma posterior inclusão das mulheres nos estudos históricos (CUCHE, 1999).

O ocidente construiu seu conhecimento do mundo de acordo com a racionalidade instrumental e as suas ambições políticas e econômicas, subjugando e absorvendo o conhecimento de outros, por meio de operações de poder efetivadas pelo olhar masculino.

Os filósofos gregos determinaram por intermédio de seus escritos que as mulheres são inferiores aos homens e, portanto, suas subordinadas. A mulher é descrita a partir de sua constituição biológica. A crença determinava que fosse fria e úmida, e os homens, quentes e secos (Teoria de Hipócrates), onde o *corpo frio* demonstrava a inferioridade da mulher em relação ao homem, necessitando ficar confinada ao lar, espaço que cabia a sua retidão, fragilidade e fraqueza. A teoria do *Corpus Hipocraticus* afirmava que “[...] no conjunto, o útero era um animal dentro de outro animal, que vagava por todo o corpo, mas podia ser atraído a um lugar adequado” fato que contribuiu para reduzir, afirmar e negar o papel das mulheres no tocante à reprodução e concepção, criando uma teoria de reprodução feminina (CAIRUS; RIBEIRO JUNIOR, 2005).

A cultura filosófica grega fez com que o corpo físico da mulher, sua menstruação, seu útero e sua capacidade para a reprodução lhe caracterizassem como não cidadãs, excluídas da lei, do governo, da guerra e da religião. Para Aristóteles o corpo podia ser classificado, ordenado e diferenciado. O sexo existia devido à necessidade de procriar. O macho representava a causa eficiente e a fêmea material (TEDESCHI, 2012).

Dessa maneira, a teoria filosófica grega enxergava as mulheres como objetos, criaturas irracionais, sem um pensar próprio, pouco criativas, sem espírito estético, dependentes de seus corpos. Por sua natureza fraca, precisavam ser submissas e controladas pelos homens, olhar imperial sobre a natureza da mulher que, conforme Pratt (1999) é a expressão do controle e poder, com profundidade e eficácia, que dispunha da força e violência para sua execução.

No século II, Galeno desenvolveu um modelo de identidade estrutural dos órgãos reprodutores do homem e da mulher, no qual as mulheres eram essencialmente homens, que, sem o calor vital, ficavam com a retenção interna de suas estruturas, muito visíveis nos homens. Sua teoria era bastante persuasiva, com extrema precisão anatômica, e definia que o pai (homem) e a mãe (mulher) contribuía juntos para dar vida à matéria, mas que a semente da mulher era menos informativa e potente que a do homem, devido à própria natureza frágil da mulher. Assim, a semente masculina era sempre mais consistente e mais quente que a feminina, por esse fato que o pênis era saliente e não subdesenvolvido dentro do corpo, como o útero, e o homem, por ter mais calor vital, era mais perfeito que a mulher. A supremacia masculina, dessa forma, foi sustentada em textos científicos, fundamentada no reconhecimento cultural do patriarcado, onde a afirmação do pai estava acima de qualquer assertiva da mãe (TEDESCHI, 2012).

Ainda segundo Tedeschi (2012) a cultura greco-romana, por meio de seus discursos, ditou verdades sobre a natureza feminina, que foram herdadas pelo cristianismo. Baseada no pensamento aristotélico, a doutrina cristã construiu uma forma de compreender o mundo ocidental, ditando palavras e ações, e criou um discurso miscigenado, religioso e filosófico.

O pensamento filosófico grego produziu a divisão dos espaços e funções sociais entre homens e mulheres das esferas doméstica e pública, repetidas de modo incansável por gerações e embasadas na natureza. Tal fato levou à imposição de se afirmar o papel *natural* da mulher na história, discurso e prática reforçados pela Igreja, tornando essa uma natureza assim constituída (TEDESCHI, 2012).

O discurso da Igreja, no período clássico, cria certezas, concepções, imagens sobre a mulher, levando a própria Igreja a recusas de convivência com as mulheres, impondo aos seus clérigos o estado de celibato e castidade. A identidade feminina criada pelas estruturas e concepções da Igreja sujeitou uma gama de modelos de comportamentos religioso e doméstico às mulheres, induzindo-as à prática da virtude, da obediência e do silêncio e à imobilidade em nome de uma ética católica de comportamento moral (ALEXANDRE, 1990). O clero e homens da religião exerceram seu poder por meio da escrita, transmitindo o conhecimento por gerações, determinando como a mulher deveria agir, pensar e até o que poderia falar ou não.

Dessa forma, podemos entender o discurso e a prática de muitos grupos de mulheres, em especial do meio rural, que nada mais são do que os reflexos concretos dessas estratégias que compõem a comportamentos em nome da moral católica construída sobre o imaginário feminino (TEDESCHI, 2006).

O destino biológico das mulheres, fundamentado no filosófico grego, vai instituir a formação dos pilares do cristianismo no mundo romano. É a tradição judaico-cristã que vai marcar, de maneira decisiva, a inferiorização da mulher, por relatos bíblicos da criação, delegando à mulher a culpa pela queda do homem em tentação e pelo pecado em relação a Deus. A desobediência feminina teve efeitos duradouros na história da dignidade, imagem e confiabilidade em relação às mulheres (TEDESCHI, 2012).

No cristianismo, foram identificados dois paradigmas do feminino que contribuíram para a percepção das mulheres, para a criação de seus modelos de autorrepresentação. Esses paradigmas são representados por duas mulheres centrais na tradição católica,

Eva e Maria que, de forma curiosa, possuem características antagônicas (TEDESCHI, 2012).

Para estabelecer um paralelo entre essas duas mulheres, Alexandre (1990) defende a existência de uma *ligação tipológica* entre Eva e Maria, reforçando suas similaridades, mas, em especial, seus contrastes. A autora refere que as duas caminham em paralelo, tanto Eva, que em sua desobediência causou a morte para si e para toda humanidade, quanto Maria que, pela sua obediência, causou a salvação para si e para a humanidade. Maria, com a incorporação da dominação pela sua obediência a Deus, desata o nó causado pela desobediência de Eva.

Maria passa a ser a *Nova Eva*, porque seu comportamento motivou a remissão dos atos de desobediência de Eva. A obediência de Maria vai gerar a redenção do mundo com o nascimento de Cristo. Estabeleceu-se um paralelo entre Eva e o pecado, por um lado, e Maria e a virtude, por outro. Pecado e virtude revelados mostram que só um se torna perceptível com a presença do outro: “O pecado é, assim, a parte de uma estrutura permanente da existência humana, sempre em tensão com a graça” (FIORENZA; GALVIN, 1991, p. 88).

Portanto, o cristianismo tem, essencialmente, duas formas de representar o universo feminino: Maria, exemplo único do seu tipo, e o restante das mulheres, consideradas filhas de Eva, logo implicadas na desobediência inerente ao *Pecado Original*, afirmando a natureza pecaminosa das mulheres comuns, em contraste com a natureza perfeita, inatingível e imaculada de Maria, mãe de Cristo, modelo de mulher da Igreja e daquilo que as mulheres deveriam ser (CLÉMENT; KRISTEVA, 2001).

Os argumentos teológicos justificadores da hierarquia sexual embasaram-se na culpa de Eva pelo Pecado Original, quando Eva sucumbiu às tentações da serpente, comendo o fruto proibido e o oferecendo a Adão. Essas alegações demonstraram que a mulher não possuía a mesma medida da imagem refletida de Deus que a do homem. Por ser fraca, sucumbiu, justificando sua subordinação pela desobediência de Eva. Assim, foi Deus

quem submeteu Eva à obediência ao marido, devido à queda do pecado. “Procurarás a quem serás sujeita, o teu marido”, como citado na Bíblia Sagrada (1985). Dessa forma, a hierarquia do homem sobre a mulher e a grande diferença existente entre os dois são concretizadas quando Adão imputa a culpa dele ter comido o fruto proibido à Eva, à mulher (MOTA-RIBEIRO, 2000).

Com o pretexto do pecado original, são instaurados os mitos para as mulheres tanto nas religiões judaico-cristãs como nas muçulmanas: a virgindade e o silêncio, simbolizados pela obrigação do uso do véu, e a determinação de cobrir as partes do corpo feminino, como os lábios, a boca e as partes sexuais, estando os olhos e ouvidos sempre descobertos e atentos aos modelos de socialização do sistema patriarcal (BOURDIEU, 1999).

No tipo de sociedade da época, na sua essência rural e patriarcal, as práticas determinavam as atitudes de dominação e submissão, em uma sociedade marcada por fortes componentes que colocavam a posição social masculina ou feminina sob pressão, inclusive na divisão de trabalho na unidade produtiva familiar, assim como nas relações de poder (TEDESCHI, 2012).

Bourdieu (1999) afirma que homens e mulheres incorporam representações que constroem em sua prática diária e dentro de uma lógica social, com relações de poder onde sempre existe a desigualdade de forças, dando origem a uma relação de dominação e subordinação.

As mulheres sempre foram representadas como portadoras do poder no campo da vida privada, onde seus atributos biológicos eram associados a seu desempenho na função social. O poder das mulheres tendeu a ser percebido como manipulador e escultor das relações sociais e, por isso, ilegítimo e fora do lugar, com pouca importância, vindo a inferiorizar a mulher em sua atuação na sociedade, categorizando-as e impondo-lhes um regime de verdades (SCOTT, 1995).

Nessa categorização, o trabalho, no regime de poder, era a ação a se realizar como uma obra que expressasse o reconhecimento social e permanecesse para além da vida. O esforço rotineiro, repetitivo e sem liberdade, com resultado consumível e de incômodo infundável, não era categorizado como trabalho (ALBORNOZ, 1994).

Na divisão, surgiu o trabalho na unidade familiar, onde o esforço é o resultado que aparece como *labor*. Na cisão de *labor/poder*, foram criados espaços privados e não políticos para a mulher, o mundo privado da família, que não lhe possibilitava acesso ao político - fato que levou à desnaturalização da concepção do trabalho não dinâmico, de esforço rotineiro e cansativo para a mulher, que cuidava da reprodução da vida e não deixava vestígios (TEDESCHI, 2012).

Na tradição ocidental judaico-cristã, a concepção de trabalho feminino (doméstico/privado) passa a ser entendido como o *labor* da casa, ou na casa, a serviço da família, o *labor* não produtivo. Portanto, nessa compreensão de trabalho, ocorre uma divisão sexual de tarefas da família nuclear, onde a mulher passa a ser responsável pela vida doméstica e pelos problemas presentes no cotidiano familiar, e o homem, pelas questões da vida voltada para o mundo externo e público, e com o dever de proteger a mulher dos complicados problemas do mundo fora de casa (bancos, empréstimos para lavoura, política), para que ela pudesse ter melhor desempenho em seu trabalho no lar (ARENDETT, 1989).

A argumentação utilizada para justificar a divisão sexual do trabalho era a *natureza* que em si trazia implícita a diferenciação na formação cultural para homens e mulheres. A representação das imagens do feminino ligava-se aos afazeres domésticos, sem visibilidade, e o masculino destinava-se às funções mais qualificadas e valorizadas do espaço público. Além de suas tarefas habituais, as mulheres também eram responsáveis pela formação da nova geração de trabalhadores, garantindo a reprodução do modo de produção, isso incluía a gravidez, o parto e a amamentação, funções para as quais estavam, biologicamente, preparadas para realizar (BRITO; D'ACRI, 1991).

As suas funções biológicas estavam associadas às tarefas culturalmente impostas, e atribuídas apenas ao sexo feminino: preparo de alimentos, limpeza da casa, cuidado com as roupas dos membros da família e da casa, e proteção dos filhos (BRUSCHINI; ROSEMBERG, 1982). A esse processo, Chodorow (1979) chamou de *maternagem*, situações resultantes de imposições culturais, passadas de geração em geração, em que as tarefas eram divididas de acordo com o sexo, idade ou posição na estrutura familiar.

A partir do século XV, ocorreu uma drástica mudança com a demonização do comportamento feminino, em especial das mulheres sábias que possuíam os conhecimentos empíricos, dominados e praticados desde suas épocas ancestrais e que, nesse período, foram considerados saberes suspeitos. Afirmavam que, devido à sua fraqueza física e moral, inteligência reduzida, pobreza de raciocínio, sexualidade impulsiva e voluptuosidade, a mulher era a vítima favorita de Satã, e que seus conhecimentos e misteriosos poderes só podiam ser advindos de meios ilícitos e de pacto com o demônio (ROSA, 2013).

Uma vez que os estados políticos foram consolidados com populações compostas por trabalhadores rurais e aculturados, a perseguição às bruxas foi perdendo o fôlego e, enfim, acabou. Porém, nessa interpretação não fica claro porque a maioria das vítimas acusadas de bruxaria compunha-se de mulheres. A caça às bruxas é interpretada na literatura mais recente como um fenômeno essencialmente político, devido à aculturação e hegemonia existente, acarretando uma incursão e abertura do mundo rural e a emergência dos estados nacionais (TOSI, 1998).

A Revolução Científica impôs uma nova concepção de Cosmo, neste os poderes mágicos e demoníacos já não davam conta, de esclarecer o significado dos fenômenos naturais. Já os sobrenaturais, ou seja, não aceitos pela Igreja, foram estigmatizados como ilusionismo ou superstição. A perseguição às bruxas acabou entre 1680 e 1684 na Europa ocidental e alguns decênios mais tarde, nos países periféricos (TOSI, 1998).

O fim da perseguição às bruxas foi atribuído à propagação do cartesianismo e de seu universo mecanicista, fato que permitiu desligar o mundo material da alma e de sua relação com Deus (TOSI, 1998).

A constante transformação mundial acarretou um progresso irreversível na vida das mulheres com a melhoria de seu acesso à alfabetização, aumento da reivindicação e educação como um direito universal e primordial. Polêmica iniciada no começo do século XV na França, através da *Querelle des Femmes* (Querela das mulheres⁵), durou até o século XIX. Através deste movimento iniciou-se o questionamento dos papéis sociais fundamentais dos homens e mulheres. Com o começo de uma ousada defesa da mulher em oposição à misoginia que imperava nos países industrializados da Europa ocidental, iniciando um longo debate em vários países, como França, Inglaterra, Itália e Dinamarca, com a participação tanto de homens como de mulheres. Kelly (1982) assinala a importância do condicionamento cultural dos sexos, como ponto fundamental, destacado pelas mulheres, em sua participação dessa longa controvérsia (TOSI, 1998).

Em sua obra *La Cité des Dames*, publicada em 1405, Pizan enfatiza a importância da educação como centro do debate da emancipação feminina. E determina que a noção anterior da inferioridade física, intelectual e moral das mulheres mostravam-se fundamentada, na diferença da educação recebida pelas meninas em relação aos meninos. E que se lhes fosse ensinadas ciências, elas aprenderiam e entenderiam as dificuldades contidas em todas as ciências e artes, tão bem quanto os meninos e posteriormente que os homens, mesmo que seus corpos se apresentassem mais frágeis, esse fato, não significava uma inteligência mais debilitada, muito ao contrário, muitas a demonstravam mais sagaz e penetrante (TOSI, 1998).

A Revolução científica gerou uma grande agitação, com as descobertas e novas invenções, multiplicando os cursos para suprir as novas ciências que se multiplicavam. Devido a essa necessidade de pessoas para trabalhar com todo esse desenvolvimento, ocorreu à abertura de acesso das mulheres, de forma dinâmica, em todo esse contexto

⁵ Tradução da pesquisadora.

histórico. Esse fato despertou críticas e citações de escárnio por diversos autores como Molière que ridicularizou as mulheres instruídas em suas peças, *Les Précieuses Ridicules* (As preciosas ridículas⁶) (1659) e *Les Femmes Savantes* (As mulheres sábias⁷) (1672) (TOSI, 1998).

Entretanto, os defeitos atribuídos às mulheres, eram consequência de suas dificuldades de acesso à educação. Entretanto apoiadores da causa a favor da melhoria educacional feminina utilizavam o método cartesiano para defender a noção de igualdade entre os sexos e assim comprovar que caso as mulheres estudassem nas mesmas universidades que os homens, ou em universidades criadas para elas, poderiam se sobressair tanto, ou melhor, que estes nas áreas como: Medicina, Direito, Teologia ou Matemática. Defendendo a grande capacidade imaginativa e engenhosidade que elas possuíam e a capacidade adaptativa ao necessário, com grande predisposição para as ciências (TOSI, 1998).

Em 1649, na Inglaterra, Mary Astell propõe a criação de uma escola com formatos dos conventos medievais, onde as moças receberiam educação livre da influência e limitação exigida por sua vida em família, proposta que não foi adiante, apesar de ter obtido recursos para tal, por ser contrária aos ideais da Reforma Protestante ciências (TOSI, 1998).

A partir de 1760, inicia-se um amplo interesse dos meios mais esclarecidos sobre o do problema educacional feminino é retomado, o conhecimento excessivo adquirido pelas mulheres neste período era visto como uma afronta às boas maneiras que elas deveriam possuir. Direcionando um debate principalmente para qual seria o local adequado onde sua educação deveria ser ministrada, em sua casa paterna ou em uma instituição formal, assim como os homens (TOSI, 1998).

⁶ Tradução da pesquisadora.

⁷ Tradução da pesquisadora.

A partir do século XVII, ocorre uma preferência para a educação feminina na casa paterna, em família, mas isso somente pode ocorrer nas famílias mais abastadas e, por conseguinte com mais privilégios, portanto o surgimento de sistema público de educação faz-se necessário (TOSI, 1998).

Até 1794 os escravos não possuíam cidadania por serem considerados propriedade de outrem, e as mulheres devido a seus afazeres domésticos e obrigações de cuidados com as crianças eram impedidas de possuir participações políticas. Mesmo que tentasse entrar em clubes políticos era sempre indagada sobre a permissão de renunciar as seu sexo, assim como sempre lembrava Chaumette em 1793, em suas falas (BEBEL, 1986).

Olympe de Gouge foi uma das primeiras feministas de que se tem conhecimento. Durante a revolução francesa, escreveu em 1791 a *Declaração dos Direitos da Mulher Cidadã*, onde argumentava e enumerava todos os direitos dos homens, descritos pelos revolucionários em 1789. Afirmava que esses direitos pertenciam, também, às mulheres.

Em 1788, a militante fez sua versão do *Contrato Social*, que considerou igual ou superior ao de Rousseau. O documento continha uma série de propostas de reformas políticas e sociais, com extensas críticas às atitudes e práticas de suas contemporâneas. Em determinado período, relatou que as pessoas podiam vê-la “[...] como uma mulher que somente tem paradoxos a oferecer e não problemas fáceis de serem resolvidos” (SCOTT, 2005, p. 11). A ativista reconhecia que não existiam soluções simples para seus argumentos, pois, eram questões que necessitavam de debates mais profundos sobre os direitos do indivíduo e das identidades de grupo. A partir da discussão, posicionar-se e manter a tensão necessária entre as questões seria o que nos possibilitaria encontrar os melhores e mais democráticos resultados (SCOTT, 2005).

Durante a virada do século, o sufragismo foi o movimento voltado a estender o direito ao voto às mulheres. Iniciou as manifestações contra a discriminação feminina e passou a ser reconhecido como a primeira onda do feminismo. Seus objetivos eram mais imediatos e voltados à organização da família, oportunidade de estudos, ao acesso a determinadas

profissões para mulheres brancas de classe média e ao alcance dessas metas (SILVA, 2000).

Na segunda onda feminista, iniciada no final da década de 1960, ocorreram as construções teóricas. Nos Estados Unidos, na França, Inglaterra e Alemanha observaram-se intelectuais, estudantes, negros, jovens, muitos e heterogêneos grupos que, de diferentes formas, começaram a expressar suas inconformidades e desencantos com os habituais arranjos sociais e políticos, com a segregação, com o silenciamento e com o vazio acadêmico de discussão sobre esses assuntos.

É nessa efervescência social e política que o movimento feminista ressurgiu, não somente com as marchas, grupos de conscientização e protestos públicos, mas também com jornais, livros, revistas e obras que hoje são clássicas, como *Le deuxième sexe*, de Simone de Beauvoir (1949), *The feminine mystique*, de Betty Friedan (1963), *Sexual politics*, de Kate Millett (1969). Militantes do mundo acadêmico trazem para o interior das universidades e escolas questões que as mobilizaram como estudiosas, docentes e pesquisadoras, e surgem os estudos da mulher.

A importância e o mérito desses primeiros estudos é o de transformar as esparsas divagações sobre as mulheres em tema central de explicações. Eles levantaram informações, construíram estatísticas, demonstraram lacunas em registros oficiais de livros escolares, focalizaram áreas, temas e problemáticas que não possuíam espaço nos meios acadêmicos e, o mais importante, deram voz àquelas que, até aquele momento, estavam silenciosas e silenciadas, pois falavam do cotidiano, da família, de sexualidade, do doméstico, e dos sentimentos.

É possível fazer uma ponte entre a história da mulher desde a antiguidade até hoje e o lugar em que ela se coloca na sociedade. Ainda hoje, pode-se arriscar e concluir, no nosso contexto social, de um mundo capitalista e desigual, a existência de um inconsciente coletivo que determina os lugares similares a cada gênero.

3.2 HISTÓRIA DA MULHER NO BRASIL

Desde a colonização do Brasil, o papel das mulheres brasileiras perpassa por funções de degradantes a desumanas. Elas já foram admiradas, temidas como representantes de Satã, e reduzidas a objetos de domínio e submissão por receberem o conceito de seres irrelevantes, tendo sua real importância, apenas, na geração de um novo ser humano, sendo marginalizadas e aniquiladas por isso.

Para Del Priore e Bassanezi (2001, p. 11), a percepção das primeiras mulheres no Brasil foi iniciada com relatos de viajantes que observaram a cultura indígena no Brasil colonial: “Naquela época, os costumes heterodoxos eram vistos como indícios de barbarismo e da presença do Diabo. Do nascimento à velhice, as mulheres Tupinambás recebiam tratamentos e tarefas enredadas à selvageria e com marcas de barbarismo”. Esse podia ser o olhar estrangeira das mulheres Tupinambás, mas para aquele povo, tudo era feito seguindo as determinações de sua concepção de natureza humana.

Ainda hoje, o inconsciente das mulheres brasileiras está atrelado às ideias passadas por gerações anteriores. O desregramento, pecado e danação originados da fragilidade moral do sexo feminino tiveram enorme utilidade ao poder social masculino, sobre o feminino.

Del Priore e Bassanezi (2001, p. 46) descrevem que, no Brasil colonial,

Abafar a sexualidade feminina era objetivo de Leis do Estado, da Igreja, e o desejo dos pais, visto que, ao rebentar as amarras [...] a sexualidade feminina [...] ameaçava o equilíbrio doméstico, a segurança social e a própria ordem das instituições civis e eclesíásticas.

A Igreja castrava a sexualidade feminina, utilizando a ideia de um homem superior, ao qual cabia o exercício da autoridade. Todas as mulheres carregavam o peso do pecado original e deveriam ser vigiadas de perto e por toda a vida. Neste sentido, Silva et al., (2005, p. 72) citam que: “Até o século XVII, só se reconhecia um modelo de sexo, o

masculino. A mulher era concebida como um homem invertido e inferior, entendida como um ser menos desenvolvido na escala da perfeição metafísica”.

Da antiguidade à idade média, os casamentos eram combinados sem o consentimento da mulher. A união não se aplicava ao amor, mas a um contrato entre o pai da noiva e a família do pretendente. O papel feminino estabelecido por força da cultura, e que se mantém atualmente, é o da mulher como esposa-mercadoria a ser possuída (SILVA *et al.*, 2005).

Com o objetivo de aumentar as riquezas da família, os grupos recorrem à regra da exogamia, que interdita o casamento com um membro da família. Surge então a proibição do incesto, obrigando a formação de alianças não só através da troca de bens, como também de mulheres. A fecundidade era indispensável ao casamento, sendo a esterilidade levada ao repúdio e o adultério implicava no abandono ou até a morte da mulher (SILVA *et al.*, 2005, p. 73).

Por volta do século XVIII, o amor romântico se torna o ideal de casamento, o erotismo expulsa a reserva tradicional e coloca à prova a duração do casamento. Como o amor-paixão em geral não dura, o amor conjugal ligado a ele também não. A procriação deixa de ser a finalidade principal do casamento, e os propósitos econômicos e psicológicos do casal passam a ser os objetivos centrais. A ideologia do amor romântico é usada para justificar a ausência de filhos. Como o casamento acontece por escolha e decisão dos cônjuges, a relação conjugal passa a ser mais importante (SILVA *et al.*, 2005, p. 73-4).

No século XIX, a mulher passa de homem invertido ao inverso do homem, sua forma complementar. Eram educadas para cuidar da casa e dos filhos, enquanto os homens saíam para trabalhar. Dessa forma, as mulheres ficavam submissas, tendo que viver em função do homem e da família (SILVA *et al.*, 2005).

Na primeira e segunda Guerra Mundial, os homens foram para frente de batalha, deixando filhos e esposas em casa, situação que levou a uma evolução histórico-cultural das funções/padrões da mulher nas sociedades. Com esse novo cenário, houve mudança de paradigma, pois muitos homens morreram e as mulheres, que só praticavam atividades domésticas, tiveram que desempenhar as funções dos maridos para garantir o sustento dos filhos (DOURADO *et al.*, 2016).

Mesmo no Brasil atual, existem diferenças entre homem e mulher, relacionadas à submissão, devido à sua estrutura física e biológica. Se, no passado, a diferença entre gêneros era voltada para a relação anatômico-fisiológica, o sexo político-ideológico agora ordena quem vai comandar a oposição e a descontinuidade sexual do corpo. Para tanto, forneceu ao arcabouço a justificativa e impôs as diferenças morais aos comportamentos masculino e feminino, de acordo com a exigência de uma sociedade burguesa, capitalista, colonial, individualista e imperialista existente, também, nos países europeus (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000).

Com a revolução industrial (desenvolvimento tecnológico, surgimento das máquinas) e a consolidação do sistema capitalista, no século XIX, boa parte da mão de obra era feminina, fato que levou a inúmeras mudanças na produção e na organização do trabalho.

Os empresários preferiam as mulheres nas indústrias porque aceitavam salários inferiores, com jornadas de trabalho de 14 a 16 horas diárias. Trabalhavam em condições insalubres e cumpriam obrigações além daquelas devidas nas suas funções, para não perder o emprego. Com o auxílio das máquinas, podiam fazer os mesmos serviços que os homens (DOURADO *et al.*, 2016).

A revolução industrial fez a mulher deixar de se prestar somente aos afazeres domésticos e ir para as indústrias, trabalhar nas fábricas. No entanto, no século XX, o papel da mulher, de fato, mudou. O ressurgimento dos movimentos feministas desencadeou uma série de conquistas, entre elas o direito ao voto, ocorrido no Brasil em 1932, na Era Vargas, com o Decreto n.º 21.076 (MAZZA, 2015).

Para fortalecer sua posição no mercado de trabalho, a mulher atual tem cada vez mais adiado seus projetos pessoais, como a maternidade. A redução no número de filhos é um dos fatores que tem contribuído para facilitar a presença da mão de obra feminina. Com menos filhos, as mulheres passaram a ter mais facilidade em conciliar seu papel de mãe e trabalhadora, visto que a atividade produtiva fora de casa tornou-se tão importante quanto a maternidade. Com o desejo de obter melhores cargos e salários, as mulheres

começaram a estudar mais para garantir uma melhor qualificação, situação que gerou diminuição do interesse em ser apenas do lar. Dessa forma, começaram a lutar para adquirir mais direitos.

No século XIX, a sociedade burguesa abriu uma discussão sobre os gêneros. O sexo definia as diferenças entre macho e fêmea. Já o conceito de gênero referia-se à construção cultural das características masculinas e femininas, fazendo-nos homens e mulheres. O gênero é a definição cultural do comportamento entendido como apropriado aos sexos dentro de uma sociedade em uma época específica. É um disfarce, uma máscara, um arcabouço em que homens e mulheres se moldam conforme a sua desigual necessidade (LERNER, 1986).

A revolução sexual e a emancipação feminina tiveram um papel fundamental nas mudanças que vêm ocorrendo no casamento, no amor e na sexualidade ao longo da modernidade e na atualidade, resultando em transformações radicais nas vidas e intimidade das pessoas. Outros temas importantes para os direitos civis das mulheres, como liberdade sexual, direito ao divórcio e ao aborto, tendo como argumentação o direito de liberdade da mulher de dispor de seu próprio corpo, também surgiram com essa emancipação feminina (MAZZA, 2015).

No Brasil a dinâmica foi inversa, em relação ao resto do mundo. Nos anos de 1960, ocorreu a renúncia do presidente Jânio Quadros, seu vice, João Goulart, chegou ao poder aceitando o parlamentarismo, a fim de evitar um golpe de Estado. O ano de 1963 foi marcado por radicalizações: de um lado, a esquerda partidária, os estudantes e o próprio governo; do outro, os militares, o governo norte-americano e uma classe média assustada. Em 1964, ocorreu o golpe militar, um tanto moderado no início, mas que se tornaria no ano de 1968, uma ditadura militar das mais rigorosas, por meio do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que transformava o presidente da República em um ditador (PINTO, 2010).

Enquanto isso, a Europa e os Estados Unidos apresentavam um cenário muito propício ao surgimento de movimentos libertários, sobretudo aqueles que lutavam por causas identitárias, no país tinham um movimento de repressão total da luta política legal, obrigando os grupos de esquerda a irem para a clandestinidade e partirem para a guerrilha. Foi nesse ambiente do regime militar, muito limitado pelas condições que o Brasil vivia, que aconteceram as primeiras manifestações feministas na década de 1970 (PINTO, 2010).

Qualquer manifestação feminista era vista com enorme desconfiança pelo regime militar, porque as enxergava como política e moralmente perigosas. Na I Conferência Internacional da Mulher, que aconteceu no México em 1975, a ONU declarou os próximos dez anos a década da mulher. O Centro de Informação da ONU patrocinou no Brasil, naquele ano, uma semana de debates sob o título: *O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira*. No mesmo ano, Terezinha Zerbini lançou o Movimento Feminino pela Anistia, que foi relevante na luta pela anistia, em 1979 (SILVEROL, 2014).

Enquanto as mulheres, no Brasil, organizavam as primeiras manifestações feministas, as exiladas, em especial em Paris, entravam em contato com o feminismo europeu e começavam a reunir-se, apesar da grande oposição dos homens exilados, seus companheiros na maioria, que viam o feminismo como um desvio na luta pelo fim da ditadura e pelo socialismo no Brasil. *A Carta Política*, lançada pelo Círculo da Mulher, em Paris, em 1976 [...] (PINTO, 2010, p. 17, grifo do autor).

Ofereceu uma medida muito boa da difícil situação em que essas mulheres se encontravam. De acordo com Pinto (2003, p. 54):

Ninguém melhor que o oprimido está habilitado a lutar contra a sua opressão. Somente nós mulheres organizadas autonomamente podemos estar na vanguarda dessa luta, levantando nossas reivindicações e problemas específicos. Nosso objetivo ao defender a organização independente das mulheres não é separar, dividir, diferenciar nossas lutas das lutas que conjuntamente homens e mulheres travam pela destruição de todas as relações de dominação da sociedade capitalista.

Com a redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil começa uma fase de grande movimento na luta pelos direitos das mulheres com muitos grupos e coletivos em

todo o país tratavam de temas como: violência contra a mulher, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo e opções sexuais (PINTO, 2010).

Estes grupos organizavam-se, algumas vezes, muito próximos dos movimentos populares de mulheres, que estavam nos bairros pobres e favelas, lutando por educação, saneamento, habitação e saúde, fortemente influenciados pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica. Este encontro foi muito importante para os dois lados: o movimento feminista brasileiro, apesar de ter origens na classe média intelectualizada, teve uma interface com as classes populares, o que provocou novas percepções, discursos e ações em ambos os lados (PINTO, 2010, p. 17).

O Conselho Nacional da Condição da Mulher (CNCM) criado em 1984 foi uma das maiores vitórias para a luta feminista no Brasil. Tinha o status de ministério, apesar de não o ser, promoveu importantes grupos feministas, como o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), de Brasília e sua ampla campanha nacional para inclusão na constituição dos direitos das mulheres. Assim com a promulgação da Constituição de 1988, homens e mulheres passaram a ser vistos como iguais perante a lei, sendo vedado qualquer tipo de discriminação, como crime. Mas apesar de toda luta, tais direitos somente foram alcançados devido à imensa inquietação social que o momento histórico que o país passava, impondo uma série de questionamentos sobre as verdades e os julgo de valores que nos eram impostos. Com certeza, apesar das conquistas obtidas com a Constituição de 1988, longo ainda é o caminho para a materialização da real igualdade dos gêneros (PINTO, 2010).

Mesmo com todas essas conquistas, algumas mulheres encontram certas barreiras, situação observada pela presença maciça de homens em alguns cargos. Esse pensamento leva ao aumento da falta de oportunidade feminina, pois, se elas conseguem desempenhar inúmeras atividades, não há motivos para se ter preferência pelo gênero masculino.

A busca pela igualdade de oportunidades tem sido uma constante no mercado de trabalho. Apesar do aumento do emprego ou da procura por uma contratação por mulheres em idade economicamente ativa, no quesito formalização do trabalho, a

situação feminina continua desfavorável, agravada pela discrepância salarial entre os gêneros, que permanece elevada mesmo quando as mulheres possuem um grau de escolaridade maior.

Observa-se que ocorreram mudanças do papel feminino na sociedade brasileira desde o início do século XX até o século XXI, de acordo com os ordenamentos civilistas de cada época. A mulher deixou de ser, apenas, companheira do marido e de ser relativamente incapaz a fim de exercer os atos da vida civil, desempenhar um papel importante na constância da sociedade conjugal e viver sua total liberdade e igualdade perante o homem.

Nos anos de 1990 entraram mais de 12 milhões de mulheres no mercado de trabalho brasileiro. Até 2005 já havia mais de 30 milhões de mulheres que trabalhavam fora de casa. Apesar dessa conquista, as mulheres ainda têm um longo caminho a percorrer. Mesmo hoje, são estabelecidas grandes distâncias entre homens e mulheres, e os conflitos que decorrem dessa hostilidade são importantes impulsionadores tanto da construção social como da construção e reconstrução constantes nos papéis de cada um nas relações de poder (PEREIRA; KRUGLIANSKAS, 2005).

A observância de todas essas reconfigurações de papéis sociais, dentro de toda rede de forças socioculturais que compõem o poder de um gênero sobre o outro, pode ser feita pela verificação do que significa ser mãe dentro de uma sociedade constituída nos moldes atuais. No presente estudo, é a observância do ser mãe em uma Maternidade pública do SUS, hoje, e até onde isso impacta alterações em suas vidas.

Por onde nasci, mamãe?? Disse Beatriz, minha filha.



4 A LUZ DE DAR À LUZ

A mulher sempre foi descrita, menosprezada e até mesmo cultuada em diversas culturas pela sua espantosa capacidade de gerar e perpetuar a espécie humana. E dentro de todo esse envoltório religioso e cultural a capacidade de gestação e parturição transformou-se desde uma situação de culto e adoração como nas crenças ditas pagãs, ao escárnio e submissão na igreja cristã / católica. Para hoje ter se transformado em uma situação vivida em ambientes hospitalocêntricos e medicalizados que necessitam ser resgatados.

4.1 HISTÓRIA DO PARTO ATRAVÉS DO TEMPO NAS CIVILIZAÇÕES E SUAS INFLUÊNCIAS CULTURAIS

O parto é um evento biológico, universal no qual as informações genéticas trazidas pelos indivíduos evoluem, conforme o processo determinado para cada espécie (CARRANZA, 1994).

Na raça humana, diferente das demais, o parto também é um evento cultural e social, sujeito a constantes mudanças, dependendo do contexto social, econômico e cultural bem como da maneira com que a sociedade onde ele se desenrola, visualiza o conceito de vida e morte, saúde e doença. O trabalho de parto e o parto são eventos, sobretudo, culturais, porque refletem os valores sociais prevalentes nas sociedades, em cada período histórico em que essas sociedades estão inseridas. Isso é visto, em muitas delas, como um rito de passagem, reforçando regras e tabus sociais em rituais específicos (CARRANZA, 1994).

Portanto, além de ser um evento fisiológico, o parto é, acima de tudo, uma construção social influenciada e constituída por importantes relações de poder, marcadas pelos interesses responsáveis pelo senso comum específico de cada época.

Segundo Dias (2001), Diniz em sua tese de mestrado intitulada: *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para releitura médico-social abordam quatro momentos*

históricos importantes para definição das molduras sociocultural e ideológica normativas da atual concepção do parto:

- 1- Tradições da antiguidade: culto a divindades genitais = partos como processo natural, médico como auxiliar das complicações.
- 2- Cristianização do império romano: mudança na conjuntura político/religiosa = culpa essencial das mulheres pelo pecado original = parto como punição, médico como garantidor da punição e do sofrimento da mulher.
- 3- Século 18: parto como mecanismo doutrinador cristão, impulsionador da técnica cirúrgica social reprodutiva = parto visto como doença, tortura fisiológica, aleijão sexual, sofrimento da mãe e do bebê, médico como aquele que faz o parto e acaba com a dor.
- 4- Modelo atual: configuração histórica emergente, modelo de risco sexual reprodutivo no parto, parto tecnológico, médico como aquele que previne o risco para catástrofe no corpo feminino, presença de cascata de intervenções, presença da emancipação dos direitos reprodutivos como demanda e justiça social (DIAS, 2001, p. 66).

O estudo realizado por Dias (2001) demarca alguns limites do material e da ótica utilizados em tais circunstâncias. A autora utilizou textos históricos de obstetrícia, história da medicina, história geral e história das mulheres. A pesquisadora lembra que a história de assistência aos partos é contada por vencedores, onde as Parteiras não têm seu trabalho reconhecido, pois, os autores da história desse período eram homens e a eles era interdita a assistência às mulheres em trabalho de parto. Por conseguinte, os documentos históricos desse período têm interpretação romantizada, nostálgica do passado e das tradições. Na assistência ao parto na antiguidade, as mulheres figuravam como autoridades e os homens participavam, apenas, caso houvesse complicações. Existiam diversas misturas religiosas na vida reprodutiva e sexual e na construção das identidades nesse período.

Entre os hindus há uma grande valorização da mulher, por sua saúde física com total ausência de culpa pelo pecado original ou sexual, portanto, seriam a gestação e o parto uma reverência ao prazer, concernentes aos cuidados e à assistência à reprodução.

Para os egípcios, a medicina relacionava-se com as atividades religiosas, incluindo as práticas medicinais, rezas, rituais, sono curador, oferta e exorcismos (RICCI, 1950; DINIZ, 1996). Isis era a deusa protetora da medicina, da magia, da fecundidade, da

maternidade e das mulheres. Foi representada amamentando seu filho, Hórus, e levada à Europa como a representação de Maria amamentando Jesus (DINIZ, 1996).

No Egito, foram retratadas em papiros informações importantes, como a participação dos homens em partos só em casos em que ocorriam complicações (conforme mencionado anteriormente), atos que foram denominados de Obstetrícia Destrutiva. No papiro de Ebers foram encontradas prescrições para indução de parto, estimulação à lactação e tratar problemas nos seios. Durante o parto, recitavam-se fórmulas de encantamento a fim de afastar das parturientes as carícias e sedução do gênio da morte (DINIZ, 1996).

Os métodos de diagnóstico da gravidez eram baseados na urina da mulher que seria capaz de incitar o crescimento de cereais e vegetais, caso o resultado fosse positivo. O trabalho de parto não foi escrito em papiros. Existiram certos materiais iconográficos em paredes de templos, sobre o nascimento, que ilustravam o parto de alguns primogênitos da realeza. Conforme o papiro Westcar⁸, o cordão umbilical era cortado após a expulsão total da placenta e do banho da criança (BARBAUT, 1990).

A mitologia egípcia acreditava em uma concepção incestuosa intrauterina entre os gêmeos Isis e Osíris, pois, Isis já nascera grávida. Esse exemplo divino explicava a permissão do casamento entre irmãos no Egito (BARBAUT, 1990).

Na cultura hebraica, o que mais se aproximava do lugar de sacerdotisa, recusava os limites das ordens dos homens e conectava-se com a reprodução, sobre uma perspectiva simbólica, afetiva e transcendental eram as Parteiras que receberam o nome de Meyaledth (DINIZ, 1996).

De acordo com Êxodo 1: 17-18, “As mulheres dos hebreus não eram como as egípcias. Cheias de vida, antes da Parteira chegar, já tinham dado à luz. – Deus tornou as parteiras

⁸ Papiro encontrado pelo inglês Henry Westcar no ano de 1824. O Papiro Westcar possui textos de contadores de histórias que enalteciam reis e seus sacerdotes com o objetivo de perpetuar os grandes feitos do passado (ARAÚJO, 2000).

eficazes e o povo cresceu e se tornou bem forte”. Concedeu-as o dom para oferecer força e prosperidade ao seu povo. Portanto, de acordo com Gênesis, a complexidade do trabalho da parteira apresentava-se além do processo do nascimento, ou seja, tinha a função de dar nome aos bebês e decidir quem era o primogênito no caso de gêmeos (DIAS, 2007).

A ausência de homens na cena de parto poderia estar relacionada aos rígidos preceitos de higiene dos hebreus, para quem as secreções vaginais, incluindo menstruação e lóquios (sangue decorrente do parto), eram muito perigosas para a saúde, pois, contaminavam ao simples toque. Devido a essa crença, as mulheres ficavam impuras até 33 dias após o parto, caso o bebê fosse menino, e 66 dias, se fosse menina. Passado o prazo, era necessária uma purificação que se concretizava na oferta de um cordeiro de um ano e de duas rolinhas para o sacrifício pelo pecado (DIAS, 2007).

Entre as gregas, a atenção à gravidez e ao parto era denominada de maiêutica, uma referência à divindade protetora dos partos, a deusa Maia. O trabalho das maiêuticas incluía visitas às mulheres antes do parto, orientações sobre amamentação, exercícios e dietas. Possuíam uma extensa formação em diferentes qualificações cirúrgica, farmacêutica e dietética, e o seu trabalho estava associado aos cultos religiosos e à condução de encantamentos para a deusa da gravidez e do parto (DIAS, 2007).

Sua atuação ia muito além da parturição. As maiêuticas atenienses prescreviam afrodisíacos e contraceptivos. Tinham poder sobre o destino da criança, seu batismo e seu matrimônio. Recebiam pelo seu trabalho e ocupavam uma posição social bastante estável e próspera. “Na Grécia antiga, em Atenas, a casa da mulher grávida era vista como ‘asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até os criminosos encontravam refúgio seguro” (DIAS, 2007, p. 72, grifo do autor).

Ainda neste sentido Dias (2007, p. 72) destaca que: “O parto era domiciliar, em cadeiras especiais, acompanhado pelas maiêuticas e mais três ou quatro amigas ou parentes da parturiente. Os médicos só eram chamados nas complicações” e que aos médicos era

proibido fazer abortos e apenas eles podiam realizar certas manobras durante o parto, como a craniotomia⁹, conferindo-lhe certo poder (DIAS, 2007).

“Em Esparta, o espetáculo de lutas e as circunstâncias violentas, bem como qualquer imagem que pudesse causar impressão na gestante, eram evitados” (DIAS, 2007, p. 72). Considerava-se privilegiado o momento do parto, quando um ser em acesso à vida estava em uma “[...] passagem transitória, em que forças antagônicas da vida e da morte lutavam entre si” (BARBAUT, 1990 apud DIAS, 2007, p. 73).

A estreita relação entre a vida e a morte, nesse instante delicado do nascimento, era uma preocupação, devido às infecções pós-parto, hemorragias e perdas corporais que poderiam aniquilar mulheres e crianças que não podiam ser retiradas da barriga das mães enquanto estivessem vivas, pois a cesariana só podia ser realizada após a morte materna (DIAS, 2007).

A mitologia grega, através do conto das três histórias da paternidade de Zeus, em que esse tomou para si as gestações e os partos de dois dos seus três filhos, Atena e Dionísio, demonstrou como o homem tentou roubar para si uma experiência feminina (DIAS, 2007).

O nascimento do médico hipocrático, devido à mudança de autoridades e conveniências de assistência ao parto, e a valorização do sujeito masculino e de sua erudição escolar, gerou a negação e desqualificação dos valores acreditados nos cuidados com a reprodução humana, até então (DIAS, 2007).

Entre as romanas, Juno Lucina era a deusa que dava à luz e o fruto do culto obstétrico popular. Em Roma, as mulheres praticavam medicina em número expressivo, tinham grande liberdade e eram tratadas com respeito. Os médicos eram, apenas, solicitados nas situações de complicações. Os cuidados perinatais eram associados aos cultos religiosos (DIAS, 2007).

⁹ Abertura cirúrgica do crânio que é feita com o objetivo de chegar ao encéfalo (Dicionário Informal).

As mulheres grávidas tinham prioridade de deambular em relação aos homens, até aos mais nobres na cidade romana, para que não corressem o risco de cair e prejudicar o bebê na pressa de se afastar. Chegavam a colocar grinaldas e coroas de louro na porta de suas casas para evitar qualquer visita incômoda, inclusive dos próprios oficiais de justiça e credores (DIAS, 2007).

Nos primeiros séculos do cristianismo, o papel de curadoras e praticantes de assistência às mulheres permaneceu, à medida que o processo de cristianização do Império Romano ganhou força e a assistência ao parto no meio dos cultos de divindades pagãs entrou em conflito direto com os preceitos da igreja. A cristianização do império foi marcada por forte intolerância religiosa, com mudança na conjuntura político-religiosa, com sérias consequências nas práticas de cuidados sexuais e reprodutivos (DIAS, 2007).

De acordo com Gualda (1994), o acúmulo de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico acelerado do último século alteraram a forma de viver das pessoas. A condução do parto também passou por uma acentuada modificação, baseada na constituição de um sistema científico de certeza e com pouca ênfase nos elementos emocionais e sociais inerentes à parturição. Esse novo olhar, transformou-o em um procedimento médico eficiente e organizado, tentando eliminar a interferência das crenças e práticas culturais.

Nas comunidades rurais da Europa Continental, durante os séculos XVI e XVII, existia uma grande variedade de praticantes da chamada *magia benéfica* identificada por diversos nomes: mulher sábia ou homem sábio, bruxa ou bruxo, curandeiro ou curandeira. Os serviços fornecidos incluíam a adivinhação, o achado de objetos perdidos, a identificação de ladrões, a prática da medicina popular, os encantamentos, a magia amorosa ou de proteção e a obstetrícia quando o praticante era uma mulher (TOSI, 1998).

Lerner (1986) lembra que a medicina popular se apresentava com um duplo aspecto: prático e mágico. O primeiro consistia no uso de ervas e minerais de reconhecida eficácia. O segundo constituía-se do ritual mágico e do poder da mulher ou dos homens sábios.

Havia uma distinção entre essa e a medicina oficial: todos os especialistas da medicina oficial eram homens, enquanto a maioria dos/as praticantes da primeira eram mulheres.

A questão da bruxaria e da caça às bruxas constituiu um tema de reflexão e estudo bastante relacionado à mulher e a seu acesso às ciências. Ao se tratar da repressão do saber, um contingente importante das acusadas de bruxaria era formado por anciãs que dominavam um saber ancestral, empírico, que consistia no uso de ervas de real eficiência (TOSI, 1998, p. 394).

Transmitido por via oral, esse saber era acessível a todos, entretanto, essas mulheres o herdavam de familiares ou vizinhos, e eram, as principais depositárias desse conhecimento. A esse respeito, é necessário lembrar que Paracelso (1453-1541) afirmava dever uma parte importante de seu saber às idosas que encontrou no seu caminho (TOSI, 1998).

Muchembled já em 1978 estima que a mulher foi o reservatório do saber habitual no meio rural da França entre os séculos XV e XVIII. Com esse poder em mãos, a mulher despertava uma impressionante quantidade de temores e pavores no homem desse período. Delumeau em 1978, em sua obra *La Peur en Occident* (O medo no ocidente¹⁰), argumenta que esse temor é interessante à nossa reflexão, por ser o medo do poder de curar, ou de prejudicar, por meio de misteriosas receitas, que estavam em mãos femininas e não masculinas. O fato caracterizou os processos de bruxaria e o medo que esse saber dominado pelas mulheres despertava (HENNINGSEN, 1990).

Com o passar do tempo, a caça às bruxas acabou, devido ao sucesso do processo de aculturação e de maior abertura do meio rural para o mundo exterior. Nesse processo, o saber passou a ser controlado, estritamente, por determinados segmentos da sociedade e quase nunca concedido às mulheres. A ciência, entretanto, não pôde dispensar a contribuição das reconhecidas habilidades femininas para o trabalho experimental e para a observação (FEDERICI, 2017).

¹⁰ Tradução da pesquisadora.

O decorrer do parto é um acontecimento que tem passado por muitas mudanças, transformações e adequações com relação às práticas empregadas no cuidado da mulher que passa pela gestação, do parto e nascimento. A análise de técnicas que vêm sendo utilizadas quanto às evidências científicas e à promoção do êxito, em especial, da mulher no seu percurso parturitivo (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Faz-se necessário um novo olhar voltado para um método que valorize a compreensão de cuidar sob uma perspectiva fenomenológica, devido a esse histórico acadêmico na área de saúde da mulher por ser uma corrente filosófica que compreende as possibilidades da existência do ser humano no mundo (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Ser-no-mundo é a forma como Martin Heidegger, por meio da ontologia, define o humano como ser-aí. Refere-se ao homem lançado no mundo, habitando a realidade que ele mesmo questiona, ou seja, a possibilidade de seu próprio ser – no sentido de existir no mundo, cada humano com características individuais (CARDINALLI, 2015).

Na concepção de Heidegger, o humano é um acontecer, um projeto inacabado e em execução. Acrescenta-se a ele infinitas possibilidades em sua trajetória histórica, social e cotidiana em todas as esferas do viver, que o vinculam ao longo de uma temporalidade – temporalidade essa que é finita e circular, no caso do nosso estudo, o momento do parto (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

4.2 HISTÓRIA DO PARTO NO BRASIL

O fenômeno de gestação, parto e puerpério, como já ressaltado, é um evento de natureza do universo feminino, tem a função social, pode-se dizer até sagrada, de parir novas criaturas. Entretanto, as mulheres nem sempre recebem a atenção necessária neste momento, até sofrendo a desconsideração de seu quadro nos serviços de saúde.

De acordo com Brenes (1991, p. 135);

[...] os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares

Historicamente, esse processo iniciou-se na Europa (nos séculos XVII e XVIII) estendendo-se ao Brasil, quando foram inauguradas as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808. A partir desse processo foram estabelecidas a experimentação clínica e a introdução da figura masculina no mundo da obstetrícia (BRENES, 1991).

Desde o momento da sua constituição, esta arte centra seus estudos no parto (posteriormente sobre a gravidez) dentro do enfoque biológico, por forte influência da anatomia patológica. O discurso anátomo-patológico (sic) permitia a interrupção da gravidez, pelo parteiro (ou médico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher. Podemos apreciar este fato nas falas de médicos (parteiros), onde o aborto é indicado diante de vícios de conformação da bacia (BRENES, 1991, p. 136).

Em simultaneidade à construção do discurso anatomopatológico, processou-se um sincretismo no âmbito da terapêutica. Esse ocorreu:

[...] com as práticas populares das curiosas e com a medicina das fisicaturas¹¹, não sem antes criticar e experimentar (em particular, a prática das curiosas), como é o caso do uso do Centeio Espigado, em que o médico-parteiro [...] crítica o conhecimento das "comadres" sobre o centeio e o uso que as mesmas fazem dele nos trabalhos de aborto (BRENES, 1991, p. 136, grifo do autor).

Assim, a prática obstétrica no período incorporou técnicas das curiosas e das fisicaturas que eram utilizadas para a interrupção da gravidez e esses métodos deixaram de ser de utilização popular passando a denominação de métodos abortivos de primeira classe:

¹¹ No Brasil, entre 1808 e 1828, todas as atividades médicas ou artes de curar eram regulamentadas pela instituição Fisicatura-mor, responsável por conceder autorizações e licenças para a atuação dos terapeutas. Delimitava o que cada categoria podia fazer. Todos, curandeiros, terapeutas acadêmicos (médicos e cirurgiões) e práticos (sangradores ou barbeiros, boticários e parteiras), precisavam ter autorização para atuarem (GURGEL, 2008).

1 - Ceteio espigado 2 - Sangria 3 - Aplicação de sanguessugas (sugar a parte interna das coxas ou mesmo da vulva) 4 - Purgativos 5 - Diuréticos 6 - Excitantes (por exemplo, preparação de canelas) 7 - Eletrogalvanismo (BRENES, 1991, p. 136).

Sempre, em todas as escolas de medicina o objetivo fundamental era salvar a vida materna, quando o profissional fosse colocado neste dilema. O Dr. Ermínio César Coutinho, da Faculdade de Medicina da Bahia, em novembro de 1858, defendeu a tese sobre: *Quais as circunstâncias que justificam a provocação ao aborto*, determinando que nos casos em que as mulheres se apresentassem muito fracas ou com algum impedimento anatômico comprovado a gravidez e o parto, seriam situações permissivas e justificadoras de um aborto, pois colocava em risco a vida materna (BRENES, 1991).

Mesmo antes de dominar as técnicas do fórceps e a cesariana, a obstetrícia proclamava o sucesso de salvar as vidas maternas e fetais no parto, como sendo uma exclusividade sua desde 1840. E a partir deste período, começou a falar sobre questões como sexualidade, higiene e moral feminina. A partir da segunda metade do século XIX, a medicina encontrava-se articulada a outras instâncias, como a social, na construção de uma nova imagem sobre a mulher, em sua relação com os filhos e em seu papel na sociedade de esposa, mãe, dona-de-casa (BRENES, 1991).

Cosminsky (1978 apud GUALDA, 2002, p. 41) descreve que cada sociedade tem sua forma peculiar de organizar e moldar a vivência da crise biológica do nascimento. Destarte, o parto se constitui em um processo de ajustamento às normas socioculturais.

A sociedade atual está organizada em torno de uma ideologia de progresso tecnológico (DAVIS-FLOYD; SAINT JOHN, 2004), formando os valores pessoais condizentes com essa condição. Uma das características do ser humano moderno é sua intolerância à dor e ao sofrimento que a dor do parto demonstra, apesar de ser um mecanismo saudável (FIGUEIRÓ, 2000).

Fato é que as mídias televisivas exibem cenas apelativas de forma recorrente, sugerindo que a dor do parto, em especial o parto vaginal, é insuportável. Elas são abordadas em

matérias jornalísticas ou telenovelas de forma sensacionalista, supervalorizando a dor, o sofrimento, a tensão e, em alguns casos, como se fossem uma situação de perigo. Fazem parecer que o parto vaginal é um evento animalesco (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

Apesar de todas essas ideias passadas pelas mídias, hoje, com maior acesso à informação, durante o pré-natal, sobre o trabalho de parto e o parto, vem ocorrendo um desempoderamento dessas ideias de parto normal com dor insuportável, passando a defini-lo como um processo com uma dor curta e finita, diferente do parto cesariana que apresenta dor intensa nos primeiros três dias de pós-parto, uma desagradável dor pelos 10 dias seguintes e uma dor constante, que melhora com o repouso nas seis a oito semanas subsequentes (FERREIRA, 2003).

Pensando nessa questão e nos altos índices de parto cesariana desnecessário no mundo, a OMS, preocupada com os riscos de morbimortalidade 10 vezes maiores, comparados aos do parto normal, tanto para a mãe quanto para o bebê, parte em ampla defesa do aumento do parto vaginal (FERREIRA, 2003).

Com a atenção voltada para o quadro caótico da assistência prestada à saúde da mulher no fator parto e nascimento, o MS editou a Portaria n.º 985, de 05 de agosto de 1999, inserindo as Casas de Parto e Centros de Nascimento no SUS, em uma luta para recuperar a autonomia perdida das parturientes por meio de um modelo hospitalar (OSAVA; MAMEDE, 1995).

Em razão de a biomedicina moderna estar arraigada no conhecimento moderno especializado, mediante procedimentos técnicos e normas comportamentais, o treinamento do profissional de saúde ocorre em um modelo essencialmente tecnocrático que, segundo Davis-Floyd e Saint John (2004, p. 24), compõe-se de:

- 1 – Separação mente-corpo;
- 2 – Considerar o corpo como uma máquina;
- 3 – Ver o paciente como um objeto;
- 4 – Distanciamento do médico (de seu paciente);

- 5 – Diagnóstico e tratamento de fora para dentro.
- 6 – Organização hierárquica e padronizada do cuidado.
- 7 – Autoridade e responsabilidade inerente ao médico, não ao paciente;
- 8 – Supervalorização da ciência e da tecnologia;
- 9 – Intervenções agressivas com ênfase em resultados em curto prazo;
- 10 – A morte como derrota;
- 11 – Sistema guiado pelas ganâncias;
- 12 – Intolerância a outras modalidades.

Observando que o referido sistema não funcionava na especialidade obstétrica, iniciou-se o desencadeamento de reflexões e discussões tanto na área acadêmica como em organizações da sociedade civil. As ideias despontadas a partir dos debates objetivaram mobilizar todo o país e as várias entidades comprometidas com a assistência ao parto, em um movimento em busca do ideário no atendimento do binômio mãe-bebê. Assim, surgiu o movimento *Humanização do parto e nascimento no Brasil*.

Esse movimento, também presente no restante do mundo, insatisfeito com o sistema tecnocrático de atendimento ao parto e nascimento e com o atendimento hospitalar/institucional, aponta a estreita relação entre as técnicas utilizadas por esse modelo e a desumanização dos atendimentos das parturientes em trabalho de parto, mostrando-se ineficazes na condução do processo de nascimento.

Dessa forma, surge um choque entre as culturas leiga e obstétrica, que têm suas bases fundamentadas no modelo tecnocrático, iniciando um paradigma que “Cada vez mais define a saúde e os seus problemas, sobretudo, em termos de disfunção fisiológica” (HELMAN, 2003, p. 61).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento foi criado pelo MS através da Portaria/GM n.º 569, de 01 de junho de 2000, com os objetivos de incentivar o parto natural, a assistência pré-natal e o nascimento, com maior inserção do profissional de saúde em seus princípios. Propiciar, também, capacitação e ações de educação permanentes com as equipes multiprofissionais para suprir a deficiência que esses apresentavam, visando à maior qualificação profissional no momento do nascer (BRASIL, 2006).

A Lei do acompanhante, durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, foi instituída em 2007, no Brasil, com o objetivo de deixar a parturiente mais segura e confiante, com a presença de uma pessoa de sua confiança para partilhar essa experiência. Além de melhorar o vínculo da mulher com o profissional que a assiste, proporciona os benefícios vinculados de maneira direta à humanização com um desdobramento mais positivo (BRASIL, 2007).

O acolhimento, como parte do processo de humanização do parto, começou a ser incrementado em 2010, no Brasil, com a expectativa de que o profissional de saúde pudesse atender, escutar, aceitar e receber o indivíduo de forma acolhedora, caracterizando a criação de um vínculo de forma acolhedora, pois, esse vínculo é primordial no cuidado humanizado (BRASIL, 2010).

O acolhimento à parturiente passa a acontecer nas maternidades brasileiras desde o momento em que ela é admitida e o profissional escuta suas queixas e a orienta sobre o processo de internação, trabalho de parto e o parto. A priorização dos casos é dada a partir do reconhecimento dos casos mais graves pelas enfermeiras obstetras. A assistência é realizada de acordo com as especificidades apresentadas, dando oportunidade para que o atendimento flua de forma ideal e proporcione o reconhecimento dos riscos das parturientes para uma ação mais direta e correta, de forma humana e eficaz (BRASIL, 2009).

Percebe-se que os direitos das parturientes fazem parte da rede de cuidados há décadas, dependentes de políticas de saúde do país, da legislação, do contexto sociocultural, das instituições de saúde e dos profissionais responsáveis pelo seu atendimento que devem garantir à mulher uma experiência de maternidade satisfatória e de qualidade em sua assistência no momento do parto. Goldim (2004) em seus textos no seu site na *internet*, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, define a necessidade de autonomia das pacientes em todas as suas relações sejam com a instituição, com o médico. Ressaltando a necessidade desta de se autogovernar, escolher, avaliar suas escolhas sem restrições internas ou externas, melhorando suas relações com os

profissionais de saúde e instituições, com o objetivo de melhoria na execução da saúde como finalidade.

Quando parturiente, a mulher teme pelo parto, preocupa-se se o bebê vai nascer com saúde, como cuidará do filho e o integrará à família. A condição humana remete à preocupação e ao cuidado, ao modo de lidar com o mundo que é vivenciado pela temporalidade. O fenômeno do temor é analisado na perspectiva do que se teme, ou seja, o temor por algo determinado (CARDINALLI, 2015).

Assim, no temor, o que se teme, “o temível”, assemelha-se a algo que possui o caráter de ameaça, tem o modo conjuntural do dano, que se mostra dentro de um contexto. Aqui temos o parto como o temível, envolto em um contexto de preconceitos e mitos não fisiológicos e com possibilidade de morte, isto é, um estranho conhecido. O temível surge como manifestações de ameaça à vida da parturiente, do recém-nascido e causa dor.

O temor pode, também, estender-se aos outros; nesse caso, a mulher pensa no(a) filho(a) e em como ele(a) vai ser. Na maior parte das vezes, esse medo acontece quando o outro não teme. Temer em lugar do outro é um modo de disposição junto com os outros. É um *sentir-se, amedrontar-se*, não como *sentimentos*, mas como modos existenciais (HEIDEGGER, 2015). No entanto, existem diferentes possibilidades de ser do temer (timidez, acanhamento, receio), considerando que os momentos que constituem todo o fenômeno do temor podem variar.

O temor é dividido em: pavor, que é algo conhecido que pode acontecer; horror, que é algo desconhecido e que chega de repente; e terror, que é a junção dos dois. O pavor é o medo que se transforma quando ocorre a ameaça de algo já conhecido e familiar, que se encontra próximo e, de repente, concretiza-se para o ser-no-mundo. O horror acontece quando o medo se transforma através de algo não conhecido e se realiza para o ser-no-mundo. E o terror é quando o ameaçador, algo conhecido e familiar, surge de maneira súbita e concreta para o ser-no-mundo, possuindo o caráter de pavor e horror ao mesmo tempo (HEIDEGGER, 2015).

O parto é um fato familiar vivenciado pela maioria das mulheres que, não desejam a insuportável dor, para que esse possa ocorrer. Mas, quando em súbito trabalho de parto, a disposição para isso se modifica e a mulher se mostra no modo de ser do pavor, que possui o caráter repentino, o temor transforma-se em horror e o seu discurso passa a ter o sentido do terror. Meramente, quando a ameaça vem ao encontro como algo não familiar, o horror, que possui ao mesmo tempo um caráter súbito e que para elas se constitui em um modo funcional de terror, torna-se pavor (HEIDEGGER, 2015).

No modo temeroso, a mulher apresenta-se como ela não é, e se mantém concentrada na dor de parir. Nesse foco e preocupação, e permeada pelo temor, pela impessoalidade institucional, ela também não se revela. Suas circunstâncias individuais e sociais e sua condição de parturiente, na qualidade de ser-no-mundo, lançada na situação de parto normal, passa pela experiência do temor e da dor, assim como se depara ante o temor da morte, muitas vezes sem poder verbalizar o que com efeito sente, pela insegurança da impessoalidade do ambiente (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

A mulher tem medo e esse medo abre a descoberta que desencadeia um conjunto de situações em sua vida. O temor está instituído em seu cotidiano, dado pela facticidade de estar a parir. Uma postura ética e comprometida com o direito à informação, o respeito às diversidades, o acolhimento e a afirmação da condição de cidadão fazem-se necessários, possibilitando uma maior compreensão e auxílio à mulher nesse período parturitivo. Isto significa dizer e perceber a necessidade da transmutação entre o modelo tecnocrata para um modelo de atenção que se revisita nas ciências da compreensão.

O desvelar das práticas obstétricas para a mulher, durante o trabalho de parto, demonstra o cuidar como atitude imprescindível nos fazeres da saúde. O cuidar vai além da realização de procedimentos técnicos e necessita da valorização das necessidades singulares das parturientes, devendo ser somada às questões psicológicas, práticas sociais, emocionais e espirituais (VICENZI, 2013). Dessa maneira, pode-se agir de forma alinhada com a parturiente, desconstruindo o temor institucionalizado do parto.

4.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

As políticas públicas de saúde foram gestadas e continuam a ser construídas e paridas ao longo dos anos desde a promulgação da Constituição de 1988 e a implementação do SUS. E juntamente com a evolução do resgate da humanização dos profissionais de saúde e de seus comportamentos e condutas mediante aos usuários e usuárias desse sistema de saúde de abrangência continental, vem ocorrendo também o resgate de suas estruturas e funções hospitalares. E em todo esse imenso processo de reestruturação e resgate o parto, o gestar e parir de forma mais natural e humana também vem sofrendo essa imensa revisão. Pois os profissionais estão sendo reorientados para um parto com maior acolhimento, humanização e respeito às parturientes.

Não existe melhor maneira de visualizar o parto no Brasil, e como ele se estruturou nas instituições de saúde, sem observar como se instalaram e evoluíram as políticas públicas de saúde das mulheres e gestantes no Brasil ao longo dos anos.

Políticas públicas são ações vinculadas ao Estado que provêm de suas iniciativas, seus investimentos, suas prioridades e necessidades dos grupos em uma determinada área ou setor. São ações que emergem de um contexto social, em um jogo de forças entre grupos políticos e econômicos, classes sociais e demais correspondentes da sociedade civil, numa disputa para determinar as prioridades das decisões a serem tomadas pela esfera estatal. Essas ações determinam de forma igualitária as intervenções dadas a uma realidade social e/ econômica, direcionando e/ou redirecionando os investimentos para o desenvolvimento social e produtivo da sociedade (STUCKY,1997).

Quando se observam as práticas dos modelos assistenciais nas práticas obstétricas e neonatais da atualidade, baseado em um nascimento saudável. Averigua-se a necessidade de oferecer um atendimento seguro, qualificado e com qualidade. Aliando uma visão humanista e que valorize a atenção voltada ao contexto social, cultural e

econômico das mulheres, crianças e famílias inseridas nesse contexto momentâneo do parto. E nos afastar do modelo biomédico, hospitalocêntrico das práticas curativas, que distancia o saber científico do popular, e tem sido exercida de forma hegemônica e dicotômica nas práticas obstétricas e neonatais ao longo dos anos (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Para conseguirmos ter essa visão dessa transformação de forma clara se faz necessário observar um recorte temporal das seguintes políticas públicas para a mulher e a criança desenvolvidas no Brasil: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), e o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

No final do século XIX no Brasil, as crianças filhas de pais abastados, habitualmente tinham duas mães, uma no período intrauterino, que a gestava, e outra no período pós-parto, as que as amamentavam, as amas de leite (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A prática de abandono dos recém-nascidos de classes sociais menos privilegiadas e a entrega de sua sobrevivência ao fatalismo eram situações aceitas no século XIX. Fator que gerava uma alta taxa de mortalidade infantil e revelava a indiferença à saúde e continuidade da vida das crianças. As condições sanitárias e sociais também eram precárias. As crianças viviam num único cômodo, sem o arejamento adequado, condições que, por si só, agravavam a saúde, elevando os altos índices de mortalidade infantil (SANTOS, 1988).

Até o início do século XX, a assistência voltada para a criança era baseada no sentido da caridade cristã e da filantropia. Somente a partir do século XX, ocorreram mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido com a criação de instituições de assistência pública (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2003).

Costa e Aquino (2002) relatam que, até a década de 1970, a saúde da mulher tinha uma ênfase pró natalista, onde as políticas públicas de saúde possuíam ações voltadas, quase que especificamente para o ciclo gravídico-puerperal. Baseado em um discurso de argumentos biológicos, que reiterou a naturalização das diferenças entre os sexos, produzindo uma mulher/mãe.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) realizada em março de 1986, foi a primeira CNS aberta à sociedade. Resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais, que posteriormente tornou-se o SUS. Formou as bases para a seção *Da Saúde* da Constituição Brasileira de 05 de outubro de 1988, e desempenhou um papel importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária (CHAGAS; TORRES, 2018).

Sua convocação foi realizada pelo ministro Carlos Santanna e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, teve sua Comissão Organizadora presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária, durante um conflito entre o MS da Previdência e Assistência Social (CHAGAS; TORRES, 2018).

Uma das propostas do movimento sanitário era levar o INAMPS para dentro do MS, de forma que a assistência à saúde, restrita aos previdenciários, pudesse ser estendida. Os eixos temáticos da conferência eram compostos por três itens:

- 1) Saúde como direito;
- 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- 3) Financiamento do setor.

Os temas foram divulgados e postos em discussão através das pré-conferências estaduais e municipais. O interesse da sociedade levou a uma imensa participação popular. Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu

a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde (CHAGAS; TORRES, 2018).

As pré-conferências ativaram a mobilização em torno dos temas, que extrapolavam o ambiente técnico. A inclusão do Inamps no Ministério da Saúde era de interesse do cidadão brasileiro, não era uma coisa apenas do técnico ocupante de um cargo, na saúde ou na previdência (ESCOREL, citado por CHAGAS; TORRES, 2018, s/p.).

O relatório final apontava o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. O financiamento ocorreria por impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Também foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. “Nós tínhamos que passar a responsabilidade das ações de saúde para os municípios” Gómez (citado por CHAGAS; TORRES, 2018, s/p.).

O relatório final apontou ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema. Ao Estado foi atribuído o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais (CHAGAS; TORRES, 2018).

A 8ª CNS ainda discutiu o papel do setor privado, apesar de ele não estar presente. A ideia era ter um sistema exclusivamente público, com o setor privado subordinado às normas do SUS.

Para que as resoluções da 8ª CNS pudessem se estruturar melhor e chegar à nova Constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. A Comissão tinha a função de trabalhar tecnicamente em um documento para ser entregue à assembleia nacional constituinte, assim ocorreu respectivamente na 8ª CNS o arcabouço político e na CNRS o arcabouço técnico. A CNRS era composta por representantes de segmentos importantes, público e

privados como: a Confederação Nacional do Comércio, da Indústria, a Sociedade Brasileira de Hospitais, gestores públicos, membros da Academia, integrantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (CHAGAS; TORRES, 2018).

O documento final produzido foi enviado para a aprovação da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte. O setor privado também chegou a apresentar, separadamente, o seu projeto, pois nunca fechou um acordo com os membros do movimento sanitário, pois não aceitavam a ideia de existirem apenas em caráter complementar, assim sempre tentaram manter seus interesses específicos e foram para a constituinte batalhar por isso (CHAGAS; TORRES, 2018).

O SUS é implantado a partir da Constituição de 1988 e pela Lei n.º 8080/1990 e pela Lei n.º 8142/1990, Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo MS que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, respectivamente (BRASIL, 2004a).

A municipalização da gestão do SUS vem constituindo-se num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção integral à saúde da mulher. E a NOB 96, vem consolidar esse processo de municipalização das ações e serviços em todo o País.

Com o processo de democratização da saúde surgiu um cenário ideal para questionar o modelo de atenção à saúde das mulheres. Assim surgiu o PAISM, em 1983, que representou um marco histórico das políticas públicas voltadas às mulheres. Em 1984 o MS, publicou um documento que detalha os dados estatísticos que incentivaram o desenvolvimento do programa, os indicadores que apontam prevalência das doenças relacionadas aos tópicos anteriormente abordados, diretrizes gerais, objetivos e inclusive estratégias de implantação do programa (BRASIL, 1985).

O PAISM e toda sua proposta de integralização da saúde estruturaram a base para o desenvolvimento do SUS, pois suas ações de: educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação e as suas demais ações específicas da saúde da mulher (BRASIL, 2004a).

Portanto, a partir da Constituição de 1988, propõe uma reforma agora prevista em lei, que constitui um discurso do Estado, uma política pública deste, uma norma. Bernardes e Guareschi (2007) salientam que políticas públicas podem ser entendidas como formas de administração da população, ou seja, estratégias de governo. Onde o cuidado de si transforma cada um desses em cidadãos em personagens, em sujeitos de direito que têm, como dever produzir sua própria saúde e defender a vida. Assim, a saúde torna-se um dever. A saúde torna-se uma forma de inclusão social. Buscar saúde, ter saúde, ser usuário, trabalhador, gestor do sistema de saúde produz e determina as formas de viver, os modos de acesso à saúde.

A inclusão segue um conjunto de regras que devem conformar comunidades, marcar os corpos, tornando a política de Humanização um agenciador de saúde e, ao mesmo tempo, de controle. É uma forma de estabelecer como atender, como acolher, como relacionar-se, ou seja, torna-se um princípio normatizador nos sistemas de saúde.

Tal regulamentação implica não somente em uma nova política de saúde, mas modos de a saúde produzir práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado. Portanto, ser cidadão e sujeito de direito são formas de viver e de relacionar-se consigo e com e em sociedade (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Mulher, com sua visão integral da mulher, veio estimular discussões sobre a construção de gênero, violência contra a mulher e atenção à saúde da mulher homossexual, permitindo que está se aprimore à medida que ocorre sua implantação. A integralidade do ser humano, mulher, começa a ser vista como

resultado de uma atitude ética e técnica dos (as) profissionais, e uma adequação da estrutura dos serviços de saúde se faz muito necessária (BRASIL, 2004b).

Dessa forma as mudanças na abordagem das políticas de saúde da mulher foram o resultado de uma convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, que irradiou um novo pensar e agir sobre a questão da mulher, pela rede de serviços de saúde. A partir do diálogo entre representantes dos movimentos de mulheres e dos profissionais da área da saúde, consolidou-se a ideia da atenção integral à saúde da mulher representada no PAISM (COSTA; AQUINO, 2002).

O conceito de integral deveria não só enfatizar a ligação do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físico-biológicos da vida das mulheres. Onde o atendimento em saúde deveria estar ligado a uma abordagem das mulheres como seres completos, não apenas como partes isoladas de seus corpos, e sim pessoas que vivem momentos emocionais específicos e estão inseridas em um determinado contexto socioeconômico.

A partir da integralidade, no Brasil o campo da saúde articula outras áreas de saber para além da Medicina, visto que essas outras áreas de saber são consideradas dimensões do sujeito, e não apenas a biológica.

Outra proposição interessante para se pensar integralidade é a formulada por Pinheiro e Mattos (2005), para quem o termo “integralidade” foi cunhado em uma determinada conjuntura: não existe no dicionário, não tem tradução para outros idiomas, tendo sido forjado no contexto específico de criação do SUS. Para a autora, a atenção integral existe há mais de 20 anos, por exemplo, na saúde da mulher ou na saúde da criança. Porém, o que estamos inaugurando é a discussão desse termo no seu contexto, uma tentativa de criar uma linguagem única sobre ele. A integralidade seria um valor democrático que necessita de uma participação política intensa, em movimentos organizados ou não, constituindo-se como uma ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, p. 35, grifo do autor).

A Política Nacional de Atenção Integral à Mulher foi instituída em 2004 visando complementar o PAISM, acrescentando discussões sobre a construção de gênero,

violência contra a mulher e atenção à saúde da mulher lésbica, permitindo aprimoramento deste (BRASIL, 2004b).

Por mais que a criação e implantação do PAISM fossem revolucionárias e permitissem que a atenção à mulher se apresentasse de forma a considerá-las como sujeitos plenos de direitos; estes conceitos precisavam estar inseridos no contexto do parto e nascimento. Por este motivo, foi desenvolvido o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

As políticas de atenção à saúde reprodutiva vêm se consolidando nas últimas décadas, seu início ocorreu no ano de 2000, com o lançamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) como estratégia para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

O PHPN possuía os seguintes componentes: Incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (BRASIL, 2001).

Estes componentes versavam sobre a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento; investimentos previstos para que as estruturas dos locais de atendimento ao parto estivessem adequadas; o desenvolvimento de sistemas de referência e contra referência; detalhando o que devia ser feito para garantir uma assistência de qualidade (BRASIL, 2004a, 2004c).

Em 2003 o MS divulgou uma cartilha sobre o programa que evidenciava a importância no programa de:

Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras

Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002 p. 5).

Estas ações procuraram: “Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 4).

O lançamento de políticas nos anos posteriores, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) em 2005, e a Rede Cegonha em 2011 inseriram novos elementos, que foram fundamentais para a consolidação dos direitos no campo da saúde reprodutiva e na qualificação da atenção obstétrica no país (BRASIL, 2004a, 2004c).

O uso indiscriminado da tecnologia no parto que por um lado surgiu com a intenção de qualificar a assistência, com os altos índices de partos cirúrgicos, intervenções obstétricas como as episiotomias, amniotomias e uso rotineiro de ocitocinas utilizadas de forma indiscriminada pelos profissionais de saúde, podendo gerar riscos e desconfortos físicos à mulher, com um aumento significativo de partos prematuros pela interrupção eletiva e falta de indicação clínica precisa, nos casos do uso abusivo de cesarianas como via de parto. Levou a uma desvalorização nas relações humanas empobrecendo e desqualificando o sofrimento físico e emocional das parturientes (SILVEIRA *et al.*, 2008).

Nesse contexto, há 30 anos, surgiu um movimento internacional, que objetivava qualificar a interação entre profissional e parturiente através do uso racional da tecnologia apropriada para cada parturiente, conhecido no Brasil como humanização do parto (DINIZ, 2005).

Assim a humanização da assistência ao parto emerge a partir de diversas reflexões acerca das práticas clínicas de atendimento e como uma crítica ao modelo médico intervencionista, dominante no período (DESLANDES, 2005).

Na assistência ao parto, o corpo feminino ganha destaque, ao ser reescrito como apto, no processo de nascimento, na maioria das vezes, sem intervenções e com sequelas previsíveis. O parto deixa de ser um evento perigoso e ganha uma nova face, onde são permitidos elementos antes considerados indesejáveis como dores, gemidos e contato corporal (DINIZ, 2005).

A discussão que envolve a humanização, é uma versão brasileira para o movimento denominado "*gentle birth*" nos países de língua inglesa, caracterizando o sentido de cuidado nas relações pessoais no momento do parto (DINIZ, 2001).

Para Diniz (2001), os primeiros movimentos por um parto humanizado foram a reflexão acerca das práticas vigentes de assistência ao parto, seguida por uma proposta de mudança que valorizasse a mulher e sua autonomia no processo de nascimento. O parto adquiriu novas abordagens.

A partir de 1950, na Europa surgiram os primeiros movimentos pelo parto sem dor, através do método *Dick Read* (parto sem medo); Lemaze e Leboyer (parto sem violência) seguindo para a vertente do parto natural. Nas décadas seguintes, com o advento do feminismo, outros modelos de parto foram redesenhados a partir dos direitos reprodutivos e sexuais femininos, propondo uma abordagem psicosssexual do parto defendido por Scheila Kitzinger, em 1985, e a redescrição da fisiologia do parto de Michel Odent, em 2000 (DINIZ, 2005).

Em 1996, surge a proposta de parto ativo de Balaskas, que propunha um foco ativo nos aspectos físicos e emocionais das mulheres, reintegrando-as ao processo parturitivos, através de ações educativas que as fizessem assumir seu papel de protagonista durante o parto e nascimento de seus bebês (DINIZ, 2001).

Todas essas abordagens demonstravam um novo sentido para a organização da assistência ao parto, concordando com a crítica ao acentuado uso de tecnologias, que conotam a desvalorização e passividade da mulher no processo de parto e nascimento.

O modelo de humanização propõe analisar de forma crítica e racional o modelo atual de assistência à saúde, destacando a utilização de ações que buscam a centralidade do diálogo e a valorização dos sujeitos inseridos no processo de cuidados à saúde (AYRES; DESLANDES, 2005).

A humanização do parto valoriza a inter-relação democrática entre os sujeitos inseridos neste processo, levando-os a refletir sobre a melhoria da comunicação e do respeito às diferenças. Dessa forma, a humanização da assistência se efetiva a partir de uma atuação concreta dos profissionais de saúde em estimular uma participação mais ativa da mulher no parto, priorizando o uso de tecnologias de cuidado apropriadas na assistência obstétrica (DIAS; DOMINGUES, 2005).

As tecnologias do cuidado voltadas para a humanização do parto são um consenso na literatura e, por recomendações da OMS em 1985, o suporte durante o parto é tido como evidências científicas sólidas sobre seus benefícios. Constituem-se em: suporte emocional, como encorajamento e motivação; medidas de conforto físico como toque, massagens e banhos; informações sobre a progressão do trabalho de parto, uma boa comunicação com a equipe e o apoio familiar, expresso pela presença de acompanhante no momento do parto (BRASIL, 2008a).

Baseada nessa nova realidade baseada em evidências, a OMS recomendou o acesso de acompanhante durante todo período da internação para o parto e que isto seja por livre escolha da gestante. No Brasil, por atuação dos movimentos sociais que lutam pelos direitos das mulheres, em 7 de abril de 2005, foi publicada a Lei nº 11.108, que altera a Lei n.º 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)” (BRASIL, 2005a).

Mas infelizmente nem as evidências científicas nem o aparato legal foram capazes de conferir esse direito em sua totalidade a todas as gestantes indistintamente. O cumprimento desse direito tem sido um desafio para os gestores das três esferas de

gestão, serviços de saúde e profissionais da área, no âmbito dos serviços públicos e privados conveniados. Os gestores dos serviços de saúde justificam o descumprimento pelas condições, por inadequação das estruturas físicas das unidades, que não favorecem a presença, permanência e hospedagem dos acompanhantes, principalmente do sexo masculino. Ou pelo aumento dos custos com alimentação e limpeza. Por sua vez, os profissionais argumentam que a presença de acompanhante, sobretudo no parto, inibe e constrange os profissionais, prejudicando a sua atuação, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado (MOREIRA *et al.*, 2013).

[...] que as medidas de apoio abarcam quatro dimensões: emocional, que diz respeito à presença contínua, encorajamento e propiciar tranquilidade; informacional, que compreende as explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos; conforto físico, que se referem a massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos; intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais (MOURA FÉ, 2018, p. 19).

E em tempos de COVID, a situação dos acompanhantes foi definida pelos Decretos Municipais nº 5.884 e 5.887 de março de 2020 e, a Secretaria de Saúde da Serra, baseada na percentagem de ocupação de leitos de UTI estadual para avaliação de gravidade da doença no estado do Espírito Santo, com objetivo de orientar a população e evitar a disseminação do COVID-19.

Este novo modelo permitia que os profissionais de saúde pudessem atuar de forma integrada e de acordo com as reais necessidades da mulher, superando a fragmentação do modelo do sistema assistencial atual de atenção ao parto, para que as ações dos profissionais médicos e não médicos pudessem contribuir para um cuidado mais efetivo e adequado às mulheres (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A atenção pré-natal de qualidade e humanizada também era de grande importância para saúde materna e desfecho de parto seguro e ideal para a paciente e seus familiares. Deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005b).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) possui de forma geral, os seguintes componentes: Incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (BRASIL, 2000) e de forma geral, os seguintes componentes: Incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (BRASIL, 2000). Estes componentes versam sobre o que compreende a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento; investimentos previstos para que a estrutura dos locais de atendimento ao parto esteja adequada; desenvolvimento de sistemática de referência e contra referência; dentre outros pontos, detalhando o que deve ser feito para garantir uma assistência de qualidade nesta fase (BRASIL, 2000).

A Rede Cegonha é instituída em 2011, pela Portaria MS/GM de n.º 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011) e consiste em uma rede de serviços voltados a assegurar à mulher um planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, assim como à criança o direito a um nascimento seguro e desenvolvimento saudável. No parto, prevê a garantia do acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como a adequação do ambiente institucional de saúde de acordo com a Resolução ANVISA n.º 36 (BRASIL, 2008b).

O Programa possuía em seu Art. 4º, cinco diretrizes:

- I - Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Com vista nessas diretrizes, os principais objetivos da Rede são estimular a implementação desse novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, e organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que tenha as garantias de

acesso, acolhimento e resolutividade e propostas de redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2000).

Para atingir esses objetivos, a Rede organizou-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. O programa também previu a inserção de diversos exames na rotina do pré-natal, como o oferecimento de kits específicos para as Unidades Básicas de Saúde, gestantes e parteiras tradicionais (BRASIL, 2004a, 2004c).

Essa mudança baseou-se na necessidade de mudança dos números de mortalidade materno-fetais. No ano de 2013, ao analisar a razão de mortalidade materna, Souza *et al.* (2013) citam uma taxa de mortalidade materna no Brasil de 52 a 75/100.000 nascidos vivos. Motta *et al.* (2016) citam que, atualmente, o Brasil ocupa o 29º lugar em números absolutos, com 27 mortes maternas/ 100.000 nascidos vivos, além de ser líder mundial na realização de cesáreas, expondo um modelo assistencial extremamente intervencionista.

A mortalidade materna, na última década, levando em consideração a tendência temporal e diferenças regionais. Silva *et al.* (2016) afirmam que houve um aumento na região Centro-Oeste e redução nas regiões Nordeste e Sul, e nas demais regiões do Brasil, os valores se mantiveram estáveis.

De acordo com Mota, Gama e Theme Filha (2009), essa diferença reflete as enormes desigualdades nas condições políticas, econômicas e sociais, nos países com extremas diferenças regionais, tornando a mortalidade materna um dos indicadores mais importantes na avaliação dos riscos à saúde de grupos populacionais específicos.

Para Alencar Junior (2016), o número de mortes maternas de um país demonstra-se como sólido indicador da realidade social deste. Estando, portanto, inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano, quanto maior a mortalidade materna menor o grau de desenvolvimento humano. Esta relação reflete que além dos fatores

biológicos, do nível socioeconômico, e da qualidade da assistência médica, a determinação política de promoção da saúde pública é essencial para o crescimento do desenvolvimento humano.

Assim como as políticas de saúde quanto às propostas de humanização de cuidados, necessitam de uma mudança de postura. Portanto, além do desenvolvimento de estratégias que possam reduzir a mortalidade materna, necessita uma maior compreensão sobre os fatores influentes e determinantes sociais desta mortalidade, incluindo a educação, renda, local de nascimento e grau de opressão social a que essas mulheres estão sujeitas (SOUZA, 2015).

Segundo Mota, Gama e Theme Filha (2009), a importância da fidedignidade dos sistemas de informações e das estratégias e investimentos utilizados em seu aprimoramento e atualização constantes.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram abraçados pela Organização das Nações Unidas (ONU), passou a ser incentivado, e foi assumido por mais de 185 países como um conjunto de metas visando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza a serem atingidos entre os anos de 2000 e 2015. Foram firmados oito objetivos, entre eles a redução da mortalidade materna (MOURA FÉ, 2018).

Ferraza e Bordignon (2012) relatam que a mortalidade materna quando observada em um contexto mais ampliado da saúde reprodutiva e dos direitos sexuais, tornou-se um indicador de desenvolvimento social que, de acordo com os ODM, possui sua redução como uma meta a ser obtida. E relatam que foram poucos os reflexos no coeficiente de mortalidade materna no Brasil, apesar do Brasil ter sido um desses países a assinar como país signatário. Demonstrando a importância da busca incessante por soluções para esse enfrentamento que tem sido ineficaz, obsoleto e insistente. O problema do alto índice de mortalidade materna, mesmo em um processo que é fisiológico ao corpo, como o da gravidez e do parto (MOURA FÉ, 2018).

Souza em 2016 defende que a mobilização mundial devido à ODM, levou a um progresso importante no desenvolvimento social, estimando que entre 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas foram evitadas. Apesar da existência de um grande avanço na medicina e na prática obstétrica, a sua oferta à população ocorreu de forma desigual, com a existência também desigual de acesso aos serviços de saúde e dificuldade e demora na identificação e manejo das complicações no ciclo gravídico-puerperal (MOURA FÉ, 2018).

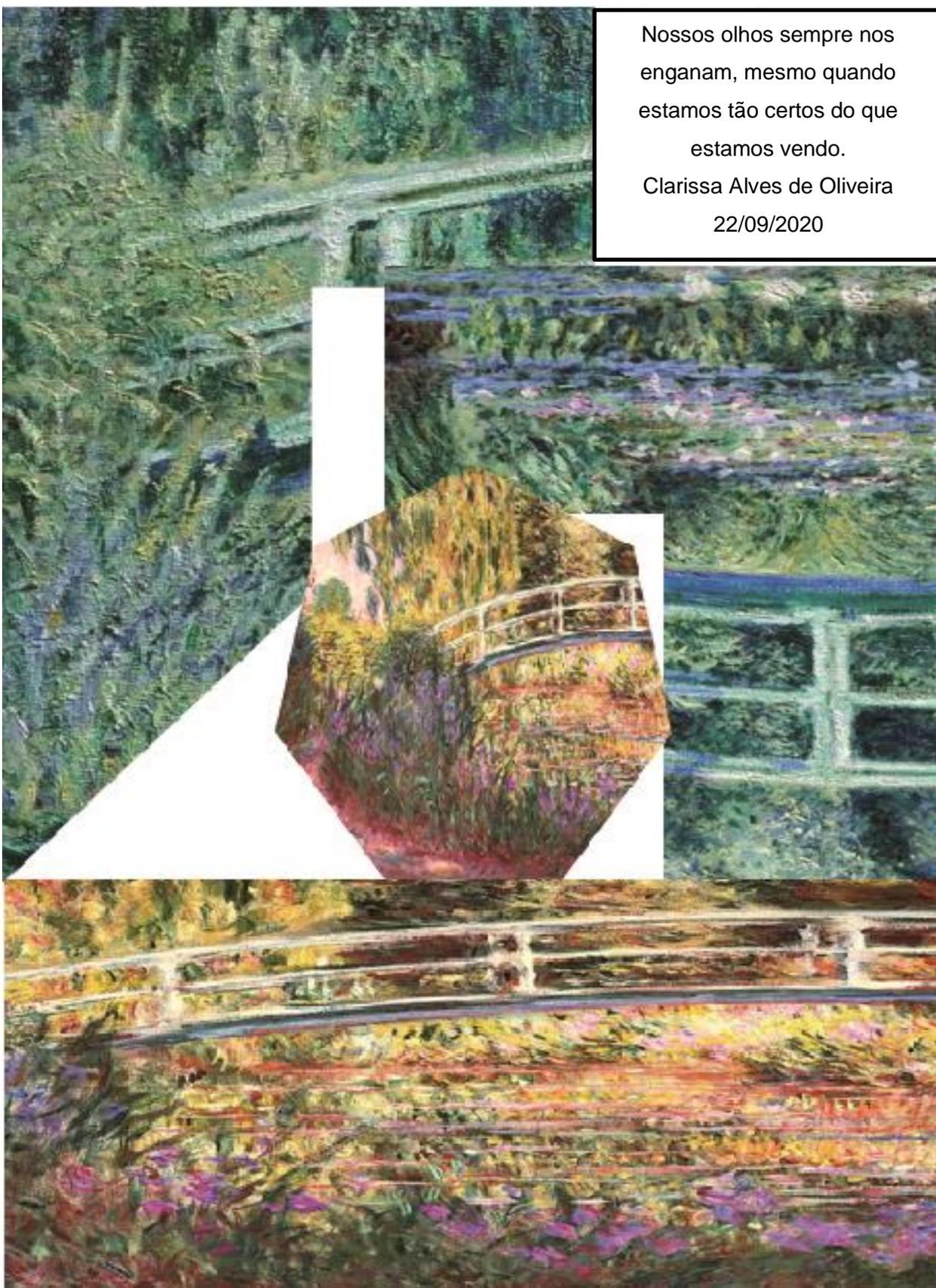
A pobreza e as demais questões ligadas a ela estão presentes nas necessidades de investimento das políticas públicas de proteção à saúde materno infantil, para garantir dessa forma um acompanhamento apropriado de pré-natal e parto, assegurando tanto às gestantes como aos bebês condições de cuidados, para uma sobrevivência adequada e segura (MOURA FÉ, 2018).

Deslandes (2004) destaca que a humanização da assistência deve possuir como proposta uma maior capacidade comunicativa entre os profissionais de saúde e as usuárias do sistema, vindo a priorizar as condições de estrutura de trabalho, além do treinamento continuado das equipes de saúde, promovendo uma visão mais ampliada sobre promoção e cuidados em saúde.

Nossos olhos sempre nos
enganam, mesmo quando
estamos tão certos do que
estamos vendo.

Clarissa Alves de Oliveira

22/09/2020



5 O DESVELAR DOS VÉUS: O PARTO NO SUS – UMA IMPRESSÃO DO PARIR

O aprendizado científico se estabeleceu, no entanto é preciso considerar que essa não é a única maneira válida na construção do saber como principal forma de obter conhecimentos racionais acerca da realidade do mundo e das experiências humanas. O olhar fenomenológico sobre o homem pode ser muito eficaz na prática profissional do médico. Uma vez que até mesmo o conhecimento do senso comum serve como fundamentos para as pesquisas científicas, proporcionando grandes contribuições.

O saber médico tem grande valia numa sociedade que se desenvolve e é acometida cada vez mais por novos males. Vale ressaltar que essa qualificação não deve ser exclusivamente profissional e científica, como também pessoal. Um bom profissional na área da saúde requer compromisso, alteridade, compreensão, diálogo e disponibilidade por parte do médico.

O ritmo acelerado da sociedade, por problemas específicos da vida em comum – por questões particulares do profissional ou por tantos outros motivos possíveis – o médico acaba focando sua atuação nos aspectos biológicos, patológicos e clínicos dos casos que chegam a ele. Dessa forma, a anamnese realizada com o paciente deixa de lado aspectos fundamentais para sua compreensão deste como um todo, tais como sua história pessoal, familiar e social, que podem fornecer informações úteis para um diagnóstico preciso.

O profissional deve reservar um tempo para conhecer melhor seu paciente, ouvir suas preocupações, sanar suas dúvidas, oferecer esclarecimentos essenciais para uma decisão consciente por parte do paciente no que se refere às suas opções de tratamento, mesmo quando não solicitados, ou seja, deve buscar atuar eticamente.

Em sua atuação profissional, o médico deve colocar-se como possuidor de saberes específicos, mas não como detentor da verdade absoluta, uma vez que seus pacientes trazem consigo histórias pessoais e sociais intervenientes no prognóstico. Assim sendo,

o profissional da saúde deve tentar perceber o sujeito como dotado de experiências importantes e detentor de seus próprios saberes, compreender o Homem em sua totalidade, como na Fenomenologia existencial.

É importante que o profissional médico exercite seu olhar fenomenológico sobre os casos que chegam até ele. Pois, mesmo que diversos pacientes apresentem os mesmos sintomas ou patologias¹², eles vão lidar com sua situação de formas diferentes. Cada pessoa tem seu modo de vivenciar a esperança, o sofrimento, a dor e o desespero e isso é membro integrante do curso e prognóstico da evolução para a melhora do indivíduo. Dessa maneira, é essencial que o médico não atenda todos os casos como sendo iguais, seguindo um roteiro engessado e estático de terapêutica e tratamento, mas buscando sempre considerar as particularidades de cada paciente, de cada sintoma, de forma a atuar de maneira particularizada.

O parto e suas particularidades, e o comportamento ético envolvido em seu procedimento, uma vez que o índice de partos cesáreos realizados pela saúde suplementar tem se elevado progressivamente, tem sido alvo de um intenso debate. Com a publicação em 2015, da Resolução Normativa n.º 368, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa discussão foi intensificada, uma vez que, através dela, foram estabelecidas normas para estimular o parto normal, em detrimento das cesarianas realizadas sem uma real necessidade.

A Resolução garante o direito ao acesso à informação sobre os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais. Além disso, esclarece a importância do uso do partograma – onde são registrados o desenvolvimento do trabalho do parto e das condições maternas e fetais. A publicação desta Resolução levantou a questão sobre o direito da gestante a informações sobre os tipos de parto, suas possibilidades de escolha e sobre a própria experiência do parto para a mulher, colocou em debate a ética dos profissionais da

¹² Qualquer desvio anatômico e/ou fisiológico, em relação à normalidade, que constitua uma doença ou caracterize determinada doença (Dicionário informal).

medicina que escolhem realizar partos cesáreos por motivos econômicos ou por comodidade.

Na rede pública de saúde, nos últimos anos, houve uma maior preocupação em garantir um tratamento satisfatório e humanizado para os usuários do SUS, com a implantação da Política Nacional de Humanização, em 2003. O MS publicou uma cartilha informativa para gestores, trabalhadores e usuários do SUS intitulada HumanizaSUS. Segundo o Ministério (BRASIL, 2012), a humanização não é um programa, mas uma política pública que deve atravessar todas as ações e instâncias do SUS, além de orientar as práticas de atenção e gestão a partir da experiência concreta dos envolvidos, sem manter intacta a ideia de homem saudável, homem ideal, uma vez que esses são conceitos socialmente construídos.

Dessa forma, entende-se que a mulher deve ser valorizada, através da fomentação de sua autonomia e protagonismo social, estabelecendo vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, como cidadã participante efetiva na decisão do futuro dos investimentos em prol de sua saúde (BRASIL, 2012).

No entanto, devido à grande demanda dos serviços e pelo número insuficiente de profissionais disponíveis, o serviço acaba sendo insuficiente e a humanização dele inexistente. Os trabalhadores atuam de forma apressada, esgotados e desvalorizados e acabam focando somente nos aspectos patológicos das usuárias, muitas vezes tomando para si a decisão final sobre aspectos do tratamento que devem ser decididos em acordo com a paciente, fugindo de seu compromisso ético de fornecer informações pertinentes a uma decisão consciente pela parte atendida.

Inicia-se, portanto, uma análise descritiva para o melhor entendimento do significado do parto. O parto é uma experiência única na vida de cada mulher. Vem carregado de diversos significados, dependendo do meio social em que esta mulher se encontra. Esses significados sociais, familiares e individuais, é que vão fazê-las passar por essa transformação do que a sociedade espera delas, desde que eram pequenas, que é

deixarem de ser filhas e se tornarem mães. Portanto a maternidade lhes é treinada e imputada desde a tenra idade, desde o momento em que começam a brincar de bonecas. Sempre escutaram afirmações que a pior dor é a dor do parto. Assim, quando internam para parir, carregam consigo a imensa tensão e seus receios trazidos por todas suas vidas, que passarão pela pior dor do mundo (CALDAS, 2016).

Tem-se que considerar que a gravidez e o parto são vivenciados de diferentes formas pelas mulheres, inclusive a experiência pode mudar dependendo da fase da vida em que a mulher se encontra. Uma adolescente, que engravida pela primeira vez, ainda não possui a mente e o corpo preparados para passar por algumas situações e reage a estas, de forma mais estressada do que mulheres mais adultas, e com mais experiências. As que planejaram engravidar, e nesta situação trouxeram consigo uma estrutura psicológica, social e até material maior, garantindo uma gestação e parto mais tranquilo para si e para seus bebês. Mas vale a pena salientar, que porque uma gestação ocorre na adolescência não significa que seja indesejada. Isso é um fato irreal, pois depende de como essa adolescente enxerga e deseja de sua vida e maternidade (CALDAS, 2016).

Sobre o parto, Cunha (2011, p. 550) afirma que:

O trabalho de parto compreende, do ponto de vista clínico, quatro períodos: o primeiro (dilatação) estende-se do início do trabalho de parto até a dilatação total; o segundo (expulsão) vai do final da dilatação até a expulsão do feto; o terceiro (delivramento) corresponde à expulsão da placenta e demais anexos fetais; e o quarto, que se prolonga por uma hora após o parto, e inclui risco de complicações imediatas, principalmente hemorrágicas.

Em relação aos tipos de parto, esses são: o parto normal, o parto cesáreo, parto a fórceps e parto natural. O importante a ser observado é a característica de cada um, e como estes são percebidos pelas pessoas (CALDAS, 2016).

O parto normal ou vaginal, possui em seu procedimento diversas variáveis, que podem torná-lo mais confortável a posição mais comum de ocorrer o parto seja em litotomia, ou ginecológica, apesar de no século XVI a melhor fosse a posição vertical. Essa mudança ocorreu após a maior medicalização do parto, sem que maiores estudos fossem feitos,

sobre esta ser mais efetiva ou segura para a realização do procedimento. A OMS não está de acordo com isso, e até desaconselha essa posição para o parto normal. Pois as posições laterais e ou verticais durante o trabalho de parto e o parto, além de diminuir a duração do período expulsivo no parto, diminuem as dores, a necessidade de episiotomias, as lacerações de períneo no pós-parto, as alterações nos batimentos cardíacos fetais, e por consequência os partos operatórios, e uma perda sanguínea inferior a 500 ml (CALDAS, 2016).

O parto normal é considerado pela maioria das pessoas como sendo o parto mais saudável, por ser o que foi fisiologicamente instituído pelo nosso corpo. Por isso muitas mulheres o escolhem além da recuperação ser mais rápida, que o parto operatório, mas como qualquer procedimento, nem sempre ele evolui adequadamente, não sendo possível a sua realização, independente da causa. Sejam por motivos econômicos, culturais, anatômicos, sofrimentos fetais durante o trabalho de parto e o parto operatório se fazem necessário, mesmo não tendo sido a primeira opção da parturiente. E assim o parto cesariano é realizado sob anestesia (CALDAS, 2016).

De acordo com Bruzadeli e Tavares (2010, p. 151):

Os principais motivos das nossas cesáreas são: a laqueadura, o pouco conhecimento das mulheres e o despreparo destas em relação ao parto normal, até mesmo devido à formação do profissional dos médicos e a reação destes frente à dor das parturientes, sendo que muitos médicos acreditam que as mulheres têm preferência pela cesárea, porém muitas preferem o parto vaginal, mas a cesárea tornou-se tão comum que o parto normal deixou de ser prática corrente, mesmo que este seja esperado pela gestante.

Outro tipo de parto é a fórceps, que segundo Cunha (2011), possui indicações relativas às condições maternas e fetais. As primeiras compreendem situações nas quais o parto deve ser concluído para reduzir o risco materno ou para poupar a paciente de maior esforço, como nos casos de gestantes com cardiopatia, pneumopatia (quando a paciente tem sua reserva pulmonar diminuída e dificuldade de executar o esforço), ou outras patologias que necessitem de atenção quanto aos esforços executados pela paciente.

Nas indicações do parto a fórceps em decorrência de necessidades do feto, Cunha (2011) afirma que o parto deve ser ultimado quando sua demora resulta em sofrimento fetal e a parada de progressão durante o período expulsivo. Assim:

O parto a fórceps implica em conjunto de condições adequadas: o ambiente deve proporcionar a possibilidade da realização da cesárea, o obstetra deve ter experiência com esse tipo de procedimento e o tipo de instrumento, e a falha do fórceps deve ser considerada em após até três trações sem sucesso, quando estão se indica a cesárea (CUNHA, 2011, p. 553).

Esse tipo de parto pode ser traumatizante para a mãe e para o feto, possuindo, portanto, indicações bem específicas para sua realização (situações de complicações de parto e/ou de necessidades de saúde materna delicadas). Quando não bem realizado, suas complicações podem gerar consequências graves para mães e fetos. Portanto é uma situação não somente de necessidade materna e fetal, e que deve ser realizado por profissionais com treinamento adequado (CALDAS, 2016).

Por fim, o parto natural é aquele no qual não há intervenção cirúrgica e medicamentosa. No parto natural também é possível ocorrer complicações, como hemorragia, eclâmpsia¹³ e traumatismo do trajeto do parto.

Todo parto pode passar por dificuldades em sua realização. Todo tipo de parto apresenta perigos em sua realização, podendo evoluir como o esperado/desejado, ou não. Cabe ao médico agir de forma ética, sempre informando a parturiente e seus acompanhantes e familiares, todas as situações de perigo, para que eles possam optar pelo menos perigoso e traumatizante para todos (CALDAS, 2016). Ocorrendo qualquer dificuldade no período de dilatação, a única solução é a cesárea.

A maneira delas vivenciarem o parto e as razões e os motivos para cada experiência tem fundamento nos seus valores e crenças, e que são adquiridos socialmente. Mesmo sendo conhecimentos passados de geração em geração de mulheres, e com modificações no

¹³ Caracteriza-se por cefaleias, hipertensão arterial e, em especial, por convulsões tônico-clônicas seguidas de perda de conhecimento que pode ser seguida de coma e morte. Do grego éklampsis – fenômeno súbito (Dicionário Livre).

decorrer do tempo, esses conhecimentos, mantém a estrutura das gerações anteriores. Dessa forma, as mulheres que vivenciam o processo de parto e nascimento baseiam-se em ações típicas para solucionar problemas tipificados do cotidiano de suas relações sociais, lavando mão do estoque do conhecimento para compreender e projetar suas atuais frente ao trabalho de parto e parto e as expectativas relacionadas à assistência.

Os movimentos a favor do parto normal se esforçam com a promoção de: programas de humanização hospitalar, cursos e palestras para gestantes, curso de sensibilização e capacitação profissional, mesmo assim, há um grande temor por parte das futuras mães em relação ao parto. Entre as falas mais comuns estão: o medo da dor, de não suportar, da morte, de ser mal tratada pelos profissionais. Constatou-se que essas falas são uma constante nos centros obstétricos (SOUZA, 2007).

Velho *et al.* (2012), Domingues, Santos e Leal (2004) e Faúndes e Cecatti (1991) apontaram aspectos positivos e negativos nos dois tipos de parto. Foram considerados positivos no parto normal: a vivência do protagonismo e satisfação com a cena do parto e a sensação da vivência de algo saudável para a mãe, e o bebê, com uma recuperação mais rápida, que requerer menores cuidados, e possibilidade de voltar às atividades diárias mais cedo, bem como a qualidade da relação com o recém-nascido.

Em relação ao parto cesáreo, Velho *et al.* (2012) apresentam como fatores positivos: a ausência de dores no trabalho de parto, tempo do procedimento, ter controle sobre o evento e desfrutar com segurança da criança.

Estudos apontaram também como aspectos negativos do parto normal como a dor que compreende esse processo, a administração de medicamentos com o objetivo de acelerar o parto, desconfortos associados à analgesia e o manuseio do corpo feminino como objeto de trabalho por parte dos profissionais de saúde, tornando o momento impessoal. Esses fatores provocaram significativo desconforto nas mulheres, uma vez que estão diretamente ligados à vivência do parto que representava para elas uma

experiência singular da qual guardarão eternas lembranças (LOPES *et al.*, 2005; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Os aspectos negativos observados no parto cesáreo, Velho *et al.* (2012) e Domingues, Santos e Leal (2004) mencionaram, as dores do pós-parto, dificuldades na recuperação, riscos da cirurgia, preocupações e experiências prévias com a anestesia, maiores níveis de medo quando comparados ao parto normal.

Na pesquisa foram entrevistadas 16 mulheres, conforme dados de caracterização das participantes apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Caracterização das participantes da pesquisa

Idade (anos)	Escolaridade	Paridade	Profissão	Pré-natal	Desejo de engravidar
AZALÉIA 16 anos	Segundo grau	01	Estudante	Menos de 05 consultas	Não
BEGÔNIA 17 anos	Segundo grau	01	Do lar	Menos de 05 consultas	Sim
BROMÉLIA 22 anos	Oitavo ano	03	Do lar	05 consultas	Sim, deixou acontecer
CAMÉLIA 21 anos	Sétimo ano	01	Do lar	08 consultas	Sim, planejou
AÇUCENA 22 anos	Segundo grau	01	Do lar	06 consultas	Não
FRÉSIA 18 anos	Segundo grau	01	Técnica laboratório	07 consultas	Não
VIOLETA 22 anos	Oitavo ano	01	Do lar	05 consultas	Não
GARDÊNIA 16 anos	Oitavo ano	01	Estudante	06 consultas	Não
GERÂNIO 35 anos	Oitavo ano	07	Do lar	10 consultas	Sim, planejou
HORTÊNSIA 32 anos	Segundo grau	02	Do lar	10 consultas	Sim, planejou
ÍRIS 29 anos	Oitavo ano	07	Do lar	10 consultas	Nunca evitou
JASMIN 19 anos	Segundo grau	01	Vendedora	Não fez pré-natal 01 consulta	Não
AMARÍLIS 16 anos	Sétimo ano	02	Do lar	06 consultas	Sim
MALVA 21 anos	Superior incompleto	01	Estudante	06 consultas	Sim
MAGNÓLIA 43 anos	Oitavo ano	04	Do lar	06 consultas	Não
PRÍMULA 16 anos	Sétimo ano	01	Do lar	Não fez pré-natal	Não

Fonte: Elaborada pela autora.

Na faixa etária entre 16 e 43 anos, nulíparas (primeira gestação) e multíparas (mais de uma gestação); quanto à escolaridade, uma com terceiro grau incompleto, cinco cursaram o nível médio e 10 o nível fundamental.

Das 16 parturientes, somente uma se mantinha independente economicamente de seu parceiro, que trabalhava como técnica de laboratório, as demais mantinham atividades laborais do lar. Dessas, apenas duas não fizeram pré-natal, sendo em número de consultas de pré-natal, a de maior quantidade sendo de 10 e a menor de cinco. Somente três planejaram a gravidez. E oito não desejavam ficar grávidas. As três que fizeram maior número de consultas de pré-natal no total de 10 consultas possuíam somente o ensino fundamental, e eram multíparas. Das 12 que realizaram pré-natal, duas apresentaram intercorrências clínicas neste período. Conforme citado anteriormente, as 16 parturientes foram abordadas por entrevista semiestruturada, observação participante com registro em anotações de campo.

A descrição fenomenológica da pesquisa tem como objetivo a compilação exaustiva de dados que permitam a ampla compreensão desse momento vivido com as parturientes e de sua respectiva situabilidade. Como no estudo da gravidez e parto, sua manifestação, história e contexto. Portanto os dados coletados foram considerados para a partir da análise das narrativas das pesquisadas e pudesse alcançar um maior entendimento a respeito do tema gestação e parto, e por consequência, promover a melhora em sua humanização dentro do serviço da Maternidade.

Nos levantamentos dos dados coletados nas entrevistas foram construídas cinco grandes categorias de descrição para análise que são:

- 5.1 Preparando-se para o Parto (O Pré-natal, As Informações Antes do Parto, a Família, a Importância do Acompanhante no Parto)
- 5.2. Importância do Acompanhante no Parto
- 5.3 Os Temores no Parto
- 5.4 Sensações na Vivência do Parto; e

5.5 A Percepção da Instituição de Saúde (Infraestrutura e profissionais de Saúde, Importância do Acompanhante no Parto).

5.1 PREPARANDO-SE PARA O PARTO (O PRÉ-NATAL, AS INFORMAÇÕES ANTES DO PARTO, A FAMÍLIA, A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO)

O preparo das mulheres e suas redes de apoio e famílias é tão essencial para o sucesso do parto, quanto o próprio trabalho de parto em si. É uma fase de preparação de todos para os eventos desejados e os não esperados que virão durante a gestação. Fornecendo apoio, informações sobre a gestação e o parto e em especial o suporte para que essa fase seja transpassada com sucesso e efetividade.

5.1.1 Meu apoio na gravidez

A gravidez por ser um momento de intensas transformações corporais e emocionais, tanto da mulher como da sua família, como de toda sua rede de apoio pessoal. Estes têm que junto com essas mulheres acompanhá-la e apoiá-la nesse momento, fornecendo-lhe todo suporte necessário para uma gestação saudável.

5.1.1.1 O Pré-Natal

“O pré-natal foi muito tenso, porque eu tive dengue hemorrágica que foi a causa do aborto, logo após eu vi que estava grávida. Deu umas interferências nuns exames, que eu esqueci o nome. Deu duas interferências. A médica me disse que ela poderia nascer cega e surda. Aí, fiquei com mais medo ainda. Eu não entendi direito. Eu perguntei no momento e foi só o que ela falou... Ela disse que essas duas doenças tentaram coisa no meu sangue, só que meus anticorpos combateram, foi o que ela explicou... Ela disse calma que seu exame não foi tão ruim, ele assim, não foi um exame que diria que ela vai nascer assim. Tipo uma hipótese. Aí, eu não entendi nada” (MAGNÓLIA).

“O pré-natal foi bom. Não explicou sobre o parto e o trabalho de parto, nem sobre a amamentação” (CAMÉLIA).

“Não achei que a médica estava preparada pra acompanhar minha gravidez. Até porque a minha médica em nenhum momento ela fez toque. Depois de trinta e seis semanas pra ver como estava esse neném. Pra me encaminhar pra cá, pra médica do alto risco, foi dia dois e eu já ia ganhar dia 23. Então foi o que a médica do alto risco falou, se tivesse que entrar com insulina, ela deveria ter me encaminhado bem antes. Para poder iniciar direitinho o acompanhamento. E não foi o que aconteceu. Então acredito que ela não estava preparada” (HORTÊNSIA).

“No pré-natal tive medo de perder minha filha, porque eu pesquisei e vi que ela poderia perder a vida a qualquer momento. Que é um assim que minha médica não me explicou. Simplesmente ela me passou para médica de alto risco e disse que a médica de alto risco ia me explicar como funcionava a diabete no neném. Então, assim, em nenhum momento ela me explicou. Toda a informação que tive foi pela internet. Então a gente lê, o que pode causar no neném, que a paciente pode ter eclâmpsia. Então é muito assustador não ter uma pessoa assim pra te preparar antes. Então eu me apeguei primeiramente em Deus, na minha fé e meu esposo e minha outra filha também me ajudou muito” (MAGNÓLIA).

“O médico do pré-natal me ajudou. Tirou umas dúvidas que eu tinha” (MALVA).

“O pré-natal foi bom. Ele tirou algumas dúvidas, mas eu não perguntei muito” (AMARÍLIS).

Para algumas mulheres o pré-natal apresentou-se eficaz, onde elas encontraram o apoio que procuravam nos profissionais de saúde, como ocorreu com Malva e Amarílis. Enquanto para gestantes com algumas intercorrências clínicas obstétricas, o pré-natal

mostrou-se insuficiente e até escravizador destas mulheres dentro do sistema de saúde, vindo a piorar suas angústias e aflições na gestação, fato ocorrido com Magnólia e Hortênsia.

As puérperas que realizaram um pré-natal mais adequado, com maior número de consultas, maior informação sobre o parto, pós-parto e amamentação, manifestaram uma melhor preparação para o momento do parto, sentiram-se mais apoiadas pelos profissionais de saúde, o que permitiu uma melhor colaboração e desempenho da mulher durante trabalho de parto, com maior valorização de sua privacidade, não sendo o tempo de trabalho de parto, um entrave durante todo o processo, conforme as falas das parturientes.

5.1.1.2 Onde busquei as informações para minhas dúvidas antes do parto, na *internet*?

No pré-natal?

“As informações da internet me ajudaram depois do parto. Que eu vejo pelo celular. Tipo para evitar neném. Tomar remédio. Usar camisinha. Me prevenir” (AMARÍLIS).

“Na internet procurei. As coisas da internet me ajudaram a diminuir meu medo” (GARDÊNIA).

“Eu procurei a internet quando descobri que estava com diabete gestacional. Aí, eu procurei saber direitinho o que é, como prevenir, o que poderia causar no neném” (HORTÊNSIA).

“Na internet procurei sobre parto normal, parto cesárea, essas coisas. Como que era, como não era. Se doía mesmo. Coisas assim. Igual eu queimei minha barriga, eu queria saber se fazia mal a criança. Essas coisas” (VIOLETA).

A *internet* atualmente é o principal meio de acesso à informação na Região Metropolitana de Vitória – local onde essa pesquisa foi realizada– de forma mais rápida e eficiente que existe. Mas sempre lembrando que a *internet* não tem filtro, muito menos um acesso mais direcionado e que gere uma confiança maior a quem procura determinado dado. Portanto muitas gestantes assustam-se muito quando procuram algum assunto ligado a sua gestação, pré-natal, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Pois quando esses termos são jogados na busca nos *sites* de busca, geram uma gama enorme de informações, das mais diversas ordens, e para os diferentes públicos-alvo de procura. Podendo, desta forma, ao invés de sanar suas dúvidas, gerar sim mais angústias, temores e enganos.

Essa facilidade de acesso à informação que é uma característica marcante da modernidade não proporciona tantas contribuições como se pressupõe. Se antes da difusão da *internet* muitas informações não comprovadas cientificamente eram passadas de mãe para filha, de vizinha para vizinha, de amiga para amiga, causando, por vezes, confusões e temor desnecessário, hoje o grande fluxo de informações disponíveis na *internet*, ao invés de somente ajudar acaba gerando alguns enganos.

A *internet* é fonte de muitas informações valiosas, oriundas de sites especializados ou artigos científicos, mas também de páginas pessoais e de troca de experiências. Embora essas trocas sejam muito válidas, podem acabar gerando temores e equívocos, uma vez que a gravidez e o parto não seguem procedimentos estáticos, mas variam em cada caso.

5.1.1.3 A família

“Meu esposo me ajudou muito nesse momento. Primeiramente Deus. A gente sempre coloca Deus na frente e meu esposo. Ele falava que ia dar certo, pegava muito no meu pé pra fazer dieta, que foi muito importante. Por que é assim né? Por mais firme, por mais que eu não comia muito doce. Quando você sabe que tem um problema, vai te dando assim, a vontade vai batendo.

Assim, é terrível. Então ele e minha outra filha, a de doze anos, falava assim: mãe você não pode comer isso, você não pode comer aquilo. Pegava bastante no meu pé. Vamos fazer o melhor pra neném, pra você ganhar, ficar tudo bem. Então me ajudou muito, nesse sentido” (HORTÊNSIA).

“Quem mais me apoiou foi minha mãe, meu pai, minha família” (PRÍMULA).

Percebe-se para as mulheres a importância da aceitação da gestação, assim como o seu acolhimento pela família. Esse fato aumenta sua sensação de segurança perante o que podem vir a enfrentar durante esse momento de tantas mudanças de seu corpo, que podem vir a gerar comprometimentos importantes a sua saúde, como o que ocorreu com Hortênsia. Ou somente um local onde possa voltar para se fortalecer diante qualquer atribulação que o mundo e as pessoas possam lhe fazer passar, aumentando sua confiança durante esse momento, como comentou Prímula.

5.2. IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO

“Minha mãe ficou comigo no parto. Foi importante demais, demais, demais ela ficar aqui comigo” (JASMIN).

“A prima do meu marido, que é madrinha do meu neném. Ela me ajudou no trabalho de parto ficou segurando minha mão. Ficou me apoiando” (GERÂNIO).

“Achei importante sim. Pela primeira vez, que nunca tive isso nas outras gestações. Me deu tipo uma segurança” (MAGNÓLIA).

“Ela ficou ali o tempo todo, olhando tudo. Tipo, se eu apagasse, alguém estava vendo o que estava acontecendo comigo, depois ia me relatar tudo. Essa foi a segurança que senti” (CAMÉLIA).

Para as mulheres, mesmo não sendo o seu primeiro filho a presença de alguém de sua confiança perto de si, resgata um pouco de seu ambiente familiar dentro da instituição pública, trazendo um pouco de seu círculo de vivência particular para o ambiente público, gerando uma maior segurança e satisfação no momento do parto. Pois além delas poderem contar com esse apoio físico da pessoa em si, elas podem dividir as mazelas emocionais pela qual está passando, podendo ser mais uma voz a falar com ela ao sistema, sobre o que não lhe faz sentir-se bem diante de uma situação que a desagrada. E compartilhando também as vitórias diante o período de trabalho de parto. Assaz desgastante e que necessita ser partilhado com outro alguém além da gestante. Quando essa pessoa é uma de sua confiança melhor. Vemos isso claramente nas falas de Jasmin, Camélia, Gerânio e Magnólia.

O fato de poder contar com a participação de alguém de confiança foi bastante destacado nos relatos das mulheres. Evidências científicas mostram que a presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença do acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual de cesárea, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia e de ocitocina.

O MS observou através de vários estudos científicos o benefício da presença do acompanhante nos momentos do parto e de pós-parto, demonstrando um aumento na sensação de segurança das parturientes, de ter alguém conhecido perto de si, diminuindo a necessidade do uso de drogas para melhoria da dor, redução da duração do tempo do trabalho de parto e do número de cesarianas. E inclusive a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Os benefícios da presença de um acompanhante ocorrem pois este proporciona um grande suporte emocional e físico às parturientes. ele é inserido no processo de parto como cuidador e determinante para melhoria da sensação de segurança da mulher, com a presença de uma pessoa familiar a ela nesse momento de incertezas, como o do ambiente hospitalar, que se caracteriza como um ambiente desconhecido. Assim, o

conforto e o encorajamento fornecidos pelos acompanhantes, reduzem os sentimentos de solidão, ansiedade e de estresse causados por esse momento de vulnerabilidade na vida das mulheres (DODOU *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que, apesar da presença do acompanhante ser comprovadamente positiva e garantida por lei, muitas mulheres ainda estão impossibilitadas de serem acompanhadas durante o trabalho de parto e parto. Devido a essa realidade, os profissionais de saúde que prestam cuidado à mulher, devem procurar ultrapassar as barreiras que impedem a efetivação desse direito, garantindo uma assistência humanizada e de qualidade à parturiente (BRASIL, 2014).

O relacionamento estável durante a gravidez, seja familiar, ou com um(a) parceiro(a) é importante no suporte para as gestantes, pois existindo uma certa garantia de segurança para a criação do bebê, ocorre a diminuição dos motivos de preocupação e estresse durante a gravidez e parto. Fator que melhora a qualidade de vida da mãe e do bebê.

5.3 OS TEMORES NO PARTO

O parto é um processo em que sua evolução pode evoluir das mais diversas formas, desde o sucesso completo com o nascimento do conceito, com boa recuperação materna após esse evento desgastante e cheio de expectativas de trazer um novo ser ao mundo. Até a completa falha de tudo com o óbito do conceito e da mãe. Com a ocorrência de eventos fora do controle tanto dos profissionais quanto da própria parturiente, e que acarreta um completo insucesso do desejado. Sem a inferência de culpas ou erros de condutas. Por esse fato é um evento que gera diversas emoções, expectativas e principalmente temores.

Tabela 2 - Temores no parto

Eixo Temático	Subeixos
Temores no parto a(de):	Falhar
	Dor
	Morrer
	Não ser cuidado/ Respostas agressivas dos profissionais de saúde às pacientes/ Ser maltratada na hora da dor do parto
	Ser exposto
	Morte do bebê
	Solidão
	Inesperado/Desconhecido

Fonte: Elaborada pela autora.

Lembrando que a Fenomenologia, ao colocar o mundo entre parênteses, dispensa os fatos particulares da emoção e dedica-se a estudá-la como um fenômeno transcendental de modo a elucidar “A essencial transcendental da emoção como tipo organizado de consciência” (SARTRE, 2014, p. 22).

Portanto as emoções são irrefletidas, se reportam ao primeiro nível da consciência: “A consciência emocional é primeiramente irrefletida e, nesse plano, ela só pode ser consciência dela mesma no modo não posicional” (SARTRE, 2014, p. 55).

A sensação de temor, não muito diferente das outras emoções, abala a estrutura existencial da pessoa, seu modo de agir, valorar e julgar suas relações com o mundo a afetam sensivelmente. Ela passa por experiências de implosão de terror, dentro de seus alicerces emocionais que simplesmente se *destroçam*. Ela não entende de onde vem todo esse sentimento, associando-o ao lugar onde o mesmo acontece, este é o fenômeno existencial, que funciona como um propulsor de sua falta de mobilidade e de controle da situação. Ou seja, como na engenharia, onde se usa a frase, que o peso que uma ponte suporta até que ela quebre, isto é, que a pessoa sustenta em seu alicerce existencial a responsabilidade mesmo que acima do que ela consegue suportar, e assim

seu alicerce, a ponte, sofre uma trinca entre ela e as relações no mundo, podendo quebrar, e desta maneira formar grandes veios e rachaduras, como decorrências de suas manifestações vividas. Sente-se biologicamente viva e existencialmente morta, parece que dentro de si habita um inquilino imaginário chamado *medo/temor*. Na gestação e parto toda esta percepção não é diferente das demais situações de estresse vivido por estas mulheres (POKLADÉK, 2020).

5.3.1 Falhar

“De não conseguir ter muita força pra ter ela” (GARDÊNIA).

“Eu tinha medo de não ter força pra botar o neném pra fora” (AMARÍLIS).

A pessoa possui a necessidade de seguir em frente com seus projetos de vida, provando aos demais a sua competência, demonstrando que é necessária ao seu meio social, e por isso necessita ser reconhecida e aceita constantemente por este. Sua autoestima encontra-se desacreditada, assim torna-se muito exigente consigo e com outrem, demonstrando responsabilidade em excesso em seu modo de ser no seu mundo e como as outras pessoas. Vindo a tornar-se mais crítica e conseqüentemente, um ser mais infalível e julgadora, dos outros (POKLADÉK, 2020).

“Eu tinha medo de não conseguir, sou muito mole” (AZALÉIA).

Foi comum as primíparas que ainda não passaram por um parto e possuem o medo na hora de colocar o bebê pra fora, de não conseguir. Apesar de algumas múltíparas que passaram por alguma perda anterior, por algum aborto, perda de familiares pelo parto por terem a algum tempo, também possuem esse temor. Essa falha poderia representar socialmente e até para si uma incompetência no fato de passar pela transição de filha para mãe. Demonstrando sua insuficiência como ser humano, mulher, nessa cadeia de perpetuação da família. Por isso Gardênia, Amarílis e Azaléia temiam não conseguir passar pela última fase do trabalho de parto, a expulsão fetal do corpo materno.

5.3.2 Dor

“Doeu, doeu muito, mas nada que eu já não soubesse. E outra coisa essa história de que depois do primeiro filho, a gente se acostuma com a dor é mentira. Porque esse neném aqui doeu mais que os outros. E olha que eu sou mãe de quatro” (MAGNÓLIA).

“Eu tinha mais medo da dor. Eu tinha medo de morrer da dor no parto” (CAMÉLIA).

“Ah, de sentir muita dor” (GARDÊNIA).

“O parto doía demais eu não aguento dor, sou muito fresca, então achei que eu não ia aguentar” (CAMÉLIA).

Apesar da dor ser uma queixa comum às mulheres que ganharam bebê esta não pareceu ser um fator que impedisse a evolução natural do parto. E independente da paridade das mulheres a dor é sentida da mesma forma, pois a dor física é real e a forma de encará-la vai depender dos desejos de cada mãe para cada bebê. Cabe aos profissionais de saúde entendê-la, e respeitá-la. O parto muitas vezes passa a ser visto como um momento crítico, marcado por uma série de mudanças significativas que enchem diversos níveis de simbolização, como imaginário materno, que vislumbra desde uma malformação no filho até a sua não resistência à dor.

O anseio e as expectativas das gestantes em relação ao processo de parto e nascimento as levam a projetar a ação do parto, motivos para que o mesmo ocorra e a forma como ocorre, o fazem de forma insegura e, muitas vezes, negativa.

Diversos estudos antropológicos, que tratam tanto de olhares dos profissionais de saúde como das experiências de mulheres.

Pode estar articulada ao sofrimento e trauma, tornando-se motivo para a mobilização política por direitos. Pode ser passível de se transformar em prazer, como preconizam certas correntes a favor do parto vaginal natural (REZENDE, 2019a, p. 261).

A dor é uma experiência cheia de facetas, e se demonstrando de maneira tanto física como emocional. Afeta a todos os seres vivos em sua totalidade. A sua dimensão afetiva está ligada diretamente às experiências corporais, que tem lembranças na dimensão das sensações e sentimentos. Portanto que se demonstra de forma tão particular e individual, mas em cada sociedade encontra-se embasada em seus próprios esquemas simbólicos, e assim recebe diversas interpretações culturais em sua relação sobre o corpo, e nas mais diversas formas de aliviá-la ou demonstrá-la. A diferença dos estados de dor de experiências dolorosas está na base da dor e do evento a elas relacionado (REZENDE, 2019b).

A diferença de gênero oportuniza a homens e mulheres maneiras diversas de manifestá-la, além de outros fatores como idade e classe social. Muitas situações fazem parte de rituais de passagem, que sinalizam a entrada em diferentes etapas do ciclo biológico. O parto, marca não só o nascimento de uma pessoa, mas também a transformação da mulher em mãe. A dor no parto então integra esse momento de mudança, podendo adquirir diversas interpretações, como orgulho e superação, trauma e violência, felicidade e responsabilidade (REZENDE, 2019a).

O parto é o momento esperado, tendo significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura em que se inserem as gestantes e também de acordo com as experiências vivenciadas por elas. Ao mesmo tempo, é também um momento frequentemente temido devido ao desconhecimento do que pode vir a ocorrer. A possibilidade de sentir dor e o medo decorrente disso também são aspectos proeminentes e influentes nas expectativas relacionadas ao parto (TOSTE; SEIDI, 2016, p. 683).

Lembrando que esse momento de transformação, como vários encontrados na natureza pode, e por acaso é acompanhado de dor. Que não é uma manifestação universal e uniforme em todas as mulheres, pois além de depender de uma série de reações químicas e neurofisiológicas. Também está ligada a sua subjetividade de interpretação individual. Que é construída tanto de acordo com o quadro sócio- econômico e

principalmente pelo cultural, que simboliza esse processo fisiológico (TOSTE; SEIDI, 2016).

Na perspectiva feminina, a gestação e o parto normal além de um processo fisiológico, sofre uma imensa influência de fatores socioculturais e psicoemocionais, dificultando a aceitação das mulheres de passarem por ele. Pois a cultura atual não favorece o parto normal, pois esta faz as gestantes se questionarem todo o tempo sobre sua competência para parir e sobre sua baixa tolerância à dor (TOSTE; SEIDI, 2016).

Sensações prazerosas e positivas podem ser sentidas durante o trabalho de parto. Mas descrever essa sensação pelas parturientes é um grande tabu que ainda envolve o processo de gestação e parto. Pois na visão da Igreja a gestação, é fruto de uma prática sexual, que foi concebido através de um pecado. E como tal deve ser expiado por meio de dor e sofrimento no parto, para ser purificada deste pecado. Conforme descrito nas passagens da Bíblia. Há relatos que muitas mulheres sentem tanto prazer neste momento, podendo chegar ao êxtase e ao orgasmo, no momento do parto. Fato que não é relatado com frequência porque essas mulheres sentem-se envergonhadas e com receio de compartilhar essa experiência. Por medo de serem mal interpretadas. Esse fato acaba filtrando as falas das mulheres, demonstrando de maneira errônea comente experiências negativas, desagradáveis e dolorosas, dos momentos do parto (TOSTE; SEIDI, 2016).

Experiências impactantes e significativas para a maior parte das mulheres, tanto as da gestação quanto as do parto, podem trazer consequências para o puerpério e mesmo enunciar concepções e vivências da maternidade emocionais (TOSTE; SEIDI, 2016, p. 683).

5.3.3 Morrer

“Eu tinha medo de morrer. Achei que eu ia sentir dor, dor, dor e ia parar meu coração” (BEGÔNIA).

“Eu tinha medo de morrer. Medo da pressão subir. Eu ficava comendo sal na gravidez” (AMARÍLIS).

“Fiquei com medo sim, doeu demais. Achei que a dor nunca ia passar e eu ia morrer dela” (AÇUCENA).

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde o nascimento e se prolonga por todo o ciclo vital. Apesar de fazer parte de todo um processo natural, falar sobre a finitude humana não é uma função fácil. A atitude do homem contemporâneo diante da morte e do morrer é considerada o resultado de um longo processo de mudanças que atravessaram o tempo (AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

Conforme Lima Neto (2012), a estranheza e o mal-estar provocado pela morte no ser humano vieram se acentuando ao longo da formação cultural e social da civilização ocidental, nesse processo, ela veio sendo gradativamente encarada com angústia, medo e rejeição. No século XIX a morte tomou um sentido comovente e se tornou um evento que rouba o homem do seu cotidiano. Ela começa a ser encarada sob um prisma de uma ruptura insuportável na relação entre os seres amados.

Já no século XX, concretiza-se a interdição do vivenciar a morte. O doente que antes morria em casa agora morre no hospital, longe de seus entes queridos. Nessa *morte que interdita*, as demonstrações de dor, principalmente as expressões emocionais mais fortes são consideradas inadequadas, incômodas (ARIÈS, 1977).

Questões existenciais como a transitoriedade da vida, a efemeridade e a angústia, são aspectos inerentes ao processo da morte e do morrer, e por isso são temas explicitamente evitados na nossa sociedade. Pensar sobre a morte e enunciá-la fora das esferas do tabu existente atual poderiam ajudar as pessoas a perceber a verdade e a presença marcante da finitude em nossas vidas (FREITAS, 2013).

O parto é um momento de risco, com possibilidades de complicações para a saúde da mãe ou do bebê, e até mesmo a ocorrência de morte. Portanto, é um momento em que se faz necessário muita informação sobre as possibilidades de evolução do parto e o passo a passo todo das a serem tomadas diante da situação do trabalho de parto. Procurando sempre salvaguardar o binômio mãe/feto, quando possível, e nos casos de urgências, orientar a necessidade da possibilidade de parto cesáreo. Expectativa que gerava preocupações sobre possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, como o fato de serem cortadas, de ficarem com cicatriz, com chances de um pós-parto mais difícil.

Percebe-se que as parturientes compreendem tudo quando lhes é explicado de forma clara. Mesmo que fiquem mais ansiosas, e com mais temor com relação a morte, sempre querem o melhor para si e seu bebê. É o que se percebe ocorrer com Begônia, Amarílis e Açucena, que sentiram um maior temor da morte no momento do parto por falta de informação sobre o que lhes estava ocorrendo, e ausência de preparação para o parto, as fez se angustiarem com esse momento, tornando-o mais sofrido do que poderia ter sido. Fornecendo-lhes sensações nada boas para aquele momento.

5.3.4 Não ser cuidado / respostas agressivas dos profissionais de saúde às pacientes

“Quando eu tenho que falar eu falo, mesmo. Igual a doutora falou. Ah, ninguém vai me obrigar a te costurar. Eu fiquei calada, né? Porque se eu fosse debater com ela naquele momento, ela podia fazer uma coisa mais grave em mim”
(ÍRIS).

“Bem. Fiquei com medo também, de não me darem muita atenção”
(GARDÊNIA).

“Eu até quis mudar de médica. Mas lá no meu bairro tem a médica da família. Ela é a médica da minha rua. Então como eu não consegui trocar, eu cheguei

e falei com a coordenadora do posto, conversei com ela. Ela disse que não ia fazer muita coisa. Que o único jeito era, se eu não estivesse satisfeita com minha médica, era fazer um abaixo assinado para tirar ela” (HORTÊNSIA).

“Quando eu tenho que falar eu falo, mesmo. Igual a doutora falou. Ah, ninguém vai me obrigar a te costurar. Eu fiquei calada, né? Porque se eu fosse debater com ela naquele momento, ela podia fazer uma coisa mais grave em mim” (IRÍS).

“Fiquei com medo da anestesia e de eles me deixarem de lado” (GARDÊNIA).

Assim, no momento do trabalho de parto e parto, as mulheres submetem-se de forma silenciosa e submissas a rotinas hospitalares rígidas, vivendo este momento sem harmonia, como relatado por Íris. Que mesmo se submetendo a situações angustiantes e que se caracterizou por sua inquietação e um receio grande. Essa ansiedade manifestou-se como um complexo de sintomas da angústia, podendo evoluir para sintomas comportamentais, como tensão, taquicardia e dispneia. Neste sentido, a ansiedade foi uma expressão da angústia represada (BORIS; BARATA, 2017).

Muitas mulheres possuem um imenso temor da instituição de saúde, assim como Gardênia em sua fala, por ser um local a qual não estão habituadas, onde ficarão sob o zelo de pessoas que não são de seu ciclo de confiança, gerando aumento de suas inseguranças no momento do parto. E assim ficam subjugadas aos profissionais sem muito preparo ético e emocional para esse momento, pois muitos profissionais da equipe de saúde, no momento do parto, desconsideram as subjetividades das parturientes e as suas diferentes formas de vivenciar os processos de trabalho de parto e parto e expressar suas expectativas. Esperam que essas mulheres tenham bons comportamentos frente à dor com atitudes como: não gritar, não se desesperar, obedecer às ordens e acatar os conselhos da equipe, e com essas atitudes não serem atendidas ou mesmo serem submetidas a diferentes tipos de violência, caso isso ocorra (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

As pacientes independentes da paridade responderam que no momento do parto mesmo sentindo dor, ficaram quietas e não agiram conforme a dor que seus corpos sentiam naquele momento, como eles solicitaram que se expressassem. E por medo da reação da equipe de saúde que cuidava dela, com medo que eles achassem que elas eram fracas, chatas e não lhes dessem a atenção necessária do momento, abandonando-as à própria sorte, não o fizeram. Medo de que o profissional médico pudesse fazer algo com elas, que prejudicasse sua saúde no futuro.

As primíparas por pensar que não vão suportar a dor de parir, se expressam. Mas mesmo quando expressam, não são escutadas. As múltiparas também o fazem, pois mesmo já tendo passado pela experiência de outros partos, relatam que cada parto, e cada bebê teve um significado, nos momentos de suas vidas. Fato, pois, que não diminui, nem muda suas expectativas diante daquele bebê e daquele parto em particular, para elas mesmo que entendam a dor física do parto, seu tempo de duração e seu desenrolar. Emocionalmente aquele parto, aquele bebê para elas, vem carregado de imensas expectativas, ilusões, decepções, esperança, amor e fé, podendo amplificar seus medos nesse parto.

Nagahama e Santiago (2008) e Tornquist (2003) ressaltam a importância de uma escuta acolhedora às parturientes frente às inseguranças ou à dor do trabalho de parto, por parte dos profissionais que as assistem. Essa escuta demonstra o respeito às diferentes formas de vivência e de expressão dessas mulheres, e são pontos muito importantes para uma atenção mais direcionada, individualizada, humanizada e de qualidade, que deve priorizar a melhoria da qualidade de atendimento e a formação continuada dos profissionais de saúde, respeitando a individualidade de formação desse binômio mulher-profissional de saúde.

Percebeu-se que o bom atendimento às gestantes depende das pessoas que as atendem, do humor, da boa vontade, do treinamento e de tantos outros motivos de cunho individual ou empregatício.

A qualidade do atendimento à paciente continua dependendo do profissional que a atende, da sua capacidade de colocar-se no lugar do outro, de perceber a dor e os anseios alheios. Dessa forma, mostra-se necessário que a qualidade do pré-natal, do parto e pós-parto seja desassociada de características pessoais dos profissionais.

O médico pode ter a qualificação necessária para realizar procedimentos como o parto e tantos outros, mas não é o detentor da verdade absoluta e não deve se posicionar como se o fosse. É preciso considerar a opinião da paciente, ouvi-la, fornecer informações mesmo quando elas não são solicitadas. É fundamental qualificar a escuta e o diálogo para trabalhar eticamente com o outro, que é seu ouvinte e principal fonte recebedora das informações do profissional. E assim não ocorreu com Hortênsia, que ficou “presa” no sistema de saúde, sem poder trocar o profissional que lhe fazia os cuidados pré-natais, sem suprir suas necessidades reais de informação, fornecendo-lhe maior segurança e confiança.

5.3.5 Do inesperado, do desconhecido

“Meu medo maior era ficar tendo contração demais e não chegar logo na hora de sentir aquela dor para nascer, ficar só naquilo. Porque eu cheguei, eu fiquei oito dias sentindo contrações fortes, com fortes dores tipo querendo botar para fora, aí quando eu vinha ainda estava com 1 cm, aí no outro dia eu voltei, e fiquei naquilo, aí demorou demais. Meu medo maior era demorar a chegar na hora H” (BROMÉLIA).

“Medo de doer atrás. E com medo de não saber cuidar dos pontos da cesárea” (GARDÊNIA).

“Fiquei com medo da anestesia” (AZALÉIA).

As primíparas sentiam mais temor, e este estava fortemente ligado ao fato de nunca terem passado pela experiência do parto. Principalmente por ser este um ambiente

desconhecido para elas, o ambiente institucional, e com pessoas as quais elas nunca tinham visto. Em muitas ocasiões isto explicava o fato que mesmo não entendendo o que ocorria, existia o medo e/ou insegurança em perguntar.

As múltiparas possuíam o mesmo medo, ainda que tivessem passado por outros processos de parto. Quando este se desenrolava de forma incomum ou diferente aos anteriores, para que apresentassem maior segurança nos procedimentos e/ou no desenrolar do parto, necessitavam que lhes fosse explicado de forma clara o que estava acontecendo com elas e seus bebês, para terem uma melhor ideia do resultado da situação em curso.

A vida monta um palco e revela um cenário, complexo ou não, atrás das cortinas. A substância que é lançada pelo cérebro em situações de medo e de curiosidade é a mesma, a adrenalina. O que varia é, qual é a mensagem que o cérebro envia ao organismo, e a quantidade da substância lançada ao nosso corpo, para uma reação a um impulso diante de um estímulo. Este estímulo pode ser um tumulto que evidencia uma história individual vivida, seja no passado ou futuro, e que se interligam, fazendo a pessoa experimentar uma estranheza em si, diante desta situação. O passado já foi, o futuro ainda não existe e o presente é um branco existencial baseado em um impulso à existência de sobrevivência (POKLADEK, 2020).

O medo pode paralisar ou provocar uma reação diante do perigo, dependendo do tamanho que a situação se apresenta e o que aciona esta escolha é o *existencial*, pois o homem como único autor e intérprete de sua vida é responsável por suas escolhas baseadas em sua necessidade de existir. E a forma como nós interpretamos e compreendemos como solução a importância de uma atitude ou não diante de um momento de medo, poderá nos induzir ou cancelar nosso plano de vida (POKLADEK, 2020). Dessa maneira “Cabe-nos uma ressignificação de nossas vidas, pois a tríade “mente-corpo-espírito” é mais forte que qualquer substância bioquímica, transcendem e desafiam os conhecimentos científicos” (POKLADEK, 2020, s/p., grifo da autora).

O temor e a insegurança da gestante em relação ao parto vêm desde o tempo mais remoto. Por tradição popular, o parto sempre foi aliado à ideia de dor, sofrimento, angústia e mistério. O momento do parto é como se fosse um salto no escuro, um momento imprescindível, irreversível, desconhecido, do qual não se tem controle.

Isto revela que estar sob os cuidados de uma equipe de profissionais especializados e experientes é importante, porém não é o suficiente. Os fatores emocionais, em geral, não são atendidos. A necessidade de contato humano, informação, competência técnica, segurança e participação mostraram-se indispensáveis.

Portanto o ato comunicativo tem como meta não apenas que alguém tome conhecimento dele, mas, também que sua mensagem motive a pessoa que toma conhecimento, a assumir uma atitude particular ou a desenvolver qualquer tipo de cautela e responsabilidade; fato este que pode ser averiguado por meio da verbalização.

5.3.6 Solidão

“Eu me senti sozinha. Eu me senti sozinha até certo ponto, porque teve um ponto em que veio várias médicas, em que ela viram que eu já estava muito cansada, aí veio muitas médicas e me deram força, foi logo que eu estava sentindo muita dor mesmo, que eu expliquei e falei e expliquei que eu estava com muita falta de ar aí elas vieram e ficaram conversando e teve uma até que me deu a mão, aí então me acalmei” (BROMÉLIA).

“Eu não vi diferença em ficar sozinha” (AZALÉIA).

De acordo com Tamayo e Pinheiro (1984), quando se define a solidão, devem-se considerar alguns aspectos como: a necessidade de isolamento; a presença de sentimentos indesejados e/ou desagradáveis; a falta de sentido e significado em sua vida e a dificuldade para relacionar-se. Assim concluiu-se que a solidão gera um sentimento e necessidade de alienação da pessoa em relação aos demais.

A definição de solidão enfoca a angústia, as dificuldades pessoais e o sofrimento que ela desencadeia, mas sem necessariamente apontar para o patológico. Entretanto, em uma perspectiva de pesquisa fenomenológica transcultural das correlações entre solidão e depressão, Moreira e Callou (2006) mostram em seu trabalho que a solidão, é intencionada como sinônimo de isolamento, bem como a experiência de morar só e a ausência de amigos. Também enfatizam a solidão associada à vida a dois, significando que está também emerge no processo de vivência de viúvas, de homens separados e na relação de mulheres com maridos ausentes. Portanto, seu sentido está ligado à falta de relacionamentos sociais como possível etiologia e consequência da solidão (MACEDOCOUTO; SILVA JUNIOR, 2017).

Toda essa situação reflete em uma construção frágil nas atuais formas das relações humanas, deixando de lado a capacidade de viver em sociedade, com relações socioafetivas e culturais mais profundas e baseadas em uma herança estruturada e perpassada de “pai pra filho”, boca a boca, na educação familiar que é culturalmente alicerçada. Para relacionamentos frágeis e superficiais que desabam a qualquer dificuldade, gerando uma juventude com um imenso sentimento de solidão, por não possuir um alicerce sociocultural e familiar em que se segurar para passar por uma situação árdua e desgastante como a gestação e o parto. Deixando o processo de parir ainda mais doloroso (MORAES *et al.*, 2015).

Um dos grandes pontos geradores de insegurança para as gestantes foi a possibilidade de não ter a companhia de pessoas conhecidas durante o trabalho de parto (o que implicaria em ficarem sozinhas com a equipe da Maternidade no momento do nascimento do bebê). Questão que para Bromélia foi sentida imensamente, pois com a exaustão do trabalho de parto e a sensação de estar sozinha num local estranho poderia ter sido um complicador do parto, que não ocorreu, devido ao acolhimento da equipe do hospital, que a acalmou e ajudou a passar por esse momento. Fato que para Azaléia foi indiferente. Portanto, a relevância da presença de alguém de confiança das parturientes varia de acordo com suas expectativas do parto, de si e da própria instituição de saúde.

5.3.7 Criança morrer

“Até quando eu achei que fosse aguentar mais o médico veio, fez o corte. Porque ela voltou duas vezes, então se ele não tivesse feito isso àquela hora sei lá. Ela podia ter sufocado, a placenta poderia ter vindo junto, não poderia ter sido bom. Poderia ter acontecido uma coisa pior, porque eu já não estava aguentando mais” (HORTÊNSIA).

“Eu tinha medo de perder porque demorava muito de mexer. Apesar de eu ter sido mãe de outros filhos a gravidez nunca é a mesma, nunca é igual né? Demorava muito de mexer, eu queria ouvir o coração, ela dizia que não podia ouvir. Que eu tinha que ir só na consulta. Etc. e tal. Não tirava aquela... não me dava aquele conforto. Aí eu tinha medo de perder meu neném, porque ele demorava muito de mexer. Aí eu ficava naquela expectativa” (GERÂNIO).

“Na hora do parto tive muito medo da minha filha morrer. Eu sabia que ela podia nascer prematura” (JASMIN).

Infelizmente a barriga da gestante não é transparente, para poder ver o que ocorre com o bebê em seu interior a todo o momento, e principalmente no parto. Um momento de tantas incertezas e inseguranças. Para dessa forma, oferecer uma gama maior de informações às gestantes e parturientes, atenuando suas angústias e estresses, diminuindo a sensação de finitude, que as arrebatava, gerando uma grande sensação de terror de perder seu conceito a qualquer momento.

O que as gestantes e parturientes não percebem sobre a finitude – talvez por pensar que teriam maior controle da situação se vissem seu bebê em seus braços – é que apesar de elas estarem vivendo esse momento de dar uma nova prole ao mundo, esta é real e nos acompanha em toda nossa existência, desde a concepção.

As parturientes que tiveram dois filhos ou mais, possuem uma melhor compreensão da experiência do parto como procedimento que envolve inúmeras variáveis, bem como da atuação da equipe médica. Mesmo já tendo passado pela situação anteriormente, as mães não a percebem como sendo iguais. E assim as inseguranças também as acompanham nesta e em qualquer outra gestação que elas venham a ter, inclusive a de perder seu bebê ainda na barriga.

5.3.8 Ficar exposto

“Foi muito difícil chegar e ir já ganhando. Eu fiquei muito constrangida. Pois na hora eu estava com muita dor. Aí eu disse pro moço que faz a ficha, eu disse pra ele, poxa, mas eu tô sentindo muita dor. E ele disse: eu não posso fazer nada, só tem um consultório. Poxa aquilo me deixou tão triste. Se me mandasse entrar pelo menos, né? Pra eu sair da frente dos vigilantes. Como eu ia fazer? Um homem sentado olhando pra mim, outro homem em pé na porta e outro homem em pé lá fora. Que, que eu ia fazer? E se meu bebê nasce ali? É um momento muito sagrado o nascimento. Eu fiquei muito constrangida naquele momento” (ÍRIS).

“[...] o corpo é a medida da nossa experiência no mundo e, portanto, referência primeira de conhecimento” (NÓBREGA, 2010, p.15). Portanto para Íris este momento de muita exposição, ofendeu a tudo que aprendeu com seu corpo e o sentido dele. Que é de se manter coberto e somente descoberto e tornar-se público ao parir, em momentos de extrema necessidade, ou em sua intimidade. Naquele momento ela encontrava-se sujeita a maus tratos por parte de profissionais de saúde, além de não ter sua privacidade e a de seu corpo respeitados. Essa situação a deixou com medo e vergonha. E por fim extremamente triste e decepcionada com a Maternidade e seus profissionais.

5.4 SENSAÇÕES NA VIVÊNCIA DO PARTO

Durante o trabalho de parto a mulheres apresentam as mais diversas sensações, que

vão do temor a tudo e todos que estão a sua volta, a sensação de imensa alegria, surpresa, felicidade e alívio da dor do parto, que muitas chegam a esquecê-la quase que imediatamente após o parto tendo seu bebê no colo. Conforme retratado na Tabela 3.

Tabela 3 - Sensações na vivência do parto

EIXOS TEMÁTICOS	SUBEIXOS
Sensações no parto (de)	Temor *
	Alegrias / Felicidade / Melhora da dor / Alívio
	Surpresa
	Tristeza/ Decepção com os Profissionais de Saúde/ Decepção com a Instituição de Saúde
	Responsabilidade
	Fé/Sagrado

Fonte: Elaborada pela autora.

* O temor foi uma sensação descrita de tantas formas pelas parturientes que acabou sendo categorizada a parte, com maior detalhamento deste.

A doença é uma experiência que desorganiza a atitude natural do ser diante do mundo, o ato de narrá-la, oferece um meio de dar significado à experiência e ordená-la (FORGHIERI, 2002). A gravidez e o parto, mesmo não sendo vistos como uma doença afetam a relação das mulheres com seu corpo, sua subjetividade e suas relações sociais, de forma que suas histórias dão sentido a essas mudanças, pois são vivenciadas dando um significado diferente para cada uma, onde adquirem um sentido diferente para essa experiência, que se encontram relacionada às suas próprias maneiras de existir.

Durante as entrevistas e anotações de campo as principais sensações descritas pelas parturientes foram: a felicidade de ter um novo ser consigo, geralmente acompanhada do alívio e melhora quase que imediata da dor do parto, após ele. A surpresa de ter conseguido passar pelo parto.

O importante ao descrever os relatos dessas mulheres é lembrar que embora cada um de nós apresente peculiaridades do *ser* ao existir, todos somos seres humanos semelhantes, existindo num mesmo mundo, e esta estrutura comum é o que nos possibilita nos compreender e nos conhecer uns aos outros (BINSWANGER, 2002).

Portanto, a descrição baseia-se em formulações e interpretações baseadas na Fenomenologia existencial, com um movimento de vai e vem de envolvimento existencial e distanciamento reflexivo. E da Fenomenologia social relembrando constantemente que essas mulheres são o produto de um meio sociocultural e econômico que forjou suas crenças e comportamentos mediante situações, como o parir e em determinados locais, nesse caso a instituição Maternidade de Carapina.

5.4.1 Temor

O temor é uma sensação tão intensa e inebriante, e que foi relatada em mais de uma fala, por todas as entrevistadas, e das mais diversas formas, portanto se fez necessário sua colocação com categoria, e que foi explanada anteriormente.

5.4.2 Felicidade/alívio/melhora da dor

O nascimento do(a) filho(a) foi relatado por Magnólia e Begônia como um instante de conforto durante o processo parturitivo. A experiência foi associada ao fato de poder ver, ouvir ou tocar o(a) filho(a) pela primeira vez, quando ele foi colocado no contato pele a pele sobre ela (Anotações em Diário de Campo), bem como a uma sensação de alívio pela cessação das dores do trabalho de parto e parto.

“Depois que ela nasceu eu senti alívio. Alívio da dor, do medo, dela ter nascido bem, com saúde, perfeita assim. Foi um alívio muito grande” (MAGNÓLIA).

“Não senti mais nada depois do parto. Só um alívio e aquela dorzinha do útero quando ele vai contraindo” (BEGÔNIA).

Uma questão importante foi o fato de terem conseguido passar pelo parto normal, mesmo com a dor, muitas vezes relatada como um alívio completo após o parto. Sensação compartilhada por Íris e Begônia. Como se qualquer dor que viesse após pudesse ser enfrentada sem qualquer temor, pois o pior já tinha passado e o mais importante o bebê tinha nascido bem e com saúde perfeita. Sensação ratificada por Gardênia e Jasmin.

“Ah, eu me apaixonei por ela” (GARDÊNIA).

“Eu me arrependi de ter ficado grávida, porque não passava pela minha cabeça, nada disso. Depois que eu vi ela pela primeira vez, eu me apaixonei” (JASMIN).

Quando foi observada a felicidade estampada na face de Jasmin e Gardênia ao descreverem como foi ter seus bebês em seus braços – fato que constava em minhas anotações em diário de campo –, pois mesmo que ambas não tenham planejado a gestação, e não tenham feito um pré-natal considerado adequado e é preconizado pelo MS. Elas foram capazes de enfrentar todas as situações que surgiram diante delas, de forma a ter como fim uma situação de saúde para si e seus bebês. Esse fato nos leva a questionar o quanto os pré-natais oferecidos pelo município de Serra estão sendo eficazes na preparação das mulheres para o momento da parturição. Visto que mesmo sem o preparo adequado Jasmin e Gardênia gestaram e pariram e deram a luz a seus bebês.

Mesmo que Jasmin tenha parido um bebê prematuro, que ficou internado três semanas até ter o peso para alta (Anotações em Diário de Campo). E que Gardênia fosse “portadora” de sífilis não diagnosticada antes, por não ter feito nenhum exame laboratorial de pré-natal (Anotações em Diário de Campo), e o recém-nascido tenha sido “portador” de sífilis congênita neonatal e ficou 10 dias internado para o tratamento antibiótico.

Pergunta-se: caso o pré-natal tivesse sido realizado de forma adequada, essa realidade poderia ter sido diferente, e os recém-nascidos receberiam uma alta mais precoce? Mas

será que com o atendimento pré-natal adequado, teria sido mais eficaz o comportamento das duas diante do parto?

Assim nesse momento de suas vidas Jasmin e Gardênia se orientaram pela função simples do que trouxeram de sociocultural herdado de suas vivências até aquele momento e assumiram o importante papel de mulheres que estavam a realizar a função existencial de colocar um novo ser no mundo, deixando de serem filhas para virem a se tornar mães, e pessoas responsáveis pela existência de um novo ser no mundo.

5.4.3 Surpresa

Assim visualizamos como o parto é um momento importante no processo de transição para a maternidade. Por ser o momento em que mãe e bebê vão, finalmente, poder se encontrar frente a frente (LEBOVICI, 1987). E promovendo subsídios para o fortalecimento do vínculo afetivo. Neste curto período, a mãe visualiza seu bebê pela primeira vez, reconhecendo-o como parte de si mesma. Os sentimentos de alívio e felicidade podem surgir associados à superação da dor, surpresa e do medo e à recepção do filho em seus braços, tal como idealizado durante a gestação (MARCIANO; AMARAL, 2015).

Para a mulher, portanto, é o instante de se deparar com seu bebê real, e que provavelmente será diferente do sonhado bebê imaginário, idealizado durante a gestação (RAPHAEL-LEFF, 1997). Também é o ápice de se deparar com um produto seu, do seu corpo, que mostrará ao mundo sua capacidade de gerar uma criança.

“Eu fiquei surpresa, pensei que o parto fosse uma coisa bem pior e eu consegui suportar a dor” (AMARÍLIS).

A intensidade da experiência do parto necessita ser colocada pra fora, seja porque não cabem nos corpos das mulheres, seja pela necessidade de provar para alguém que foram capazes de fazer algo que muitos duvidavam. No caso de Amarílis foi de mostrar para si

e para o mundo que conseguiu passar pelo parto e todas as dores físicas que este lhe impôs, fazendo-a ver a força tamanha que possuía e não tinha conhecimento. A surpresa foi tamanha que nem mesmo ela acreditava que o tinha conseguido realizar. Além de suportar toda a dor, o mais importante e essencial foi suplantá-la, inclusive postou em suas redes sociais fotos de seu bebê logo após o parto (Anotações em Diário de Campo).

Portanto fosse para se exaltar diante dos outros a própria existência e identidade, ou fosse para se exibir publicamente mesmo, narrar a experiência do parto pela qual passara, foi uma necessidade e transbordou por seu corpo, se expondo através de sua fala.

O público e o privado foram separados com o tempo, explicado através da própria história da mulher e do parto em si, demonstrando que na experiência do parir os dois, meio que se misturam através da exposição do corpo.

Atualmente com todas as mudanças e reconstruções de contextos e papéis sociais, o que marca nesse comportamento/emoção, é a construção cultural que as mulheres possuem. Permitindo-lhes atualmente expor, de maneira tranquila e espontânea no meio público, o que antes era privado, seja postando algo em suas redes sociais sobre seu parto, ou simplesmente contando sua experiência (CARNEIRO, 2015).

5.4.4 Tristeza/ decepção com os profissionais de saúde/ decepção com a instituição de saúde

“Eu sei que vocês têm que descansar, que chega muita gente que não é parto, tá. Mas quando chega uma pessoa e vai tratando a gente assim. A gente não tem culpa de estar sentindo isso. Não pode chegar lá do seu quarto, já vai chegando nervoso. Abre essa perna aí. Vamo, vamo, vamo. Se você não quiser vou te deixar ganhar sozinha. A gente não pediu pra passar por aquilo ali. Eu fiquei muito chateada. Ai, quando acabou o parto me deu vontade de

chorar. Num momento tão sagrado, tão importante na nossa vida, e a gente é tratado assim” (ÍRIS).

[...] a essência dessa decepção e desse terror, não é senão o fato de a harmonia com o mundo exterior e com o mundo do outro, harmonia que até então fora [a sustentação de Íris, recebeu tamanho] [...] impacto que a fez vacilar. Num tal instante, nossa existência é realmente afetada, arrancada de seu apoio sustentador no mundo e jogada de volta a ela mesma. Até encontrarmos novamente um ponto de apoio firme no mundo, toda nossa existência irá se situar na direção de sentido que é a do tropeço, do afundamento, e da queda (BINSWANGER, 2002, p. 418)

“Esse hospital aqui eu achava mal. Todo mundo fala mal daqui. Que aqui o pessoal é muito carrasco. Teve uma médica magrinha que foi rude comigo” (CAMÉLIA).

“Eu não tinha referência boa, porque quando eu tive o aborto antes, eu fui muito mal atendida aqui” (BROMÉLIA).

O momento do parto é idealizado de diversas formas pelas mulheres, que muitas vezes ao vivenciar esse momento, veem suas ilusões se desfazerem em situações negativas como o que ocorreu com Íris, Camélia e Bromélia. Passando a se tornar uma experiência com um cunho negativo. E muitas vezes transferindo para o parto e não somente para a experiência com a instituição em si, como uma situação que deve ser lembrada e repassada como uma referência negativa, cheia de momentos ruins, e sem momentos bons.

Pois o cuidado com a mulher durante o trabalho de parto e parto, não deve ser reduzido apenas ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, mas também envolver, a preocupação, o interesse, a motivação, a gentileza, o respeito e consideração pelo ser cuidado. Havendo dessa forma, a intencionalidade de promover o bem-estar, de manter esse ser seguro e confortável, de oferecer apoio, de minimizar riscos e reduzir a sua vulnerabilidade naquele momento (ARAÚJO, 2017; MARCIANO; AMARAL, 2015).

A percepção aos cuidados condiciona a um atendimento personalizado por parte dos profissionais de saúde; que valoriza a vivência das mulheres com seus sentimentos negativos por falta de explicação dos procedimentos ou por não entenderem o que se passa ao seu redor.

Com um maior entendimento dos profissionais de saúde sobre a estrutura familiar e o local de onde as parturientes vêm; à preservação da privacidade, bem como à sua autonomia; à vivência do parto torna-se um ambiente mais confortável. Todavia sem um entendimento dos aparelhos e utensílios do ambiente hospitalar, e para que servem, assim como a ausência de orientação das emergências no parto, esclarecendo o que realmente está a acontecer. Amplia-se a sensação de insegurança e temor.

Como um facilitador, o profissional de saúde é essencial para que a vivência do processo de parto seja uma experiência única e maravilhosa na vida da mulher, uma assistência abrangente, na qual a mulher sinta-se acolhida e receba orientações que a ajudem naquele momento de vida e incerteza.

A relação com médicos e outros profissionais no hospital é na maioria das vezes um lugar de muita tensão, pois a interpretação desde um comentário, que pode desagradar, as regras a serem cumpridas que atrapalhem até o modo como o obstetra e sua equipe se portam durante o parto, são momentos de choque de conceitos e de com cada ser humano possui suas convicções construídas, diferenciando o comportamento de cada gestante no momento do parto. É no hospital, e principalmente na sala de parto, onde a mulher se torna mãe sob o olhar e avaliação pública e institucional, recebendo crítica ou apoio dos profissionais e familiares presentes, ocorrendo narrativas do parto, como a história das coisas que não podem ser controladas.

Algumas mulheres relataram terem sido submetidas diversas vezes às decisões dos médicos, com pouca ou nenhuma discussão com elas sobre o que elas queriam e/ou desejavam. As gestantes mais jovens, e/ou primíparas, apresentavam a narrativa de que as interações de acolhimento com a instituição/hospital, não aconteciam como elas

esperavam ou imaginavam, pois vinham acompanhadas de expectativas e sentimentos, como uma idealização do momento do parto tomada como medida da experiência, e que não ocorriam como planejado em seus pensamentos (REZENDE, 2019b).

5.4.5 Responsabilidade

“Eu tive medo só das dores no parto, o resto foi tranquilo. Mas depois que minha filha nasceu comecei a ter medo da obrigação. Ter responsabilidade. Começar a pensar nas coisas antes. Ter uma filha para criar” (AMARÍLIS).

“Se ele vai ficar comigo eu não sei, eu sei que eu e meu filho não precisamos dele para viver, se precisar vou criar ele sozinha” (FRÉSIA).

Amarílis percebeu o peso da responsabilidade de ter outra pessoa dependente de si, fato que despertou seu senso de proteção e responsabilidade para fazer o que é esperado socialmente dela, que assumisse essa responsabilidade e passe a direcionar suas energias para esse novo objetivo de vida, que é criar sua filha da melhor maneira possível.

Fato que para Frésia não fez uma diferença tão grande, pois ela já carregava a responsabilidade de cuidar de si, e cuidar de um novo ser seria realizado naturalmente. Demonstrando que mesmo as duas sendo mães de primeiro filho, ambas tinham tido experiências de vida diferentes (Anotações em Diário de Campo). Enquanto uma iria iniciar a experiência da responsabilidade por outro ser e por consequência, por si, a outra já exercia esse papel de forma eficiente para si.

As duas perceberam que a maternidade no final, acarreta grandes responsabilidades, pois não serão mais somente elas sozinhas na vivência de suas escolhas no mundo, mas envolverá uma outra pessoa que estará presente a partir do momento do parto em maior parte, senão em toda sua caminhada. E que nesse momento é completamente

dependente delas. Uma experiência de parto que por fim tornou sua experiência de se tornar uma pessoa com real responsabilidade pela vida de outro ser.

5.4.6 Fé/sagrado

“Assim minha médica não soube me explicar como funcionava a diabete no neném. Então toda informação que eu tive foi na internet. E quando a gente lê, o que pode causar no neném, que a paciente pode ter eclampsia. Então é muito assustador não ter uma pessoa assim pra te preparar antes. Então eu me apeguei primeiramente em Deus, na minha fé e meu esposo e minha outra filha também me ajudou muito” (HORTÊNSIA).

O apego ao sagrado ocorre em situações que a resolução, ou o bom andamento, de suas gestações e parto, não dependem mais delas para se resolverem. São situações em que mesmo que pudessem gritar aos sete cantos suas aflições. Todos saberiam, poderiam até apoiá-las a passar por tudo, mas somente alguns poderiam efetivamente resolver as complicações que por acaso viessem a ocorrer.

“No mundo que nós estamos hoje, as pessoas perderam o amor de Deus. Eles acham que eu estou ganhando meu dinheiro vou fazer da forma que eu quiser. Mal sabem eles que não estão fazendo uma coisa boa. Porque o parto é Deus quem dá pra gente. Aquele momento é um momento sagrado. Você está dando colocando uma pessoinha no mundo” (ÍRIS).

Íris descreve o parto como um momento sagrado, pois é um momento em que um novo ser vem ao mundo. Portanto deveria ser respeitado e glorificado. E não desrespeitado e tratado como um estorvo.

“Eu não tenho explicação. Antes de ficar grávida dela, meu filho chegou pra mim, e ele estava começando a ir pra igreja, e disse. Olha mamãe o senhor

vai dar outro bebezinho pra nós e vai ser menina. Ai, de repente eu fiquei grávida, e quando ele me disse isso ele só tinha três anos” (BROMÉLIA).

Outra questão que chamou a atenção foi a imensa ligação das mulheres/mães com Deus e o sagrado. Seu apego a Ele principalmente, em situações que elas não podiam controlar. Quando suas vidas e a de seus bebês estavam em mãos de terceiros. Ou quando algo inexplicável aconteceu em suas vidas, como o que ocorreu com Bromélia. Nesses momentos somente sua fé lhes dava paz e segurança.

O parto é um momento carregado de significados particulares, sociais e familiares. A gestação e o trabalho de parto, assim como o pós-parto e o resguardo, são momentos de muita preocupação por parte da mulher, que se encontra fragilizada e precisa ser cuidada.

5.5 A PERCEPÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (INFRAESTRUTURA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO PARTO)

As parturientes trazem uma série de expectativas para o importante momento de suas vidas, seu parto. São criadas nas suas mentes, e de seus familiares várias alusões ao parto e a instituição que as receberá. Como será o grande momento? Como serão os profissionais que ficarão com ela no trabalho de parto? Quais serão seus sintomas? Suas emoções, dores e inseguranças serão ouvidas? Todas essas perguntas vêm às suas mentes, desde o momento que iniciam seus sintomas do trabalho de parto. E em especial como serão cuidadas nessas instituições.

São expectativas que podem evoluir com boas vivências, ou seja, ocorrendo dentro do que foi imaginado e esperado por todos. Ou não, gerando decepção e constrangimentos seja com os profissionais, a Instituição ou ambos.

Tabela 4 - Percepção da instituição de saúde (infraestrutura e profissionais de saúde, importância do acompanhante no parto)

EIXO TEMÁTICO	SUBEIXOS
Despreparo dos	Médicos, enfermeiros e técnicos no parto e no apoio a paciente – Representação Institucional
	Profissionais de saúde no acolhimento/recepção a paciente ao chegar na maternidade
	Funcionários das enfermarias da Maternidade para o acolhimento das dúvidas e aflições das parturientes

Fonte: Elaborada pela autora.

5.5.1 Médicos, enfermeiros e técnicos no parto e no apoio a paciente: representação institucional

“Eu não tinha referência boa porque eu tive um aborto e fui muito mal atendida aqui. No aborto, se eu for procurar, ninguém até hoje me deu uma explicação. Eu fiquei vindo aqui 15 dias, mais ou menos, com sangramento e muitas dores. Aí eu vinha sempre pra eles me olharem e tal. E eu tinha sempre que guardar repouso total. Mas que repouse era esse, sendo que eu tinha que voltar todo dia, vindo de ônibus. Tanto que quando eu tive o aborto lá, que o bebê saiu, eu fui para a consulta de rotina, que era do pré-natal que eu ia ter no dia. Aí eu tive contato com uma colega e expliquei, ai ela disse para eu não fazer isso e ir pro hospital” (BROMÉLIA).

“A minha visão da maternidade foi boa, me explicaram mais ou menos sobre o porquê eu fui operada” (VIOLETA).

“Alguns aqui são bons outros não. Teve uma médica magrinha que foi rude comigo, tinha umas enfermeiras boas também, uma segurou ele pra eu almoçar, outra me trouxe aqui embaixo e cuidou de mim. Me ensinaram a dar mamar a ele. E viram se eu estava bem” (CAMÉLIA).

“Os médicos são bem atenciosos, quando vão atender a gente na cama, fala as coisas direitinho. Agora os plantões aqui embaixo, tem hora que uns são bons e outros são ruins. Tem hora que uns falam algumas coisas e outros falam outras. Que nem ontem à noite, aqui não tinha ninguém na enfermaria. Tinha uma enfermeira aqui só. Se alguém passasse mal ou tivesse alguma coisa aqui. Claro que a gente ia correr e socorrer. Mas só tinha uma” (GERÂNIO).

“Na hora que eu entrei pra sala as médicas me colocaram pra fazer a força. Fiquei mais tranquilizada. Não pensei que ia ter esse apoio. Pensei que as médicas iam me deixar de lado. Porque eu fui em outro hospital, as médicas me trataram com ignorância. Perguntaram se eu era usuária de droga, pelo fato de eu engravidar cedo. Tinha uma moça morrendo de dor lá, e elas nem aí pra ela” (AMARÍLIS).

O contato com a Instituição pareceu melhorar a visão que as usuárias possuíam sobre ela, mas no caso das entrevistadas, mesmo o bom atendimento não esmoreceu a visão negativa que possuíam do que provém do SUS. A certeza sobre a precariedade da Maternidade parece estar sedimentada em seu imaginário, talvez seja pelo seu uso pontual e esparso que fazem desta, ou talvez por uma disposição quase visceral de desacreditar no que é público no Brasil. Algumas entrevistadas tinham uma visão negativa da Maternidade de Carapina, e nas ocasiões em que tiveram o contato com a necessidade de seu atendimento, relataram experiências inicialmente com certa

hesitação, que cedeu após o contato com os diversos profissionais atuantes na Instituição, que mesmo sem uma rotina firmada, como relatada. Demonstrou um resultado positivo para a maioria das parturientes (BACKES *et al.*, 2009).

5.5.2 Profissionais de saúde / recepção no acolhimento a paciente ao chegar na maternidade

“Foi ótimo porque me acalmaram bastante no parto” (JASMIN).

“Não posso reclamar não. Não posso dizer que foi uma mil maravilhas, não foi não. Mas as enfermeiras, as médicas, o médico foram muito atencioso” (HOTÊNSIA).

“Foi o que eu falei você tem que ser bem tratada. Igual na hora que eu cheguei a enfermeira falou você tem que deitar pra ser examinada. Aí eu disse eu sei que eu tenho que deitar, mas será que você pode esperar uns cinco minutinhos? Falei com ela com carinho, entendeu? Aí ela falou comigo com carinho. Mas aí, ela começou a me ignorar, aí eu comecei a ignorar ela também. Eu traduzi pra ela de outra forma entendeu? Que eu estava sofrendo muito” (ÍRIS).

Ao falar-se sobre o acolhimento às parturientes na Instituição de saúde, estamos falando em despreparo. Quanto ao acolhimento e seguimento das pacientes gestantes, no pré-natal e no momento do parto, estamos fazendo quase que um mapa da inabilidade de uma maneira geral que esse sistema não possui para realizar as funções mais básicas, que deveria trabalhar. Conforme o que institui o atual Programa de Assistência à Saúde da Gestante e do Recém-nascido. Mas onde estaria a raiz desse problema? No *despreparo* dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e toda equipe que faz o apoio a essa imensa rede de assistência? Nas pacientes que muitas vezes não usufruem do que o sistema lhes oferece? São muitas dúvidas, e poucas respostas e soluções a esses questionamentos.

As observações das mulheres usuárias da Maternidade não fogem a esses questionamentos, pois as sensações que elas tiveram foram exatamente essas, de despreparo de alguns profissionais de saúde, seja por falta de conhecimento, arrogância no comportamento, ausência de rotina no serviço. A Maternidade ainda é insuficiente quanto ao treinamento de seus funcionários, principalmente com relação ao acolhimento a essas mulheres, em todos os setores, desde a recepção até as enfermarias de pós-parto, passando pelo pré-parto e admissão. E não mantém uma rotina contínua de condutas de seus integrantes, visualizada principalmente na área voltada ao cuidar da gestante no momento do parto e da puérpera e do recém-nascido.

5.5.3 Funcionários das enfermarias da maternidade para o acolhimento das dúvidas e aflições das parturientes

“Desse hospital aqui eu achava mal. Todo mundo fala mal daqui. Que aqui os pessoal é muito carrasco” (BROMÉLIA).

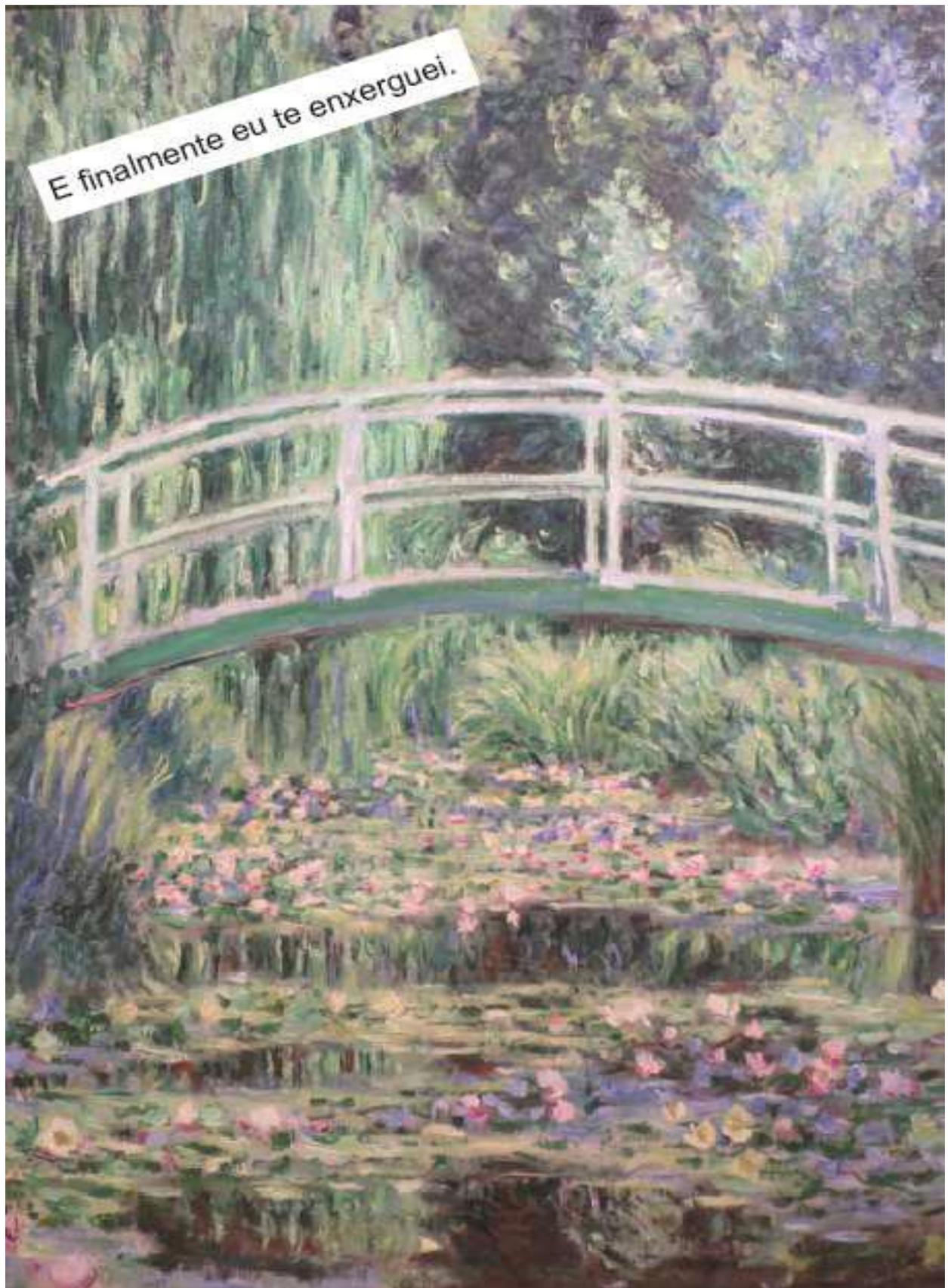
“Alguns aqui são bons outros não. Teve uma médica magrinha que foi rude comigo, tinha umas enfermeiras boas também, uma segurou ele pra eu almoçar, outra me trouxe aqui embaixo e cuidou de mim. Me ensinaram a dar mamar a ele. E viram se eu estava bem” (CAMÉLIA).

“A maternidade por si é boa, né? Os plantões às vezes é que são chatos. Porque nem todo mundo segue as regras dos plantões. Tem vezes que uma hora uns são bons, tem vezes que outros são ruins” (GERÂNIO).

Como foi observado, e questionado pelas parturientes foi o fato da falta de regularidade de uma rotina no comportamento e atuação, algumas vezes até pouca ética dos profissionais de saúde, levando a alguns transtornos nos partos e puerpérios das entrevistadas. Mas o fato é que existem profissionais com excelência em sua atuação e que se comportam eticamente conforme o que lhes é solicitado quando é necessário,

realizando suas funções de acolhimento, atuação profissional e identificação da parturiente como outro ser humano que deve ser apoiado e cuidado nesse momento de maior exteriorização das mais diversas emoções, especialmente porque assim como seus corpos encontram-se expostos, toda sua carga cultural e comportamental mediante esse evento também.

Portanto essas mulheres nesse momento tão especial e vulnerável de suas vidas clamam por serem cuidadas, por pessoas, assim como elas. E que as respeitem como seres humanos, com vivências e histórias socioculturais a serem respeitadas e valorizadas neste momento com zelo e atenção.



6 O DESVELAR DOS VÉUS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo abrangente sobre o desvelar da compreensão das mulheres, de como se mostra aos seus olhos os momentos da gestação, e em especial do parto em uma instituição de saúde, que lhes acolheu com esta finalidade. Neste caso do estudo, a Maternidade de Carapina, no município de Serra, utilizou essa amostragem como referencial populacional de amostragem geral, quanto às características socioeconômicas e culturais para esse objetivo.

Essa pesquisa foi realizada com 16 mulheres com idade entre 17 e 43 anos internadas na Maternidade, que me permitiram que as entrevistasse e participasse de seus grupos de apoio que aconteciam espontaneamente entre elas para conversas informais sobre todos os assuntos que tinham dúvidas, numa grande troca de experiências.

Após a transcrição e leitura das entrevistas, observei/percebi que dos sentimentos que afligem essas mulheres, a falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre o que elas sentem e creem ao parir, fato que faz com que muitos destes tratem com desrespeito toda essa bagagem sociocultural, que pode gerar uma atitude de violência as crenças pessoais destas. Tratando como cultura popular; coisas de sua mãe e avó, ou coisas antigas; e com desrespeito a toda essa bagagem sociocultural que essas mulheres trazem consigo para o momento do parto, fundamentando suas emoções e comportamentos. Situação que as leva a passar por experiências que levam ao surgimento de novos aprendizados que podem melhorar a aceitação do conviver com a gestação e o parto ou exercer um papel crucial na piora da mistificação sobre as grandes mazelas, que é passar pelo processo do parto.

O processo que gera a formação e/ou piora de um abismo entre os profissionais de saúde que vão fornecer o cuidar a essas parturientes e o desejo/permissão de se deixarem ser cuidadas por essas pessoas que violentam suas crenças existências, resultando em um ato de violência a si mesmas.

A pesquisa também intentou descrever a profundidade de entendimento que essas mulheres possuíam sobre a estruturação e o funcionamento da instituição de saúde, e como elas se enxergaram parindo nesta. Observar se elas compreenderam suas sensações neste ato e nos atendimentos aos seus partos, pois somos seres estruturados basicamente em nossas experiências sensoriais, somos guiados por nossos instintos de sobrevivência, para nos certificarmos se adotamos ou não algum tipo de comportamento ou atitude. Essas informações são passadas através das gerações de formas conscientes ou não, em nossos ambientes familiares, de convívio social, como nas escolas e templos religiosos, moldando nossa bagagem sociocultural e comportamental. Fato que nos faz ser quem somos e com quem nos identificamos.

As instituições de saúde com a utilização dessas informações, construídas com intercâmbio entre estas e as Unidades Básicas de Saúde, e colhidas durante o pré-natal. Com uma rede inter/multidisciplinar construindo um perfil sociocultural comportamental da população atendida, para no acolhimento ao parto a Maternidade possa fazê-la de maneira mais individualizada e direcionada para cada parturiente, tornando o atendimento mais eficaz. E principalmente criando uma grande rede de *feedback* de informações nas equipes multidisciplinares, diminuindo a tensão no local onde ocorrem as maiores divergências de comportamentos, atitudes e condutas, a sala de parto. Melhorando a atuação conjunta de todos os profissionais envolvidos na atuação da gestação, parto e pós-parto, desde seu acolhimento até a alta hospitalar da mãe e do bebê.

Assim faz-se um grande sistema de alimentação e retroalimentação de informações das gestantes atendidas pela Instituição de Saúde, e conseqüentemente do próprio funcionamento da Instituição, para que assim possa fazer um melhor controle de qualidade de atendimento e satisfação, atuando e treinando os profissionais, de forma direcionada e mais eficiente.

Também criando meios para que as gestantes possam conhecer as instituições onde vão ganhar seus bebês. Através de visitas marcadas e guiadas com os profissionais de saúde

das instituições. Para que elas possam conhecer como funciona a estrutura destas. Orientando-as sobre a atuação de cada setor, explicitando de forma clara o fluxograma de atividade da Maternidade. Para onde a paciente vai quando interna, e o que ocorre em cada setor e os profissionais que dão suporte a eles, mostrando como qual é o papel de cada um dentro da engrenagem de funcionamento da Instituição. Para que assim a gestante diminua um pouco de suas ansiedades e temores.

Se as mesmas sentiram-se competentes em realizá-lo como idealizaram, ou se, apresentaram sensações que pensavam ser não colaborativa, caso pensassem não estarem se comportando como os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem desejavam, elas seriam então as causadoras de todas as consequências negativas das intervenções médicas e de enfermagem a qual seriam submetidas.

Permitiu visualizar que a experiência de viver neste universo em que as mulheres imergem ao gestar e parir, e a importância que as influências socioeconômicas e culturais exercem em seu o comportamental nessas situações de exposição, algumas mais extremas que outras, de seus corpos e emoções.

Neste processo de observação, a dor foi um fator de extremo incômodo para todas as entrevistadas. O temor da dor não foi a questão de maior incômodo, mas sim o desconhecido. Advindo da pouca comunicação entre as parturientes e os profissionais de saúde sobre todo o quadro evolutivo do processo gestacional e parturitivo, sanando suas dúvidas e explanando sobre quais seriam possíveis medidas adequadas a cada passo dele. Incluindo as mulheres em suas gestações e partos. Foi esse o vetor que piorou ainda mais suas angústias.

A importância de compreensão desse fenômeno é essencial para uma melhor visualização dessas mulheres, de como estas realmente são, e assim entender seus comportamentos, fazendo com que as condutas institucionais se tornem mais humanizadas e eficientes para elas. Melhorando a humanização em sua recepção na

Maternidade, tirando suas dúvidas sobre o que ocorre em cada passo de seu trabalho de parto. Orientando-lhes melhor sobre cada etapa desse processo de parturição para que elas entendam que são as atrizes principais nesse palco do ato do parir, e que toda atenção estará sempre voltada a lhes oferecer o maior conforto possível, sempre na tentativa de compreender como elas podem ser realmente apoiadas nesse momento crucial e exaustivo do parto.

Lembrando-se da relevância da participação de seus acompanhantes, e de como estes podem deixar estas mulheres mais seguras e receptivas a situações, mesmo que inusitadas, que podem surgir diante de si, lhes fortalecendo para enfrentá-las, sobretudo porque mesmo com todas as informações que temos acesso, principalmente via *internet*, nem sempre podem ser esclarecedoras. Muitas vezes são bem ao contrário. Isso se deve ao fato de a *internet* não possuir um filtro de direcionamento de informação, até mesmo de informações verdadeiras ou não. Situação que pode ao invés de ser reveladora de dúvidas, ser sim veladora de muitos sentidos, principalmente da razão. Aumentando as ansiedades geradas pelas dúvidas ao invés de saná-las.

Mas ao mesmo tempo também foi observado que quando existe esse respeito e compreensão a coisa toda flui de forma tranquila e eficiente, lembrando que os gritos, pedidos de socorro, choros, todos fazem parte do universo normal do parir. E os profissionais, ao abordarem essas pacientes, devem ser mais sensíveis às expectativas e necessidades destas e tratar a pessoa como um todo.

Assim sempre tem que ser lembrado que estamos em um eterno processo de aprendizado e crescimento, que deve ocorrer sempre baseado no que é melhor para si e para o outro. E que os profissionais de saúde devem passar por um treinamento intenso de conscientização e sensibilização, para assim poder também tirar da frente de seus olhos o véu da IGNORÂNCIA e enxergar de maneira clara as situações expostas por essas mulheres no parto. Pois somente podemos melhorar quando enxergamos que não estamos bem ou éticos em nossos atos.

Portanto para auxiliar no desenvolvimento de uma melhor prática obstétrica na Maternidade, as medidas devem ser multi/interdisciplinares e são necessários educação continuada de todos os profissionais envolvidos no atendimento às gestantes, baseada na melhora do acolhimento e entendimento das inseguranças, questionamentos e temores das pacientes, para que os profissionais possam integrar conhecimentos de cada área em questão.

Sabendo da importância da realização desta pesquisa como a ponte que necessitei atravessar durante toda sua realização, vislumbrei em cada entrevista de cada mulher um pouco de mim, de minha história de vida. Fosse como mãe, como filha, ou simplesmente como uma mulher em um período gestacional e parturitivo, relembro um pouco de minhas vivências, dúvidas e dificuldades. Situação que me faz hoje enxergar de forma mais lúcida como profissional de saúde todas as sensações dessa vivência.

Ponderando que a pesquisa apresenta alguns aspectos que ficaram restritos ao olhar e a abordagem da autora. Que como mulher, mãe, filha, cidadã e profissional da saúde pude experimentar em muitos momentos, a necessidade de uma revisão comportamental e de uma reconstrução diária em meus aprendizados, não somente técnicos, mas também do desvelamento de meus próprios preconceitos sociais, para assim poder absorver de uma forma mais completa e imparcial a pesquisa e o mundo que se revelava aos meus olhos, diante da fala dessas mulheres. Sabe-se que a pesquisa apresenta lacunas que podem e devem ser preenchidas através de outras reflexões sobre o tema e objeto estudado. Com mais e mais estudos com abordagens diversas e das mais diferentes áreas de atuação dos profissionais, que agem no importante momento da vida dos seres humanos, o da parturição.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- ALENCAR JUNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 377-0, jul. 2006.
- ALEXANDRE, M. Do anúncio do reino à igreja: papéis, ministérios, poderes femininos. *In*: PERROT, Mi.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente**: a antiguidade. Porto: Afrontamento, 1990. p. 511-63.
- ALMEIDA, N. A. M.; Medeiros, M.; Souza, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicoterapia existencial**. São Paulo: Cengage Learning, 2007.
- ARAÚJO, B. R. O. **Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado**. 2017. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.
- ARAÚJO, E. **Escrito para a eternidade**: a literatura no Egito faraônico. Brasília: UNB, 2000.
- ARENDT, H. **A condição humana**. São Paulo: Forense, 1989.
- ARIÈS, P. **A história da morte e do morrer no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- AYRES, J. R. C. M., DESLANDES, S. F. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 510, 2005.
- AYRES, L. F. A. HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um parto natural: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3525-34, 2018.
- AZEVEDO, A. K. S.; PEREIRA, M. A. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. **Clínica & Cultura**, Sergipe, v. 2, n. 2, p. 54-67, jul./dez. 2013.

BACKES, D. S. *et al.* O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-10, jun. 2009

BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Lisboa: Terramar, 1990.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEBEL, A. A mulher, o direito e a política. **Revista Princípio**, São Paulo, n. 13, p. 20-27, dez. 1986.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 462-75, set. 2007.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Lívidos, Gênesis, cap. 2, versículo 16, São Paulo: Paulinas, 1985.

BICUDO, M. A. V.; AZEVEDO, D. C.; BARBARIZ, T. A. M. A pesquisa qualitativa realizada segundo a abordagem fenomenológica. *In*: COSTA, A. P.; SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. C.; CILLEROS, M. V. M. (Org.). **A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos**. Évora: Ludomedia, 2017. v. 1, p. 17-55.

BINSWANGER, L. O sonho e a existência. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 417-49, jul./dez. 2002.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e os métodos**. Portugal: Editora Porto, 1994.

BOGDAN, T. S.; TAYLOR, B. **Introduction to qualitative research**. New York: Wiley, 1998.

BORIS, G. D. J. B.; BARATA, A. Angústia e ansiedade: um esboço histórico-conceitual e uma perspectiva sartreana. CASTRO, F. C. L.; NORBERTO, M. S. (Org.) **Sartre hoje**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2017. v. 2. p. 151-72.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURKE, J. **A story of pain: from prayer to painkillers**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

BRANDÃO, C. R. Participar-pesquisar. *In*: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 7-14.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005a. Seção 1, p. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de aplicação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=1%C2%B0%20A%20Rede%20Cegonha,crescimento%20e%20ao%20desenvolvimento%20saud%C3%A1veis%2C. Acesso em 20 mar. 2020.

BRASIL. Resolução n.º 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre a regulamentação técnica e orienta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de junho de 2008b. n.º 105, seção 1, p. 50.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-49, abr./jun. 1991.

BRITO, J. C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para a estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 201-14, abr./jun. 1991.

BRUSCHINI, M. C. A.; LOMBARDI, M. R. A Bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Caderno de Pesquisa**, Campinas, n. 110, p. 67-104, jul., 2000.

BRUSCHINI, M. C. A.; ROSEMBERG, F. **Trabalhadoras do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BRUZADELI, D. S.; TAVARES, B. B. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, 150-7, 2010.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-27, set./out. 2005.

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO, JUNIOR, W. A. **Textos hipocráticos**: o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CALDAS, R. C. S. O olhar fenomenológico nas práticas obstétricas: a humanização do parto. **Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná**, Curitiba, v. 33, n. 130, abr./jun. 2016.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CARRANZA, J. (Ed.). **Etologia**: introducción a la ciencia del comportamiento. Cáceres: Universidad de Extremadura, 1994.

CARSON, A. *et al.* A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers. **Sociology of Health & Illness**, England, v. 39, n. 6, p. 816-831, Jul. 2017.

CASTRO, D. S. P. *et al.* (Org.). **Existência e saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.

CAVALCANTE, R. J. G. *et al.* A fenomenologia como possibilidade de um olhar atento para as práticas obstétricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-8, jan./fev. 2018.

CHAGAS, J. C.; TORRES, R. **Oitava conferência nacional de saúde: o SUS ganha forma**. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CHRISTOFFEL, M. M.; Santos, R. S. **Navegando no mar da neonatologia: um mergulho no mundo imaginário do recém-nascido da UTIN**. Rio de Janeiro: Ed. EEAN; 2003.

COSTA, A. M., AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. *In*: MERCHÁN-HAMMAN, E.; TAJER, D. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, DF: Editora da UNB, 2002. p. 181-202.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 549-54, 2011.

CARDINALLI, I. E. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 249-58, maio/ago. 2015.

CHARTIER, R. **A história cultural: entre práticas e representações**. Lisboa: Difel, 1990.

CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. *In*: ROSALDO, M.; LAMPHERE, L. **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 65-94.

CLÈMENT, C.; KRISTEVA, J. **O feminino e o sagrado**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CRESWELL, J. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2003.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American rite of passage**. Los Angeles, CA: University of California Press, 2003.

DAVIS-FLOYD, R.; SAINT JOHN, G. **Dei médico al sanador**. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DEL PRIORE, M.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-26, 2005.

DIAS, J. F. **O Renascimento do parto**: discurso, poder e identidade. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669- 705, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elemento para uma releitura médico-social. 1996. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-37, jan./set. 2005.

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-9, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004.

DONELLI, T. M. S. **Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico**: uma investigação sobre o parto através do método Bick. 2008. 195 f. Tese (doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DONELLI, T. M. S.; LOPES, R. C. S. Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 289-98, maio/ago. 2013.

DOURADO, I. P. *et al.* Gênero e trabalho: reflexão necessária na incubação em economia solidária. **Diálogo**, Canoas, n. 32, p.103-17, 2016.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação Cesária no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-73, abr./jun. 1991.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZA, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, abr./jun. 2012.

FERREIRA, S. B. *In*: Por que Cesárea? – vídeo-cassete – Direção de Ângela Mascelani e Miriam Lane. Recife, Rio de Janeiro, Curumim: UNICEF, 2003. 20 min.: son; color.; 12mm; VHS-NTSC.

FIGUEIRÓ, J. A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

FIORINZA, F. S.; GALVIN, J. P. **Systematic Theology: Roman Catholic Perspectives**. Minneapolis: Fortress Press, 1991. v II

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira; Thomson Learning, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

FREITAS, J. L. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. **Revista de Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 19, n. 1, p. 97-105, jan./jul. 2013.

FRIEDMAN, B. **The feminine mystique**. Petrópolis: Vozes, 1963.

GALILEI, G. **O ensaiador**. São Paulo: Nova Cultural, 2000.

GOLDIM, J. R. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>. Acesso em: 25 abr. 2020.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. Curitiba: Editora Maio, 2002.

GUALDA, D. M. R. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 332-6, dez. 1994.

GURGEL, R. T. Saúde em 1800. **Revista POLI: Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 10-11, set. 2008.

- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HENNINGSEN, G. The Ladies from Outside: an Archaic Pattern of the Witches Sabbath. *In*: ANKARLOO, B.; HENNINGSEN, G. (Ed.). **Modern European Witchcraft: Centers and Peripheries**. Oxford: Clarendon, 1990. p. 191-218.
- HUDELSON, A. **Qualitative research for health programs**. Geneva: WHO; 1994.
- HUSSERL, E. **Esperienza e giudizio: ricerche sulla genealogia della logica**. Milano: Bompiani, 1995.
- KELLY, J. Early Feminist Theory and the Querelle des Femmes 1400-1789. **Signs Journal of Women in Culture and Society**, Chicago, v. 8, n. 1, p. 4-28, Oct. 1982.
- LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas.1987.
- LERNER, G. **La creación del patriarcado**. Barcelona: Editorial Crítica, 1986.
- LIMA NETO, V. B. Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico. **Revista Logos & Existência**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 38-49, 2012.
- LOPES, R. C. S. *et al.* O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-54, 2005.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACEDOCOUTO, G. S.; JUNIOR, A.F. S. Solidão: do patológico ao ontológico, **Estudos & Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 07-24, 2017.
- MAHFOUD, M. MASSIMI, M. A pessoa como sujeito da experiência: contribuições da fenomenologia. **Memorandum: memória e história em psicologia**, Belo Horizonte, v. 14, p. 52-61, 2008.
- MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MALINOWSKI, B. K. **Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984.
- MARCIANO, R. P.; AMARAL, W. N. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 155-9, jul./ago. 2015.

MARSHALL.; C.; ROSSMAN, G. B. **Projetando pesquisa qualitativa**. 5. ed. São Paulo: Sage, 1995.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ, 1989.

MAZZA, L. **A mudança da sociedade: o papel da mulher do início do XX ao XXI, tendo como parâmetro o Código Civil de 1916 e 2002**. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/40676/a-mudanca-da-sociedade-o-papel-da-mulher-do-inicio-do-seculo-xx-ao-xxi-tendo-como-parametro-o-codigo-civil-de-1916-e-2002>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 263-9, 2005.

MERIGHI, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRON, V. P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 434-40, out./dez. 2007.

MILLETT, Kate. **Sexual politics**. New York: Columbia University, 1969.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, V. S. *et al.* Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, jul./dez. 2013.

MOREIRA, V.; CALLOU, V. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 7, 4, p. 67-83, nov. 2006.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2nd ed. Thousand Oaks, Sage; 1995.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 55-64, mar. 2009.

MOTA-RIBEIRO, S. Ser Eva e dever ser Maria: paradigmas do feminino no Cristianismo. *In*: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 4. 2000. **Anais [...]**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2000.

MOTTA, S. A. M. F. *et al.* Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 2, p. 593-9, fev. 2016.

MOURA FÉ, C. M. F. D. **A presença de acompanhante durante a internação para o parto**: desafio para garantia de direitos. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2018.

MUCHEMBLED, R. **História da violência**: do fim da idade média aos nossos dias. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008.

NÓBREGA, T. P. **Uma fenomenologia do corpo**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2010.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n.1/2. p. 3-9, jan./fev. 1995.

PEREIRA, J. M.; KRUGLIANSKAS, I. Gestão de inovação: a lei de inovação tecnológica como ferramenta de apoio às políticas industrial e tecnológica do Brasil. **Revista RAE Eletrônica**, São Paulo, v. 4, n. 2, jul./dez. 2005.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, set./dez. 2013.

PINHEIRO, A. A. A.; TAMAYO, A. Conceituação e definição de solidão. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 29-37, jan./jun. 1984.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2009.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

PINTO, C.R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2003.

PIZAN, C. **La Cité des Dames**. Tradução. Paris: Stock/Moyen. Age, 1986.

- POKLADEK, D. D. **O sentido existencial do medo**. Disponível em: <http://www.psicoethos.com.br/si/site/010403#:~:text=O%20medo%20pode%20paralisar%20ou,o%20nosso%20projeto%20de%20vida>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- PRAÇA, F. S. G. Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Revista Diálogos Acadêmicos**, São Paulo, n. 1, p. 72-87, jan./jun. 2015.
- PRATT, M. L. **Os olhos do império**: relatos de viagem e transculturação. Bauru: EDUSC, 1999.
- PULHEZ, M. M. Parem a violência obstétrica: a construção das noções de violência e vítima nas experiências de parto. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa, v. 12, n. 35, p. 544-64, ago. 2013.
- RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez**: a história interior. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, Supl. 1, p. 595-602, 2009.
- REZENDE, C. B. A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, v. 44, n. 2, p. 261-80, 2019a.
- REZENDE, C. B. Histórias de superação: parto, experiência e emoção. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 25, n. 54, p. 203-25, maio/ago. 2019b.
- RICCI, J. **The Genealogy of Gynecology**. Philadelphia: Blakiston Company, 1950.
- ROSA, D. A. A **Demonomania harmônica**: Jean Bodin, a bruxaria e a república. 2013. 241 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- RUSSO, J. *et al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 519-50, 2019.
- SADALA, M. L. A. **Fenomenologia como método para investigar a experiência vivida**. 1995. Disponível em: [file:///C:/Users/inesc/Downloads/METODO% 20\(2\).pdf](file:///C:/Users/inesc/Downloads/METODO%20(2).pdf). Acesso em: 20 maio 2020.
- SANTOS, I. C. **Da mãe substituta a enfermeira pediatra**. Rio de Janeiro: Ed. EEAN, 1998.
- SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**: um modelo teórico. 2002. 271 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

- SANTOS, V. *et al.* Características Sócio-demográficas das puérperas e seguimento da gravidez: o que mudou em 17 anos? **Acta Médica Portuguesa**, Portugal, v. 24, n. 6, p. 877-84, 2011.
- SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.
- SARTRE, J. P. **Esboço para uma teoria das emoções**. Porto Alegre: L&PM, 2014.
- SCHUTZ, A. **Fenomenologia del mundo social**: introducin a la sociologia comprensiva. Buenos Aires: Paidos, 1972.
- SCHUTZ, A. **El problema de la realidade social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- SCOTT, J. W. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, jan./abr. 2005.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de humanização do parto e nascimento do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-9, set./out. 2004.
- SILVA, A. H. **Rituais corporativos como estratégia de legitimação dos valores organizacionais em empresas familiares**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.
- SILVA, B. G. C. *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-93, jul./set. 2016.
- SILVA, G. C. C. *et al.* A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. **Revista SBPH**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 65-76, dez. 2005.
- SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança, **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-93, out./dez. 2005.
- SILVA, S. G. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 8-15, 2000.
- SILVEROL, K. P. **Direito e feminismo**. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/28300/direito-e-feminismo>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. São Paulo: Penso Editora, 2011.

STUCKY, R. M. M. As políticas públicas e a exclusão na conquista do direito universal à saúde. *In*: BONETI, L. W. (Coord.). **Educação exclusão e cidadania**. Ijuí: Editora Unijuí, 1997. p. 52.

SILVEIRA, M. *et al.* Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-51, dez. 2015.

SOUZA, L. M. **A dor do parto**: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos. 2007, 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2007.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, maio/jun. 2013.

TEDESCHI, L. A. **As mulheres e a história**: uma introdução teórico metodológica. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2012.

TEDESCHI, L. A. **Do silêncio à palavra**: construções e perspectivas em gênero no Noroeste do Rio Grande do Sul. 2006. 240 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São. Leopoldo, 2006.

TEIXEIRA, N. Z.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 740-4, 2006.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S419-S27, 2003.

TOSI, L. Mulher e ciência: a revolução científica, a caça às bruxas e a ciência moderna. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 10, p.369-97, 1998.

TOSTES, N. A.; SEIDI, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 2, p. 681-93, jun. 2016.

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-66, 2012.

VICENZI, A. *et al.* Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 409-17, set./dez. 2013.

WAGNER, H. T. R. **Sobre fenomenologia e relações sociais**: Alfred Schutz. Petrópolis: Vozes; 2012.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do Início ao fim**. Porto Alegre, Penso Editora, 2016.

APÊNDICE A - Formulário de Entrevista Semiestruturada

- 1) IDADE:
- 2) ESCOLARIDADE:
- 3) PROFISSÃO:
- 4) PARIDADE:
- 5) VOCÊ VIVE COM O PAI DO BEBÊ?
- 6) VOCÊ FEZ PRÉ-NATAL?
- 7) COM QUANTOS MESES INICIOU SEU PRÉ-NATAL?
- 8) QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ- NATAL FEZ, VOCÊ SE LEMBRA?
- 9) VOCÊ QUERIA ENGRAVIDAR NESSE MOMENTO DE SUA VIDA? SE SIM, POR QUÊ? SE NÃO, POR QUÊ?
- 10) QUAL PESSOA MAIS TE APOIOU NA GRAVIDEZ?
- 11) EM QUAL MOMENTO DA GRAVIDEZ ESSA(S) PESSOA(S) FOI(RAM) IMPORTANTE(S)? E POR QUE ISSO FOI MARCANTE?
- 12) QUAIS SÃO E FORAM SUAS MAIORES DÚVIDAS E MEDOS SOBRE O PARTO? COMO VOCÊ SANOU ESSAS DÚVIDAS? (O QUE FEZ PARA SANAR ESSAS DÚVIDAS?)
- 13) ESSAS SUAS DÚVIDAS SOBRE O PARTO SE CONFIRMARAM OU NÃO? POR QUÊ?
- 14) COMO PROCUROU SE INFORMAR PARA SE AJUDAR A SANAR SUAS DÚVIDAS NA GRAVIDEZ E SOBRE O PARTO?
- 15) O QUE MAIS TE CHAMOU ATENÇÃO COM SUA INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE? POR QUÊ?
- 16) VOCÊ SE SENTIU ACOLHIDA NA MATERNIDADE DESDE A SUA INTERNAÇÃO?
- 17) DESEJA COMENTAR ALGO MAIS QUE NÃO TENHA TE PERGUNTADO?

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Desvelar do Parto no SUS

Pesquisador: CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18605419.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.600.059

Apresentação do Projeto:

Este trabalho propõe uma pesquisa qualitativa, inspirada em fenomenologia existencial. Com o objetivo de desvelar significados da parturição para as mulheres usuárias do Sistema Único Saúde (SUS) na maternidade de Carapina, Abordando 20 mulheres do município de Serra, que internam com o objetivo único de ter o seu parto realizado. A coleta de dados se realizará através de uma entrevista semiestruturada e fotolinguagem com 20 pacientes internadas na Maternidade de Carapina, nos plantões de terças e quintas feiras de 07:00 às 19:00 horas, no período de Setembro de 2019. Nas terças-feiras serão as primeiras e terceiras pacientes internadas, e nas quintas-feiras as segundas e quartas pacientes. de terças-feiras e quintas feiras de 07:00 às 19:00 horas. Utilizará na análise de dados a metodologia de Giorgio a respeito da real situação da Saúde Pública, na atenção ao parto e pós parto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

(Des)velar como revela na compreensão das parturientes a Instituição de Saúde que lhes acolherá nesses momentos de tantas transformações em suas vidas e corpos.

Objetivo Secundário:

1 - Descrever como a sua rede de relações sócio, culturais e afetivas podem influenciar e se

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luíza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 3.600.059

revelar apaziguadoras ou não da sensação de abandono, fraqueza e impotência diante de um ambiente desconhecido, como o de uma Instituição Hospitalar, e assim desvelar as principais emoções que surgem nesse momento de suas vidas.

2 - Identificar as influências que as parturientes têm consigo de seus ambientes familiar, de convívio sócio cultural e suas principais vias de informação para compreender melhor sobre o parto e o pós- parto e assim se sentirem mais seguras no momento do trabalho de parto e o parto e nos cuidados com o recém nascido.

3 - Contribuir futuramente com a melhoria acolhimento das mulheres internadas na Maternidade Carapina, e tornar o período de internação dessas usuárias dos serviços com relação à resolutividade de seus partos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a pesquisa apresenta riscos mínimos à saúde física e sócio afetivas das participantes. Esses riscos serão atenuados pela não identificação das entrevistadas para não acarretar nenhum tipo de exposição ou constrangimento. Bem como o ambiente de realização das entrevistas e da fotolinguagem, serão feitas em uma sala na Ala da expansão da maternidade com esse objetivo e de acesso restrito a entrevistada e a entrevistadora. Caso ocorra algum que requeira cuidados mais especializados na área sócio afetiva, será feito o apoio pelo Serviço Social da maternidade que fornecerão o apoio e encaminhamentos necessários das parturientes, encaminhamento para o serviço de psicologia mais adequado ou aos CAPS.

Benefícios:

1 - Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar informações para melhorar o acolhimento das mulheres e a assistência oferecida no período de trabalho de parto e aos momentos que antecedem o parto, independente de sua via de resolução que se internam na Maternidade de Carapina.

2 - Entender quais são as informações, medos e principais aflições que essas mulheres trazem consigo sobre o parto e o trabalho de parto no momento em que internam e assim otimizar o tempo das pacientes no pré parto, que é o local onde são encaminhadas após sua internação, acompanhado de seu convívio com todos(as) os(as) profissionais de saúde que as atendem naquele momento no pré parto. Construindo um melhor convívio e construção na tríade parturiente\ profissional da Maternidade de Carapina\ parto. Tornando essa experiência de vida a mais positiva e confortável quanto possa ser, mesmo com o curto período de tempo em que

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.600.059

geralmente esse convívio costuma ser.

3 - Tornar o período de internação dessas usuárias dos serviços com relação a resolutividade de seus partos o mais positivo possível para as usuárias assim como para as profissionais de saúde que lidam com elas, com e a construção, mesmo que por um curto período de tempo, de uma relação positiva e gratificante para ambas as partes envolvidas, com melhoria do serviço de saúde da Maternidade de Carapina e melhoria do acolhimento às usuárias ao sistema de saúde público e com maior humanização do parto e ações mais efetivas sobre o que levam a insatisfação e até ineficácia do serviço para suas usuárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, tendo em vista a crescente discussão da humanização do parto e quanto a importância do nascimento saudável co o determinante biopsicosocial de qualidade de vida para as parturientes e seus conceitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente assinada pela coordenador de pesquisa da EMESCAM

Carta de anuência devidamente assinada pelo diretor ds Maternidade de Carapina

TCLE - Adequado segundo a resolução 466/12 - atendeu as recomendações

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.600.059

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1406305.pdf	09/09/2019 22:48:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1406305.pdf	09/09/2019 22:47:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mestradoprojeto.pdf	09/09/2019 22:47:21	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Scanner_20190731.png	09/09/2019 22:44:01	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ENTREVISTASEMIESTRUTURADA.pdf	09/09/2019 22:41:05	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ANEXO1PROJETO.pdf	09/09/2019 22:38:42	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAprojeto.pdf	09/09/2019 22:36:18	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/09/2019 22:32:08	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/08/2019 08:57:03	CLARISSA ALVES DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:

PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br