

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SILVANA DOS SANTOS

**A BUSCA PELO PARTO NATURAL E MOTIVAÇÕES PARA
O PREPARO DO ASSOALHO PÉLVICO COM O EPI-NO**

SÃO CARLOS – SP

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico
com o epi-no**

Silvana dos Santos

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, vinculada ao
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da
Universidade Federal de São Carlos

São Carlos/ SP

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S237bp

Santos, Silvana dos.

A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com o epi-no / Silvana dos Santos. -- São Carlos : UFSCar, 2015.

111 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Parto normal. 3. Humanização do parto. 4. Nascimento. I. Título.

CDD: 610.73678 (20^ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Silvana dos Santos, realizada em 26/02/2015:

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar

Profa. Dra. Vanessa Gabassa
UFG

Profa. Dra. Rosa Maria Castilho Martins
UFSCar

Dedicatória

Dedico este trabalho às mulheres participantes desta pesquisa por acreditarem e lutarem por uma abordagem diferente do parto (humanizada, desmistificada, empoderada), por serem testemunhas vivas de que as evidências científicas nos indicam caminhos a serem percorridos e conduzem a progressos nos diversos campos da vida;

Por tornarem possível esta pesquisa e da qual acreditamos que produzirá frutos.

A todas vocês, mães, esposas, profissionais que contribuem por um mundo mais digno!

Silvana S.

Agradecimentos

Inúmeras pessoas, Programas, Órgãos merecem esses agradecimentos! Pontu-
as aqui de forma resumida.

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSCar
por possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro por toda a sua
dedicação e vontade para me orientar, por acreditar no meu potencial. Não tenho
palavras para dizer o quanto lhe sou grata!

Ao Laboratório de Saúde da Mulher por nos apresentar e possibilitar nossa
aproximação com o objeto de pesquisa (mulheres do Epi-no).

À Prof.^a Dr.^a Patrícia Driusso pelo apoio ao Projeto e por proporcionar
informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Prof.^a Dra Vanessa Gabassa por sua imensa colaboração e apontamentos na
qualificação e na Defesa, tornando possível a correção de pontos do método e do
texto, em geral, ao qual minha humilde compreensão não havia notado.

À Dra Rosa Maria Castilho Martins por sua grandiosíssima contribuição nos
apontamentos durante a qualificação e Defesa.

À disciplina Feminismo Dialógico, através da Prof.^a Dra Roseli Mello pela
contribuição na compreensão do método, bem como na lapidação, através do
conhecimento do Feminismo.

À disciplina de gênero e saúde materna do Programa de Saúde Pública da USP,
através da pessoa da Prof.^a Dra Carmem Simone Diniz por proporcionar uma
visibilidade nacional e internacional sobre o estudo do gênero.

À minha querida mãe, Maria Filomena, por acreditar e me apoiar no desenvolvimento dos meus estudos e sempre ter uma palavra de ânimo nos meus momentos de incertezas e tristezas.

À minha inspiração, minha sobrinha Gabrielly, razão da minha vida e de sua amada mãe Fernanda (in memoriam)!

Aos meus irmãos Cícero, Célia e Lucas e meus sobrinhos, em geral, por preencherem a minha vida e tornarem os momentos divertidos.

Aos meus tios, primos e amigos cuja escrita de seus nomes não caberia nesta página, pela credibilidade em meu trabalho/estudos e admiração incondicional.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho e tornaram possível este sonho!

Epígrafe

*"Vocês são pessoas especiais, porque querem quebrar os paradigmas;
Vocês são pessoas especiais porque estão aqui e se preocupam com a forma de
nascer, que pode influenciar muitas gerações;
"Vocês são especiais por se preocuparem com isso, ainda que suas palavras
não atinjam tantos quanto gostariam..."*

(Fala de Michel Odent, extraída de: Workshop "Atualização em Ecologia do parto e
nascimento", Florianópolis, Junho/ 2011)"

RESUMO

O presente trabalho intitula-se “*A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com o epi-no*” e teve como principais objetivos: compreender os elementos envolvidos na escolha da mulher pelo parto natural, identificar motivações para o preparo do assoalho pélvico com o *epi-no*, visando o parto natural e identificar as dimensões que facilitam e aquelas que dificultam essa escolha. Foi realizado com gestantes que faziam parte do Programa de *Epi-no*, iniciativa do Laboratório de Saúde da Mulher de uma Universidade do interior de São Paulo, entre os anos 2013 e 2014. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, para a qual se utilizou como referencial teórico-metodológico, o Feminismo Dialógico proposto por Lygia Puigvert (2001) e a Metodologia Comunicativa Crítica (MCC) proposta por Gomez et al (2006), ambos ancorados nos referenciais teóricos da Aprendizagem Dialógica, que por sua vez se baseiam no conceito da Ação Comunicativa de Habermas (1999) e na Dialogicidade de Paulo Freire (1994; 2005). A MCC busca identificar as dimensões facilitadoras, ou seja, aquelas que promovem, neste caso, uma vivência prazerosa do parto e as dimensões dificultadoras, ou seja, aquelas que representam uma barreira à esta vivência, relacionando ambas às categorias *mundo da vida* e *sistema*. A coleta de dados foi iniciada em novembro/ 2013 e a análise foi organizada conforme o nível básico de análise proposto pela MCC. Foram entrevistadas oito mulheres, sete delas concluíram as duas fases do relato comunicativo, de acordo com a metodologia e houve cancelamento de uma entrevista, devido à perda de material. As mulheres tinham entre 22 e 38 anos com predominância de idade acima dos 30 anos, todas tinham companheiro, cinco eram primíparas (1ª gestação) e duas múltiparas (2 ou mais gestações), com histórico de cesárea e abortos e todas realizaram o parto no ambiente hospitalar. Os resultados mostraram que a descoberta da gravidez incitou, nessas mulheres, curiosidade em dialogar com familiares, amigos e profissionais da saúde sobre o parto natural; despertou a busca pessoal por informações (livros, revistas, internet, grupos de apoio ao parto natural); motivou para o preparo do assoalho pélvico com o *epi-no*, entre outros. O parto, visto anteriormente como traumático e cercado de intervenções (ocitocina, episiotomia, Kristeller) e sofrimento, em geral ganhou um novo significado e passou de uma experiência traumatizante para uma experiência autônoma, de autocontrole, realizadora e inesquecível. As dimensões que facilitam o contexto do parto estavam ligadas à vivência das mulheres e se relacionaram a categoria *mundo da vida*. A análise mostrou que foram mais promissoras do que aquelas que se apresentaram a categoria *sistema*, ou seja, as instituições, espaços, sistemas de organização e diretrizes reguladas pelo poder ou dinheiro. As dimensões facilitadoras foram representadas por grupos que tomam a iniciativa de proporcionar a difusão de conhecimento para as mulheres ou que trouxeram inovações (equipamento *epi-no*, por exemplo). No caso das dimensões dificultadoras, observou-se que, os elementos que se relacionaram ao *sistema* e os que se relacionaram ao *mundo da vida* se apresentaram em números equiparados, demonstrando que a mulher que se motiva para o preparo do parto natural encontra dificuldades, tanto em sua vida pessoal/familiar, quanto nas instituições. Este trabalho demonstrou que as mudanças iniciaram no mundo da vida e que as mulheres repensaram sua forma de ver o parto, superaram seus medos e tentaram “contagiar” as pessoas em seu entorno. Na população estudada notou-se que o *epi-no* reduziu as lacerações, preveniu episiotomias, porém em alguns casos não evitou lacerações de 1º grau. Espera-se com este trabalho contribuir para reflexões acerca do modelo de atenção ao parto, de forma a resgatar a autonomia feminina no parto e reduzir mitos e ansiedade em torno do tema, reafirmando a importância, tanto do ponto de vista pessoal como social e epidemiológico, de atender as recomendações da Organização Mundial da Saúde, no que se refere às questões do parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto normal. Parto humanizado. Parto natural. Nascimento. Epi-no.

ABSTRACT

This work entitled "The search for natural childbirth and motivations to prepare the pelvic diaphragm with the *epi-no*" has as main objectives: to understand the elements involved in the choice of women for natural childbirth, identify motivations for the preparation of the pelvic diaphragm with the *epi-no*, seeking natural childbirth and identify the components that facilitate and those that hinder this choice. Was carried out with women who were part of the *Epi-no* Program, Health Laboratory initiative of Women of University of São Paulo, between 2013 and 2014. This is a qualitative research, for which we used as theoretical and methodological approach, Feminism Dialogic proposed by Lygia Puigvert (2001) and the Critical Communicative Methodology (MCC) proposed by Gomez et al (2006), both anchored in theoretical frameworks of Dialogic Learning, which in turn are based on concept of Communicative Action Habermas (1999) and dialogical of Paulo Freire (1994; 2005). The MCC seeks to identify the transformative dimensions, that is, those that promote or facilitate, in this case, a pleasurable experience of childbirth and cause difficulties dimensions, that is, those that represent a barrier to this experience, both relating to the categories of life and world system. Data collection began in November / 2013, and the analysis was organized as the basic level of analysis proposed by the MCC. Eight women were interviewed, seven of them completed the two phases of the communicative account, according to the methodology and there was canceling an interview, due to loss of material. The women were between 22 and 38 years with predominance of age above 30 years, all had a partner, five were primiparous (1st pregnancy) and two multiparous (2 or more pregnancies), with a history of cesarean section and abortion and all performed in childbirth hospital environment. The results showed that the discovery of pregnancy urged to talk with family, friends and health professionals about natural childbirth; aroused the personal search for information (books, magazines, internet, support groups natural childbirth); motivated to prepare the pelvic diaphragm with *epi-no*, among others. Childbirth, previously seen as traumatic and surrounded interventions (oxytocin, episiotomy, Kristeller) and suffering, in general gained a new meaning, exchanging a traumatic experience for a autonomous, self-control, fulfilling and unforgettable experience. The dimensions that transformed the labor context were linked to the experience of women and were related to *world of life* category. The analysis showed that they were more promising than category system, in other words, institutions, spaces, organization systems and guidelines governed by power or money. The processing dimensions were represented by groups who take the initiative to provide the dissemination of knowledge to women or who brought innovations (*epi-no* equipment, for example). In the case of cause difficulties dimensions, it was observed that the elements that related to the system and those related to the world of life is presented in similar numbers, showing that the woman is motivated to prepare the natural birth is difficult, both in his personal / family life, as in institutions. This work demonstrated that the changes initiated in the *world of life* category and that women rethought their way to see the birth, overcame their fears and naturally tried to "convince" people around them. In the population studied was noted that the *epi-no* reduced lacerations, episiotomies warned, however in some cases did not prevent lacerations 1st degree. It is hoped that this work contribute to reflections on the delivery care model in order to rescue the female autonomy in childbirth and reduce myths and anxiety around the issue, reaffirming the importance, both from a personal point of view as a social and epidemiological, to follow the recommendations of the World Health Organization, as regards the issue of labor and birth.

Keywords: Humanized birth. Natural childbirth. Term birt.Epi-no.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Epi-no	22
Figura 2 - Episiotomia.....	23
Figura 3: Nível básico de análise: categorias e dimensões exclusoras e transformadoras (Gómez et al, 2006, p.103)	45

LISTA DE TABELAS

<i>Quadro I - Descrição e caracterização da população estudada: dados demográficos, obstétricos e sexuais</i>	<i>46</i>
<i>Quadro II – Dimensões facilitadoras e Dimensões dificultadoras das entrevistadas E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8.....</i>	<i>95</i>
<i>Quadro III – Matriz final</i>	<i>97</i>

LISTA DE TERMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

Amniotomia: roturas precoces das membranas da bolsa amniótica que protege e nutre o feto durante a gravidez.

Apgar do RN: Conjunto de sinais respiratórios, circulatórios e neurológicos, organizados numa tabela de cinco pontos (Frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa) que servem como parâmetros para avaliar a vitalidade do recém-nascido nos primeiros cinco minutos de vida extrauterina.

Cesárea: Retirada do bebê do útero materno através de incisão cirúrgica realizada na região abdominal.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS (Sistema Único de Saúde).

Doula: Mulher cuja atuação encontra-se em processo de reconhecimento legal, remunerada e de qualquer área de trabalho, que realiza um curso de apoio à mulher durante o trabalho de parto.

Epi-no: Instrumento colocado no interior da vagina durante a gestação a partir da 34^a semana para facilitar a dilatação da pelve materna no parto e evitar lacerações.

Episiotomia: incisão cirúrgica realizada com bisturi ou tesoura no períneo da mulher durante durante a expulsão do feto, visando reduzir trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a descida do bebê e evitar lesões na cabeça do mesmo.

Filogênese: Estudo de um grupo da evolução de organismos (espécies) ao longo do tempo.

Forceps ou vácuo extrator: Instrumento semelhante a uma pinça ou alicate, utilizado na medicina obstétrica para auxílio na retirada do feto pelo canal vaginal, quando o colo uterino não está suficientemente dilatado para a passagem do feto ou colocando em risco a vida da mãe e/ou bebê.

Danos iatrogênicos do parto: Efeitos adversos, danos físicos ou mentais provocados por intervenções, tratamentos, condutas médicas ou de enfermagem, bem como medicamentos utilizados durante o parto e que podem provocar danos à mulher.

IG: Idade Gestacional

Intervenções do parto: realização de procedimentos alheios ao corpo feminino, tais como episiotomia, manobras de Kristeller, entre outras.

Lacerações do períneo: lesões que ocorrem no períneo durante a passagem do bebê pelo canal vaginal. É dividida em 1º, 2º ou 3º graus de acordo com a extensão da lesão.

Manobras de Kristeller: manobra realizada durante o parto, na qual o obstetra ou demais membros da equipe de saúde aplicam pressão com os braços na parte superior do útero para forçar a saída do bebê no parto normal e pode ocorrer também na cesárea.

MCC: Metodologia Comunicativa Crítica

Menarca: Primeiro fluxo menstrual da mulher. Geralmente ocorre como marco de transição entre a puberdade e a adolescência.

MS: Ministério da Saúde

Múltipara: Diz-se da mulher que teve mais de uma gestação

Nascimento prematuro/ parto prematuro: Diz-se do bebê que nasce entre a 22^a e a 37^a semanas de gestação.

Ocitocina: Hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na glândula neuro-hipófise posterior, cuja finalidade é aumentar as contrações uterinas, reduzir o sangramento durante o parto, estimular a liberação do leite materno e desenvolver o apego e empatia entre mãe e filho.

Ontogênese: Evolução de um indivíduo desde a fase da célula-ovo até a idade adulta.

Parto natural: Parto fisiológico, que ocorre por via vaginal e sem intervenções como anestésias, episiotomia ou induções.

Parto: Passagem do bebê da vida intrauterina para o ambiente externo

Períneo: Região do corpo (conjunto de músculos) entre o órgão genital e o ânus. No caso da mulher é a região entre a vagina e o ânus.

PHPN: Programa de Humanização para o Parto e Pré-natal

PN: Parto normal – parto por via vaginal

PNDS: Programa Nacional de Desenvolvimento Social

Primípara: Diz-se da mulher que teve apenas uma gestação.

RN: recém-nascido

Rotura precoce de membranas (RPM): É a ruptura prematura das membranas amnióticas, causando a perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto.

Sepsis: Conjunto de manifestações graves do organismo causadas por micro-organismos patogênicos (bactérias, vírus ou fungos) que entram na corrente sanguínea, desencadeando uma reação inflamatória sistêmica e causando danos a órgãos e sistemas, podendo ser fatal.

SUS: Sistema Único de Saúde.

Violência obstétrica: nome dado às intervenções realizadas durante o parto sem a permissão da mulher, bem como agredindo seu corpo.

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação houve um desejo de alavancar os estudos na enfermagem, especificamente na área da saúde da mulher e seu ciclo vital.

O trabalho de graduação abordou a questão da saúde da mulher, na perspectiva específica do câncer de mama, o qual foi publicado na Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ). De lá para cá, foi concluído um curso de especialização de enfermagem em saúde pública pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e um curso de aprimoramento em hipertensão e diabetes pela Secretaria de Saúde da cidade de Ribeirão Preto/ SP. Desde então, os esforços vislumbravam dar continuidade aos estudos na saúde da mulher, o que pôde ser alcançado com o ingresso no Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos no ano de 2013.

Após a busca bibliográfica, a realização de disciplinas no programa e fora dele, em especial Gênero e Saúde Materna da Profa. Dra. Simone Diniz, da Faculdade de Saúde Pública da USP/ e a disciplina Feminismo Dialógico, do Departamento de Educação da Universidade Federal de São Carlos bem como conversas com a orientadora; o tema começou a ser delineado e se mostrando cada vez mais nítido. Ficou clara a motivação para estudos com o tema humanização do parto e, deste então o objeto foi sendo construído até a definição e redação do projeto de pesquisa, que se encontra na fase de coleta e análise dos dados e, que aqui é apresentado em formato de texto para a qualificação.

A disciplina “Gênero e Saúde Materna” forneceu diversos materiais, evidências científicas, textos relevantes, discussões produtivas, compartilhamento de experiências e uma visão mais ampla sobre o a questão do gênero, da maternidade, do parto e da saúde materna e infantil. Já a disciplina Feminismo Dialógico possibilitou um olhar ampliado sobre a questão de gênero e uma melhor compreensão da metodologia que está sendo proposta para esta pesquisa.

O contato com o tema humanização do parto permitiu perceber que os veículos de informação não trazem ideias favoráveis ao parto natural, principalmente quando realizado no domicílio, pois ferem conceitos até então tidos como legítimos quanto ao atendimento ao parto e nascimento. No entanto, graças aos movimentos ativistas e de humanização há possibilidade de discutir e buscar soluções que venham resgatar a autonomia feminina, tanto em sua vida social, quanto na saúde. Todas essas questões foram motivos de encantamento com o tema.

Um tema desta natureza não é possível desenvolver, sem um envolvimento e mergulho de todo um grupo de pessoas (profissionais e cidadãos, em geral) para que possamos plantar sementes (conscientização) e colhermos bons frutos (reflexões para a mudança da prática profissional, respeito ao corpo da mulher e a sua autonomia) num futuro que, esperamos, seja próximo e melhor que o atual, no que diz respeito a atenção ao parto.

Os resultados preliminares deste trabalho foram apresentados na X Conferência da Rede Global dos Centros Colaboradores da OMS para Enfermagem e Obstetrícia e IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa em Julho/ 2014, na cidade de Coimbra/ Portugal.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	20
1.1 Nascer no Brasil	24
1.2 Cultura do parto.....	27
CAPÍTULO 2: GÊNERO E SAÚDE MATERNA: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA	29
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS	37
CAPÍTULO 4: MÉTODO	38
4.1 Caminho metodológico	38
4.2 Referencial Teórico	38
4.3 Referencial Metodológico: Metodologia Comunicativa Crítica (MCC) ..	39
4.3.1 Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica	40
4.3.2 Local do estudo.....	42
4.3.3 Sujeitos do estudo.....	42
4.3.4 Aspectos Éticos	42
4.4 Coleta de dados	42
4.4.1 Etapas da Pesquisa	43
4.5 Análise dos dados.....	44
4.6 Caracterização dos sujeitos	46
4.7 Descrição dos relatos.....	49
4.7.1 Quadro de E1: Dimensões facilitadoras e dificultadoras - E1.....	50
4.7.2 Quadro de E2: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E2.....	51
4.7.3 Quadro de E3: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E3.....	52
4.7.4 <i>Quadro de E4: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E4</i>	53
4.7.5 Quadro de E5: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E5.....	54
4.7.6 Quadro de E7: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E7:	56
4.7.7 Quadro de E8: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E8.....	57
CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1 Conhecendo sua história: “como eu nasci?”	59

5.2	Imaginário social do parto.....	60
5.3	Cultura da cesárea	62
5.4	Escondendo o jogo 1: Omitir para se proteger (fechar-se num “casulo”)	65
5.5	Escondendo o jogo 2: omitir para enganar	66
5.6	Experiências de outras mulheres.....	67
5.7	Idealização do parto perfeito	68
5.8	Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável.....	70
5.9	O apoio do profissional, da doula e da família	71
5.10	Preparação física e psicológica para o parto: epi-no e grupos de apoio ao parto	73
5.11	Reconhecendo as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento.....	80
5.12	Violência obstétrica: intervenções desnecessárias – “Eu não quero isto para mim!”.....	86
5.13	Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto.....	90
5.14	Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto (“hora da covardia”, “profissionais agindo como piloto automático”, dor).....	93
	QUADROS DE ANÁLISE (E1 A E8)	94
6.1	Quadro de análise das temáticas	94
6.2	Quadro II – Dimensões facilitadoras e Dimensões dificultadoras das entrevistadas E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8.	95
6.3	Matriz Final: Nível básico de análise de E1 a E8	96
6.4	Quadro III – Matriz final.....	97
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES.....	112
	ANEXOS.....	117

INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência relevante na vida da mulher e sua família e, embora o nascimento seja algo natural e inerente ao ser humano, o modo como o parto será vivenciado pela mulher dependerá de suas crenças, cultura, temores, existência ou não de redes de apoio e nível de informação (BEHRUZI et al, 2010; CARRARO et al, 2006). O Ministério da saúde (MS) destaca sete tipos de parto: o parto normal (devendo ser o mais natural possível, sem intervenções físicas ou ambientais), parto domiciliar, parto fórceps ou vácuo extrator, parto de cócoras, parto na água, cesárea e parto prematuro¹ (BRASIL, 2010). Sabendo-se que nem sempre o parto normal é o natural (DECLERCQ, 2014), pode-se entender os tipos de parto como sendo: parto normal/ vaginal, parto natural/ fisiológico/ espontâneo, parto fórceps e parto cesárea/ cirúrgico. Para este estudo, utilizamos o termo parto natural, parto fisiológico para caracterizar o parto normal sem intervenções, o qual pode ocorrer no domicílio, no hospital e demais serviços de saúde e na posição (cócoras, sentada, em pé, etc) e no local (água, banheira, banquetas, etc) escolhidos pela mulher.

Ao longo dos anos, o parto sofreu influência da tecnologia e da medicina, passando de uma prática exercida por parteiras e de inteira responsabilidade feminina, principalmente no período entre guerras (1914 a 1939), para um modelo biomédico que caracterizou o parto como um evento biológico ou uma doença a ser tratada em ambientes hospitalares, carregado de intervenções e sustentado pela concepção do corpo feminino como imperfeito para dar a luz por si só e com necessidades de correções e medicalizações que impuseram limites sobre a autonomia feminina no processo de dar luz (PIRES et al, 2010; BRASIL, 2011), caracterizando o atual modelo de atenção ao parto praticado no Brasil.

Embora o parto normal recomendado pelo Ministério da Saúde deva ocorrer de modo natural, sem intervenções físicas ou ambientais sobre a mãe ou sobre o bebê e em local de preferência da mulher, sabe-se que o parto normal praticado nos hospitais, bem como em demais serviços de saúde é recheado de intervenções tanto sobre o bebê (corte prematuro do cordão umbilical, aspiração de vias aéreas, banho, aplicação de medicação, etc), quanto sobre a mãe, tais como episiotomia, manobras de Kristeller, ocitocina, anestésias, etc (PIRES et al, 2010; BRASIL, 2011; DECLERCQ, 2014). A autonomia quanto ao controle do corpo

¹ Segundo o Ministério da Saúde, as causas mais comuns do parto prematuro são: gravidez na adolescência, ruptura prematura da bolsa, gestações de gêmeos e problemas de saúde da mãe, como pressão alta, infecção urinária, diabetes e tabagismo e a cesariana com hora marcada contribui para o aumento de nascimentos prematuros (BRASIL, 2011).

feminino e do parto foi retirada da mulher ao longo dos anos, o que representa uma violência obstétrica (física, moral, emocional, social, entre outras) que conduz a uma escolha inadequada, nem sempre consentida do tipo de parto, baseada no medo, desconfiança, desinformação e traumas, dela própria ou das outras mulheres (AGUIAR et al, 2013).

Dentre os fatores causadores de ansiedade para a escolha da mulher pelo parto natural estão o medo de não ser devidamente assistida, a falta de informações sobre o parto, o medo de complicações e da dor, a manutenção da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para a mãe e o recém-nascido (BRASIL, 2011; CARRARO et al, 2006; MATTAR; AQUINO, 2007).

Evidências científicas apontam que a cesárea, na maioria das vezes, é sutilmente imposta à mulher, impedindo-lhe a chance de vivenciar o trabalho de parto e frustrando a expectativa desse momento da vida da mulher (SALGADO, 2012; MALACRIDA e BOULTON, 2012). Segundo pesquisas (CHAVES, 2014; MATTAR e DINIZ, 2012; FIOCRUZ, 2014), a cesariana está ligada a nascimentos prematuros, morte prematura de neonatos e mães, surgimento de doenças e síndromes em crianças (diabetes mellitus¹, imaturidade intestinal, obesidade, asma, tumores da infância, etc), bem como implicações para o indivíduo por toda a vida (CHO e NORMAN, 2013; CARDWELL, 2008; ATKINSON e CHERVONSKY, 2012; GOLDANI et al, 2011). Além desses aspectos, na cesárea o corpo da mulher não está preparado para o parto, visto que na maioria das vezes ocorre com hora marcada, o que impede as reações ao relógio biológico, quando não é respeitada a fisiologia do parto (BRASIL, 2010; MALACRIDA e BOULTON, 2012). Dessa forma, a recuperação da mãe é mais lenta.

Em relação aos direitos humanos, no parto cirúrgico de rotina há violação dos direitos sexuais e reprodutivos pelo impedimento da mulher em usufruir e saber as vantagens do parto fisiológico, por meio da prevenção de procedimentos dolorosos e promoção do uso de alternativas não farmacológicas para redução da dor, tais como massagens, banhos, liberdade de movimentos e de posição, acompanhante de sua escolha ou de uma doula², entre outros aspectos que promovem uma assistência humanizada e baseada nas evidências científicas (GONÇALVES et al, 2011).

Na tentativa de reverter o modelo de atenção ao parto vigente, o Ministério da Saúde tem investido em pesquisas e políticas, visando à qualificação da atenção ao parto e

² O termo doula veio do grego, que significa “aquela que cuida” ou “mulher que serve a outra mulher”. Relatos de doulas ocorrem desde a década de 80 e em todo o mundo. No Brasil, as primeiras referências a doulas surgiram em 1997, em Belo Horizonte, e em 2004 em Salvador (SANTOS E NUNES, 2009).

puerpério, além da redução das cesarianas, como estratégias para reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil e as complicações obstétricas (BRASIL, 2011).

No entanto, apesar de todos os investimentos do MS, ainda existem lacunas no conhecimento científico da área, evidenciadas por Gonçalves et al (2011) e Bowser e Hill (2010), na abordagem da saúde da mulher, no âmbito do parto natural, tanto no que se refere aos profissionais de saúde como as mulheres (gestantes). Isto motivou a escolha pelo presente objeto de pesquisa que se caracterizou por utilizar de abordagens qualitativas, para dialogar com mulheres sobre suas histórias de busca pelo parto natural. Esta pesquisa foi desenvolvida com um grupo de gestantes que utilizaram um instrumento para a preparação do assoalho pélvico durante a gestação, o “epi-no”, acompanhadas por um Laboratório de Saúde da Mulher de uma Universidade do interior de São Paulo.

O epi-no, é um instrumento originário na Alemanha em 1999, corresponde a um balão de silicone, conectado a uma bomba manual que é inserida no interior vaginal das gestantes a partir da 34ª semana ou antes da 37ª semana de gestação, favorecendo maior dilatação da pelve e preparando o assoalho pélvico para a passagem do bebê, de modo a evitar ou minimizar lacerações no parto (NARCHI et al, 2011; RUCKHÄBERLE et al, 2009; JKOK et al, 2004; KOVACS et al, 2004). Este instrumento tem sido utilizado recentemente no Brasil e no Programa Epi-no do Laboratório de saúde da mulher é uma iniciativa oferecida por fisioterapeutas do meio acadêmico a gestantes, aplicado a partir da 34ª semana e busca divulgar a técnica a população, bem como avaliar sua eficácia no preparo do assoalho pélvico.

Os estudos com o epi-no desenvolvidos em âmbito mundial até o momento eram, em sua maioria, quantitativos e buscavam a eficácia do instrumento em si, porém não traziam a mulher como sujeito de pesquisa (SHEK et al, 2011; KOVACS et al, 2004; HILLEBRENNER et al, 2001; KOK et al, 2004). Neste sentido, considerando os aspectos acima mencionados e reconhecendo a necessidade de colocar a mulher como principal narradora da sua experiência de parto, esta pesquisa teve como objetivos identificar junto a estas mulheres gestantes, quais foram suas motivações para a escolha do parto natural e para o preparo do assoalho pélvico com o epi-no, buscando descrever os elementos envolvidos nessa escolha.

A pergunta norteadora da pesquisa foi: Como se deu o movimento de busca por informações e técnicas que permitissem à mulher a escolha pelo parto natural?

A partir deste trabalho espera-se trazer uma contribuição para reflexões na assistência ao parto, baseada em evidências científicas, integralizada e humanizada.

Capítulo 1: Humanização do parto e nascimento

A Política de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2014) busca despertar a importância do modelo humanista de atenção à saúde, em que o corpo humano é visto como organismo (conjunto), que possui interações e manifestações humanas, derivadas da linguagem e razão, caracterizadas por expressões simbólicas com seus semelhantes, por meio da cultura, de forma a superar o modelo biologicista do corpo como máquina complexa composta por órgãos e tecidos.

No contexto do cuidado à saúde realizado em hospitais (modelo cartesiano), focado na doença, nota-se que ao longo do tempo este cuidado passou a ser mecanizado e desumanizado, principalmente após o séc. XVIII. No entanto, a partir da segunda metade do séc. XX, surgem reflexões de profissionais que identificaram a necessidade de reconstruir um novo paradigma para a atenção à saúde, denominado “promoção à saúde”, proporcionando o estabelecimento de tecnologias (instrumentos de trabalho) para a saúde baseadas num agrupamento de conceitos históricos, tais como tecnologias leves, leveduras e dura, proposta por Merhy et al (1997). O objetivo da atenção humanizada à saúde visa atender o ser humano de acordo com seu grau de necessidade, buscando em primeiro lugar o acolhimento e a comunicação. Dessa forma, tem-se como tecnologia leve a que diz respeito às relações (comunicação, acolhimento, autonomização, vínculo, etc); tecnologia leve-dura a que diz respeito aos saberes estruturados (teorias, disciplinas da saúde tais como clínica médica, epidemiologia, enfermagem, etc) e tecnologia dura àquela em que se refere aos recursos materiais (equipamentos, normas e rotinas, estruturas organizacionais, etc) (MERHY, 1997 apud COELHO e JORGE, 2009).

No atendimento humanizado ao parto e nascimento, busca-se compreender o indivíduo nos aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, buscando superar o modelo biologicista e dando ênfase às relações no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com os/as gestantes/parturientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para a mãe e o bebê (BRASIL, 2014). Com a humanização do parto, busca-se uma relação de respeito entre profissionais e mulheres, visto que o parto é um processo natural e fisiológico que demanda respeito aos valores culturais, psicológicos e sociais da gestante e família, bem como o direito a ser bem assistida, escolher o local do parto, obter informações claras e objetivas durante a gestação, possibilitando a ela e sua família a identificação dos riscos quanto a sua escolha e o conhecimento do direito do acompanhante familiar e/ou doula durante o trabalho de parto (BRASIL, 2011;

GONÇALVES et al, 2011; CARRARO et al, 2006; DUTRA e MEYER, 2007). No atendimento ao parto humanizado, busca-se acolher a mulher, bem como ouvi-la e respeitá-la em suas necessidades.

Especificamente em relação ao parto, na década de 80 iniciaram-se questionamentos sobre as bases científicas para o uso e utilidade da episiotomia nos procedimentos médicos, aliados a movimentos sociais nacionais e internacionais (feministas) que exigiam a participação de mulheres na definição das prioridades de pesquisas, registros sistemáticos pelos serviços de saúde dos procedimentos na assistência e reivindicação do parto como uma experiência sexual feminina (MATTAR et al, 2007). Esses movimentos, em associação ao desenvolvimento de Políticas para a atenção a saúde da mulher, levaram ao surgimento do Programa de Humanização para o Parto e Pré-natal (PHPN) pela Portaria 560/2000, cujo objetivo foi formalizar e destacar iniciativas que demonstrem a participação ativa da parturiente no trabalho de parto (BRASIL, 2011).

Estudos realizados em diferentes países e continentes mostraram que a experiência do parto, bem como a desumanização (desrespeito ao momento da mulher e a sua dor, negligência no atendimento, julgamentos, violência institucional, entre outros) provocam traumas na mulher e reforçam uma cultura de desconfiança e medo entre profissionais e clientes, caminhando na “contramão” de um relacionamento de prestação do cuidado (PIRES et al, 2010). Evidências de desrespeito e abuso no parto foram identificadas e descritas em um relatório elaborado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard em 2010 em sete categorias com o objetivo de formar um desenho sobre os direitos humanos e os princípios da ética, sendo elas: abuso físico, intervenção não consentida, falta de confidencialidade no cuidado, falta de dignidade no cuidado incluindo abuso verbal, discriminações baseadas nos atributos da paciente (etnia, nível de instrução, situação econômica, idade e entre outras), abandono de cuidados e detenção nas instalações hospitalares (BOWSER e HILL, 2010).

Outro aspecto evidenciado pelos estudos foi a “naturalização do sofrimento”, manifestada por meio de atitudes discriminatórias (etnia e classe) e desumanas na assistência ao parto, bem como a não legitimação da sexualidade e reprodução de mulheres consideradas subalternas (negras, pobres, baixa renda), assim como a estigmatização da maternidade na adolescência com abusos verbais e humilhação sexual do tipo “*quando você fez, você gostou*” (DINIZ, 2009). Segundo a autora, estas atitudes têm sido usadas no sentido de disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando possíveis pedidos de ajuda. O

medo da dor (“pessimização do parto”) e a naturalização do sofrimento, bem como as intervenções tecnológicas (uso de ocitocina, rotura de membrana, episiotomia e Kristeller) impõem limitações à mulher na escolha pelo parto normal (DINIZ, 2009; MATTAR e DINIZ, 2012).

Considerando-se que a dor e o medo de romper a integridade do períneo sejam aspectos preocupantes para as mulheres, bem como a alta incidência de episiotomia (na maioria das vezes desnecessária e altamente traumática para a região perineal), algumas técnicas vêm sendo desenvolvidas para o preparo da gestante para o parto fisiológico, bem como para a redução de agravos (NARCHI et al, 2011; RUCKHÄBERLE et al, 2009).

Dentre as opções disponíveis de tecnologias leves citadas por Merhy (1997) apud Coelho e Jorge (2009), pode-se estender para o atendimento ao parto e destacar a técnica do epi-no (Figura 1), conforme descrito anteriormente.



Figura 1 - Epi-no

Fonte: Blog Desabafo de mãe, 2012

Outras alternativas não farmacológicas também foram encontradas na literatura, tais como massagens, banhos, liberdade de movimentos e de posição, fundo musical e a presença de um (a) acompanhante de sua escolha e uma doula (DAVIM et al, 2007; CARRARO et al, 2006). Essas alternativas têm mostrado resultados positivos na escolha da mulher pelo parto natural.

A episiotomia, procedimento que lesiona estruturas importantes da vagina, tais como músculos, tecidos eréteis, nervos, vasos da vulva e da vagina produz marcas físicas e psicológicas negativas para toda a vida de uma mulher. É uma prática que tem sido utilizada de forma rotineira, necessitando de reparo cirúrgico, perda sanguínea, custo alto, desconforto materno e alterações na função sexual (PROGIANTI et al, 2008; VAHDANINIA et al, 2009). Por esta razão, em vários países, a episiotomia é indicada somente em casos de períneo rígido, devido à episiotomia anterior. No entanto, esta prática tem sido utilizada em grande escala e não são notificadas na descrição de procedimentos médicos presentes nos prontuário

das parturientes. Este fato está ligado a vieses de gênero, que mascaram o problema e não conduzem a evolução no cuidado (DINIZ, 2013; MATTAR e DINIZ, 2012). O Programa Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS) mostrou que em 2006, 70,3% dos partos vaginais no Brasil tiveram episiotomia e 84,8% delas foram realizadas em primíparas. Embora se observe que no mesmo período, a taxa de partos hospitalares superou 97% em praticamente todas as regiões brasileiras, exceto na região norte (91,23%), os dados de episiotomia e demais procedimentos e intervenções utilizados no parto normal não estão registrados no DATASUS (BRASIL, 2012), o que evidencia que esta prática não é descrita nos procedimentos médicos durante o parto, embora possa ser observada no exame físico puerperal de grande parte das mulheres que tiveram parto normal.

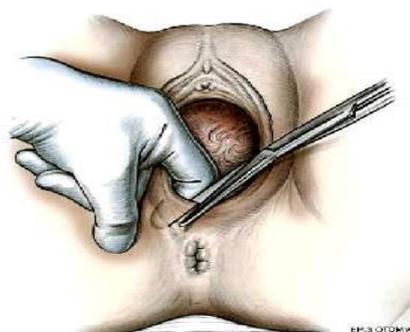


Figura 2 - Episiotomia

Fonte: <http://www.google.com.br>

Em relação ao direito a acompanhante de escolha da mulher, garantido por lei desde 2005, segundo o Programa Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS) somente uma pequena parcela (16,2%) das mulheres puderam usufruir desse direito: 34,6% no setor privado e 9,5% no SUS (MATTAR e DINIZ, 2012). A presença do familiar (esposo, mãe, amiga) e/ou de uma doula oferece suporte físico, afetivo e emocional, na medida em que a mulher se sente cuidada e acolhida (CARRARO et al, 2006; BRASIL, 2010; GONÇALVES et al, 2011). Algumas pesquisas têm mostrado que a presença de uma doula, bem como o acesso a informação, apoio da família/companheiro reduzem a quantidade de cesáreas e fórceps, bem como trazem bons desfechos fetais evidenciados pelos resultados no apgar do RN³ (TRUEBA et al, 2000; SANTOS e NUNES, 2009). Estar amparada aumenta, ainda, a segurança da

³ Conjunto de sinais respiratórios, circulatórios e neurológicos, organizados numa tabela de cinco pontos (Frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa) que servem como parâmetros para avaliar a vitalidade do recém-nascido nos primeiros cinco minutos de vida extrauterina.

gestante em trabalho de parto e a escolha por formas menos intervencionistas para o nascimento (CARRARO et al, 2006).

Contudo, o modelo de atenção ao parto que ainda prevalece no Brasil mostra questões alarmantes, do ponto de vista de não acatar a evidência científica e do desrespeito ao direito à saúde.

1.1 Nascer no Brasil

O nascimento no Brasil sofreu forte influência das intervenções tecnológicas e médicas, perdendo sua condição de “arte de nascer”. Nota-se que, ao longo dos anos, houve um aumento da taxa de parto cesáreas (maioria eletivas⁴) nos países em desenvolvimento e, especialmente no Brasil, chegando a 52% principalmente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, contrariando as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 15% permitido para partos obstétricos (cesáreas) (OMS, 2010; BRASIL, 2011).

Segundo Behruzi et al (2010), o parto para a mulher é um experiência valiosa, rica e realizadora, porém a vivência dele é individual e está relacionada à cultura, crenças, redes de apoio, temores e nível de informação. Dessa forma, representa um ritual de passagem tanto para a mulher, quanto para sua família e implica em mudanças, tanto no corpo da mulher, quanto na vivência da família e na sociedade.

Para Chaves (2014), o momento do nascimento é a transição da vida do feto para o exterior do útero, o que exige adaptação biológica, envolvendo diversos órgãos e sistemas do recém-nascido, dentre os quais se destaca o sistema endócrino que atua no estabelecimento da respiração e oxigenação. Esta adaptação é bastante importante, fundamental e única para o ser humano, visto que o corpo do bebê aprenderá a viver biologicamente por si só e não dependendo do organismo materno.

Os indicadores de saúde materna no Brasil dos últimos 20 anos mostram que, mesmo com todas as intervenções impostas ao parto e ao nascimento, a mortalidade materna e infantil continua alta e esses números estão ligados (de modo paradoxal) a fatores como “pessimização do parto” e “naturalização do sofrimento”, nos quais crenças da cultura sexual são colocadas como científicas. Mesmo com o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna, criado em 2004, cuja finalidade foi reduzir esses números, não houve alcance da

⁴ Realizada com data previamente estipulada e não respeitando a fisiologia do parto.

meta de redução para 15%, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (DINIZ, 2009; MATTAR e DINIZ, 2012).

Uma pesquisa realizada recentemente (fevereiro de 2011 a outubro de 2013) em 266 hospitais (públicos e privados) pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) com cerca de 500 partos ao ano, foi organizada e compilada em vinte artigos científicos do Caderno de Saúde Pública, n30 Sup. (2014) e evidenciou que o Brasil tem sido um exemplo (negativo) internacional de altas taxas de partos cirúrgicos ou cesarianas (LEAL e GAMA, 2014; DOWNE, 2014), bem como exemplo de intervenções como episiotomias, uso de ocitocina e uso de antibióticos, práticas presentes em disciplinas cursadas por médicos, enfermeiras e parteiras e utilizadas no trabalho de parto, as quais aumentam o risco de doenças não transmissíveis e autoimunes em longo prazo, como diabetes tipo 1, esclerose múltipla, asma, eczema e alguns tipos de câncer, e os distúrbios ligados ao estilo de vida, como a obesidade (DOWNE, 2014; ATKINSON, 2012).

Segundo Leal e Gama (2014), o nascimento no Brasil não tem sido uma experiência natural ou fisiológica, independente da classe socioeconômica da mulher, visto que tanto em instituições públicas, quanto nas privadas o parto vaginal frequentemente ocorre com extrema dor e excesso de intervenções.

Segundo Domingues et al (2014), as cesarianas são realizadas em sua maioria como forma de finalizar a gravidez, mesmo em situações em que não existe risco para o bebê, nem para a mãe e é mais frequente em mulheres com boa condição financeira e associada a um bom padrão de atendimento.

Para Riesco (2014), a noção da assistência ao parto com segurança, considerando-se o uso de intervenções quando necessárias e para a prevenção de mortalidade provavelmente pode se confundir com metas de agilidade e oportunismo, com uso exacerbado e sem critérios, ignorando a fisiologia do parto e utilizando essas (ex: cesárea) como meio de “resolver” o parto de forma rápida. Em contrapartida, continua o autor, para as mulheres em que a gravidez é de baixo risco, são utilizadas intervenções (amniotomia, infusão de ocitocina, manobra de Kristeller, episiotomia e expulsão do feto) com a finalidade de aumentar a velocidade do processo do parto, uma vez que o modelo da assistência ao parto está centrado no serviço e no profissional, expondo-as a todo o tipo de intervenção, principalmente nos casos das mães primíparas (primeira gestação).

Historicamente, num período de dez anos (1996 a 2006) os partos realizados em hospitais públicos do Brasil, nas áreas rurais, aumentaram 78% para 96% e, nas áreas

urbanas, de 91% para 98% sendo que desses a taxa da cesariana na região rural aumentou de 20% para 35% e na região urbana, de 42% para 46%, dando um total de variação de 36% a 44% em âmbito nacional. Já no setor privado, as taxas de cesáreas chegaram a 80,8% em 2006 (DINIZ, 2009). Esta discrepância entre a real indicação do parto cesárea e aplicação em massa desta, tem elevado as taxas de mortalidade materna-infantil, evidenciada pela elevação dessa taxa de mortalidade na cesárea, que se apresenta cerca de 3,5 vezes maior, bem como o número de infecção puerperal, o qual chega a cinco vezes mais na cesárea que no parto normal (BRASIL, 2011).

Os danos iatrogênicos do parto, como o fórceps e a episiotomia, são tidos como decorrentes ou naturais do parto e a cesárea é apresentada como “conforto para a paciente contra as dores do parto” e “proteção contra danos sexuais” pela manutenção da integridade do órgão sexual feminino (BARACHO et al, 2009; DINIZ, 2009). Somado a isso, durante o parto, as mulheres são mantidas imobilizadas e em posições desconfortáveis e com instruções como “faça força”, as quais causam grande ansiedade e desconforto às parturientes, prejudicando o bom andamento do parto normal (BOWSER e HILL, 2010, OLIVEIRA et al, 2002).

Com o aumento da hospitalização de mulheres em trabalho de parto, em que gestantes são atendidas por médicos tanto nos partos cirúrgicos (cesarianas), quanto no parto normal com intervenções, aumentam as chances de danos à saúde da mulher e ao bebê, o que leva a partos prematuros e baixo peso ao nascer, bem como amniotomia (rotura precoce de membranas⁵) e morte materna (SOARES et al, 2009; SALVADOR-MOYSÉN et al, 2014). Dessa forma, a gestante depara-se com duas opções: a de um parto vaginal doloroso e com excesso de intervenções ou uma cesárea, pretendida como marca de desenvolvimento social e de modernidade, o que representa um paradoxo, visto que o aumento das taxas de cesáreas, além de estar em desacordo com as recomendações do MS e da OMS (15%), apresentou mais danos do que benefícios, aumentando a taxa de mortalidade materna e complicações do RN, tais como infecções, sepsis, entre outros (DINIZ, 2009).

Dentro da perspectiva de buscar compreender a imbricação de fatores que condicionam a cultura da cesárea no Brasil, o enfoque de gênero busca ampliar a visão do masculino e feminino, de forma a interagir com dimensões como direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Considerando as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres e o forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero

⁵ Geralmente a rotura de membranas ocorre em 2% a 18% das gestações e é causa de 30 a 40% dos partos prematuros e de 20% dos óbitos perinatais (GOLINO et al, 2006).

devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. É sobre este enfoque que trataremos a seguir.

1.2 *Cultura do parto*

Acredita-se que o parto no Brasil esteja ligado a diversos fatores, entre eles, socioeconômico, étnico, de gênero e cultural (SÃO PAULO, 2010). Uma pesquisa realizada em 2005 pelo núcleo de inovação da Coordenadoria de Controle de Doença (CCD) sobre o perfil de mortalidade de São Paulo entre os anos 1999 a 2005 verificou, por exemplo, que no sistema público, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS), há diferenças na morbimortalidade entre mulheres brancas e negras em relação à gravidez, parto e puerpério, sendo da ordem de 6 a 10 vezes maior entre estas as mulheres negras (SÃO PAULO, 2010). Isto incitou questionamentos sobre a efetividade do cuidado prestado às mulheres, principalmente as de etnia negra sobre a existência ou não de diferenças no atendimento prestado de acordo com etnia, classe socioeconômica e questões de gênero (SÃO PAULO, 2010). Além disso, também foi discutida a questão do pai como participante deste momento (nascimento do bebê), incluindo-o num campo tido como recluso à mãe e bebê. Dessa forma, criou-se o Projeto “*Humanização do parto e nascimento: questões étnico/racial e de gênero*”, com o objetivo de diagnosticar questões étnicas e de gênero relacionadas à saúde da mulher, sensibilizar os profissionais para a questão da inclusão da etnia nos atendimentos; formar os profissionais para o aprofundamento do atendimento adequado ao parto e nascimento e formar a sociedade civil para informar, dialogar e intervir sobre a saúde da população negra e participação social (SÃO PAULO, 2010).

No âmbito mundial, verifica-se que a influência da tecnologia e da medicina sobre o parto desenvolveu uma cultura, que se reflete na forma como o parto é visto atualmente, o que se comprova estatisticamente pelo número elevado de cesáreas em comparação ao parto normal.

Na tentativa de se compreender aspectos que se inter-relacionam com a escolha do parto podem ser discutidos os seguintes temas: a experiência emocional e a cultura da dor do parto.

A experiência emocional

Segundo Jaggar (1997) e Barreto (2013), desde tempos remotos, a cultura ocidental, medieval e grega acreditava que as emoções seriam uma parte da consciência diferente da razão, isto é, enquanto a emoção seria regida pela parte inconsciente (involuntária), a razão seria a parte consciente/racional (voluntária) em que emoções espontâneas, automáticas ou globais, como angústia, medo, contentamento, nervosismo, entre outras não estariam inseridas. Devido a esse caráter aparentemente individual e involuntário da parte inconsciente, acreditou-se que as emoções correspondem a respostas pré-sociais, instintivas (inatas, naturais, próprias da espécie) e determinadas pela constituição biológica de cada indivíduo (ontogênese X filogênese), construídas socialmente⁶ e culturalmente, como o amor romântico, amor/ódio à pátria, medo do desconhecido, entre outros.

Alguns estudos demonstraram que as emoções não são irracionais, pois dependem da observação que direciona, molda e as define, visto que os indivíduos conseguem controlá-las ou direcioná-las para o momento adequado e na intensidade adequada, caracterizando os seres humanos e dando significado, valor intrínseco e instrumental ao mundo. Numa situação perigosa é apropriado ter medo, pois é este que mantém a vida do ser. Quando um indivíduo não tem essa reação numa situação de perigo ou quando existe o medo numa situação em que não haja perigo, acredita-se que a reação não seja racional e há a instalação de uma patologia para a qual se solicitam explicações (JAGGAR, 1997). A experiência emocional ligada ao parto, portanto, está relacionada a questões pessoais, culturais e sociais, que produz na mulher uma lembrança positiva ou negativa.

A cultura da dor do parto

A dor do parto é conhecida nas escrituras sagradas (bíblia) como uma punição ao pecado cometido por Eva no jardim do Édem (GÊNESIS, 3:16) e constitui uma forte emoção na vida da mulher, lembrando que as emoções possuem um papel importante nas transformações sociais. Por longo tempo, a produção do conhecimento esteve influenciada pelo biologicismo, de forma a considerar a mulher como frágil, vulnerável, sentimental, bem como apta preferencialmente para a maternidade, de acordo com a construção das diferenças de gênero no papel social da mulher (JAGGAR e BORDO, 1988). Neste sentido, seu corpo

⁶ Construção social: construída ou inventada por participantes numa cultura ou sociedade particular.

passou a ser objeto de regulação e intervenção, com crescente medicalização para eventos fisiológicos, tais como a menstruação, a gravidez e a menopausa (AQUINO, 2014).

Portanto, partindo-se do pressuposto de que o parto seja fisiológico (não patológico), a dor do parto recebeu, ao longo dos anos, influência tanto da tecnologia, quanto de crenças, mitos, experiências mal sucedidas, levando-o a uma condição de “pessimização do parto”, na qual crenças da cultura sexual são colocadas como científicas e impedem a mulher de usufruir e saber que há vantagens no parto normal sem intervenções, bem como prevenir-se de procedimentos dolorosos e promover o uso de alternativas não-farmacológicas para redução da dor, como massagens, banhos, liberdade de movimentos e de posição, acompanhante de sua escolha e uma doula (DAVIM et al, 2007; CARRARO et al, 2006). Dentre os fatores causadores de ansiedade para a escolha da mulher pelo parto normal, estão o medo de não ser devidamente assistida, a falta de informações sobre o parto e o medo de complicações e da dor, a manutenção da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para a mãe e recém-nascido (BRASIL, 2011; CARRARO et al, 2006; RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008). Pode-se concluir que a situação de subordinação das mulheres no parto, através da medicalização é, portanto, socialmente construída/ condicionada (DINIZ, 2009).

Por esta razão, têm sido criadas estratégias científicas e/ ou empíricas que visam reduzir tabus em relação ao parto normal, sendo este natural ou fisiológico, conscientizando as mulheres e aumentando sua adesão (NARCHI et al, 2011; RUCKHÄBERLE et al, 2009). Buscam-se maneiras para ampliar a legalidade da argumentação pela mudança das práticas na atenção ao parto. Para tanto, o direito das mulheres de parir da forma que desejam perpassa uma discussão sobre o feminismo, que reescreveu a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Para Diniz (2005), a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. Entende-se que este fato esteja ligado a questões de gênero e saúde da mulher, conforme será discutido no próximo capítulo.

Capítulo 2: Gênero e Saúde materna: uma perspectiva dialógica

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva são conceitos contemporâneos e representam uma conquista histórica como fruto de lutas e reivindicações femininas pelos

direitos sexuais e reprodutivos, pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais (CORRÊA et al, 2003), tanto no âmbito nacional, quanto internacional (GRABINER, 2011). Até o início do séc. XX, a sexualidade era vista como um tabu, tanto que estudos voltados para esta área foram muitas vezes censurados, especialmente durante o nazismo na Alemanha e o Stalinismo, na União Soviética (CORRÊA et al, 2003). A visão do destino da mulher como geradora de filhos, cuidadora da família, única responsável pelo cuidado às crianças, da casa e da religião, remetem a uma ideologia nazista aplicada às mulheres arianas em detrimento das judias, as quais eram esterilizadas (GRABINER, 2011).

A transição de estudos sobre saúde da mulher para os estudos de gênero e saúde encontra-se em desenvolvimento nos dias atuais. Porém, pode-se considerar que nos últimos 30 anos obtiveram-se conquistas, tais como a criação de Centros especializados no atendimento à mulher, Políticas de segurança à mulher, direito ao acompanhante de escolha da mulher no parto, Política de Humanização do parto, nascimento e puerpério, etc (GALVÃO, 1999; MANDÚ et al, 1999; BRASIL, 2012). A humanização do parto busca uma relação de respeito entre profissionais e mulheres, bem como maior participação da gestante em seu trabalho de parto como sujeito protagonista, respeitando-se seus valores culturais, psicológicos e sociais, assim como o direito a ser assistida adequadamente, de forma segura e de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2011).

Gênero é o sexo socialmente construído, ou seja, um conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade humana (RUBI, 2005). Segundo Pinsky (2009), o gênero também pode ser entendido como um modo de afirmar componentes culturais e sociais das identidades, dos conceitos e das relações baseadas nas percepções das diferenças sexuais e, na qual são enfatizados aspectos culturais para a construção social das diferenças sexuais, classificando o masculino e o feminino, de acordo com sua historicidade. Já o corpo é visto como um lugar prático e direto de controle social e acredita-se que a variação dos comportamentos, tanto sexuais quanto sociais, esteja ligada à cultura e ordenamentos patriarcais, não estando ligados a um determinismo biológico a que as construções sociais tentam justificar (BORDO, 1997; BARBIERI, 1993).

O conceito de gênero desenvolvido por Joan Scott (1989), entre outras teorias de gênero na década de 80, refere-se a um sistema de relações de poder baseadas em um conjunto de qualidades, papéis, identidades e comportamentos opostos atribuídos a mulheres e homens. Enquanto o sexo seria determinado pela natureza/ biologia, o gênero seria uma construção história e socialmente construída de modo a firmar relações de poder.

As relações de gênero, tais como as de classe e raça/ etnia são determinadas pelo contexto social, cultural, político e econômico (SCOTT, 1989). Com base no conceito de gênero e de suas relações de poder, surge a questão da cegueira de gênero, ou seja, a aceitação de crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, o qual é visto como “defeituoso”, imprevisível e perigoso, necessitando de correções e tutela (intervenções) (PIRES et al, 2010). Tal fato leva a uma superestimação da tecnologia e invisibilidade quanto aos efeitos adversos.

Os movimentos feministas da segunda metade do século XX trouxeram a questão da maternidade, gravidez, parto e nascimento como discussão política de opressão sobre as questões de gênero (corpo feminino e a sexualidade), bem como uma forma de dominação/ subordinação das emoções femininas. Neste contexto, a medicalização do parto transmite a ideia de biologização/ patologização do parto como discurso da medicina (saber masculino) sobre o corpo da mulher e a reprodução (VIEIRA apud BARBOSA, 2003). Dessa forma, vê-se a necessidade de se discutir e repensar o lugar e as práticas sociais em que as interpretações de gênero impõem às pessoas na sociedade, a partir das diferenças sexuais como um dispositivo de poder, que torna corpos diferenciados e hierarquicamente mantidos e que demarcam a heterossexualidade obrigatória para sustentar desigualdades sociais estipuladas, proporcionando uma educação não sexista e a favor da equidade de gênero (SCOTT, 1989; RUBIN, 1986).

2.1 Feminismo e Giro Dialógico

Os estudos feministas tiveram grande representatividade na abordagem à saúde da mulher, bem como colaboração na elaboração das políticas públicas de saúde voltadas especificamente à saúde da mulher, a partir da realização de Conferências internacionais com abordagem ao tema - Conferência Internacional sobre População do Cairo em 1994 e IV Conferência Mundial sobre Mulher realizada em Beijing em 1995 - e conduziram a um processo de emancipação feminina, tendo a maternidade como escolha e não como imposição (COSTA, 2009; VARGAS E MOÁS, 2010). Os movimentos feministas da segunda metade do século XX trouxeram a questão da maternidade, gravidez, parto e nascimento como discussão política de opressão sobre as questões de gênero (corpo feminino e a sexualidade), bem como uma forma de dominação/ subordinação das emoções femininas. Neste contexto, a medicalização do parto transmite a idéia de biologização/ patologização do parto como discurso da medicina (saber masculino) sobre o corpo da mulher e a reprodução (VIEIRA apud BARBOSA, 2003).

Segundo Mary Dietz apud Gonçalves e Pinto (2011), o feminismo é um movimento político-social nacional e mundial, que visa igualdade, direitos e liberdade, constituído de modo histórico e com uma proposta de libertação (emancipação) para a população feminina. Este movimento, segundo Dominique Fougeryrollas-Schwebel apud Gonçalves e Pinto (2011), se ancorou no reconhecimento da opressão político-social feminina não determinada pela natureza e, portanto, podendo ser transformada politicamente. O objetivo do movimento feminista foi recriar nova referência à mulher a partir de um pensamento em grupo (GONÇALVES e PINTO, 2011). Este movimento pode ser dividido em três gerações, sendo que o marco inicial da primeira geração, “Feminismo da Igualdade” corresponde ao período entre o final do século XIX e o fim da Segunda Guerra Mundial (1945), marcado pelas conquistas dos direitos ao voto, a educação e ao trabalho, bem como salários iguais aos homens (PUIGVERT, 2001; GONÇALVES e PINTO, 2011).

A segunda geração denominada Feminismo da Diferença, corresponde ao final dos anos 1960, na qual há movimentos de subversão à cultura na tentativa de teorizar a opressão sobre a mulher. Para alguns autores, este feminismo critica a homogeneidade do feminismo da primeira geração por não evidenciar, por exemplo, a perda da identidade feminina (RIBEIRO, 2006).

A terceira geração, chamada Feminismo da Diversidade formado por feministas jovens a partir dos anos 1980, torna evidente o conceito de gênero, delimitando classe social, etnia, sexualidade e localidade, porém protagonizadas por mulheres ocidentais, de classe média alta, com estudos acadêmicos, que se utilizavam da superioridade cultural, etnocêntrica e acadêmica como poder sobre a sociedade (PUIGVERT, 2001; GONÇALVES e PINTO, 2011; RIBEIRO, 2006). Nota-se que cada geração sofreu críticas e modificações ao longo do tempo, de forma heterogênea, sendo a sua maioria concentrada na esfera acadêmica, demonstrando que mesmo no âmbito feminista, no qual se propõe mudanças na esfera social para toda a sociedade, existem relações de poder (GONÇALVES e PINTO, 2011).

O Feminismo Dialógico, proposto por Lúcia Puigvert (2001), é uma teoria que foi constituída mediante a observação da participação de mulheres sem estudos universitários e que não conheciam teorias feministas, mas com capacidade de reflexão, evidenciada por sua luta contra as desigualdades de gênero, como a FACEPA (Federação de Associações Culturais e Educativas de Pessoas Adultas), na Espanha e o movimento “no means no” (não significa não), como uma reação às situações de exclusão e opressão de gênero que sofriam. Essas mulheres foram referenciadas e definidas por Puigvert como “Las otras mujeres”, pois segundo ela “esas otras mujeres tuvieron que luchar desde el inicio de sus vidas contra una sociedad que las había relegado a un segundo plano y las obligaba a admitir relaciones verticales y desiguales, tanto en sus familias como en su trabajo y en los servicios públicos (...) han sufrido situaciones excluidoras, primero por ser mujeres, y después por no tener formación universitaria” (PUIGVERT, 2001, p.27). Portanto, o feminismo dialógico propõe compreender dialogicamente o significado dos eventos e baseia-se num diálogo intersubjetivo e igualitário, o qual inclui a participação de todas as mulheres, eliminando barreiras (de classes e culturais) oportunizando, desta forma, a participação global tendo como base o diálogo, no qual grupos de mulheres se comunicam na busca de igualdade de gênero (PUIGVERT, 2001; CHERFEM et al, 2010).

Dessa forma, os estudos feministas tiveram grande representatividade na abordagem à saúde da mulher, bem como colaboração na elaboração das políticas públicas de saúde voltadas especificamente à saúde da mulher. Nota-se que nas desigualdades das relações de poder dentro do feminismo, há um reflexo na saúde, pois em alguns locais o acesso aos serviços de saúde como os de planejamento familiar, são dificultados, as taxas de mortalidade materna ainda se apresentam elevadas e esclarecimentos que possam reduzir os

tabus em relação ao uso de materiais para prevenção da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, não são estimulados (BENITES e BARBARINI, 2009).

Buscando a coerência com os referenciais escolhidos para esta pesquisa, priorizou-se a reflexão e a interação livre de qualquer barreira de comunicação decorrente de diferenças sociais ou acadêmicas, de forma a poder não somente captar, mas compartilhar, consensuar e transformar com as mulheres suas experiências de busca para a concretização do sonho pelo parto natural. Mediante a esta situação, buscaram-se maneiras para reduzir as questões de subordinação no âmbito da saúde com base no estreitamento das relações humanas a partir de teorias que visem o diálogo entre profissionais e usuários da saúde, o que será discutido no capítulo a seguir.

O feminismo dialógico é mais um exemplo que de nos encontramos em sociedades cada vez mais dialógicas, ou seja, que os critérios de autoridade, até agora indiscutíveis e sustentados pela tradição, costumes e pelas relações de poder, estão sendo cada vez mais questionados. A ciência, tampouco escapa a esta tendência. O diálogo, a negociação e o consenso estão conquistando cada vez mais espaços, onde antes regiam as autoridades tradicionais. Por isso, hoje se fala de giro dialógico, que está afetando, tanto a sociedade como as ciências sociais. (FLECHA, VARGAS, DAVILA, 2004)

O giro dialógico diz respeito a uma crescente centralidade do diálogo em todos os âmbitos da sociedade, desde o cotidiano até às relações entre as pessoas e destas com os sistemas (AUBERT et al, 2008). Segundo estes autores, as mudanças na relação entre as pessoas, tanto no âmbito familiar, no qual as decisões não partem mais de apenas um sujeito (chefe de família), quanto nos ambientes externos de cada família, nas quais as decisões são tomadas a partir de diálogos/ negociações; são reflexos de um giro dialógico implantado na sociedade. Dessa forma, tem-se que as interações dialógicas, as quais são mediadas pela linguagem tendem a proporcionar maiores opções e argumentos para que a escolha ocorra de forma mais livre (AUBERT, 2008). Todas as pessoas são capazes de utilizar a linguagem para a comunicação, expressar ideias, pensamentos, prover argumentos, entrar em acordo e coordenar ações, independentemente de sua condição socioeconômica, linguística ou cultural (AUBERT et al, 2008; HABERMAS, 1999).

Jürgen Habermas (1999) em sua Teoria da Ação Comunicativa baseia-se na capacidade universal de linguagem e ação para propor a reconstrução da razão por meio da racionalidade comunicativa. Para ele, o mundo da vida, constituído por três mundos (objetivo, social e subjetivo) serve como base para toda e qualquer ação comunicativa, pois os sujeitos

ao atuarem de modo comunicativo, entendem-se e se identificam tomando por base seus mundos da vida em comum (HABBERMAS, 1999):

“as manifestações racionais tem um caráter de ações plenas de sentido e inteligíveis em seu contexto, como atores que se referem ao mundo objetivo (...) que tem uma constituição física que lhes capacita a ter uma verdadeira experiência, que tem uma motivação que lhes leva a falar sinceramente de sua experiência e que falam de acordo com esquemas de expressão compartilhados e reconhecidos” (Habermas 1999, p.31).

Freire (2005) aponta que a linguagem do mundo não pode ser privilégio de alguns indivíduos, visto que a palavra somente poderá ser tida como verdadeira, caso seja construída em diálogo, visto que este mundo sendo nomeado e pronunciado poderá conduzir a transformações com base na palavra falada, no trabalho e na ação-reflexão. A construção de conhecimentos e sua extensão, segundo Freire (1996) deve envolver o sujeito participante, ser contínua e constantemente testemunhada.

“ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (...) visto que toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que ensinando aprende e outro que, aprendendo ensina” (FREIRE, 1996, pag.22).

As elaborações de Habermas (1999) sobre Ação Comunicativa, bem como as de Freire (1996) sobre a Dialogicidade configuram a base para a definição do conceito de aprendizagem dialógica. A aprendizagem dialógica é um conceito de aprendizagem em que fatores, como interação e comunicação, interagem entre si através de um diálogo cujo objetivo é alcançar acordos que visem resolver situações problemáticas e assim aprendem a alcançar uma compreensão mais complexa do mundo (AUBERT et al, 2010).

Na aprendizagem dialógica Aubert et al (2008) propõem que a construção do conhecimento se dê de forma igualitária, com pretensões de validade (sem sobreposição de um conhecimento sobre o outro e sem pretensões de poder – transferência de conhecimento) e com a participação efetiva dos sujeitos, que são tidos como seres reais e com mesmas capacidades e oportunidades para interagir, argumentar, concordar/ discordar, demonstrar sentimentos e emoções, o que vai de acordo com a existência humana na interação uns com os outros - saber “ingênuo”.

O conceito de aprendizagem dialógica (FLECHA, 1997) foi desenvolvido de forma gradual e através da investigação e observação de como as pessoas aprendem tanto fora, quanto dentro das instituições educativas, quando o atuar e o aprender livremente são permitidos. Esta concepção vem sendo reformulada pelo Centro Especial de Investigação em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades (CREA)⁷ da Universidade de Barcelona, cujas bases estão ancoradas em autores como Jürgen Habermas, Paulo Freire, Adriana Aubert, Ramón Flecha, entre outros, e tem como objetivo superar os obstáculos da comunicação entre o ambiente acadêmico e o populacional. Este Centro tem proporcionado discussões sobre formas de lidar com as barreiras da comunicação entre as comunidades universitárias e as comunidades externas, tentando deste modo eliminar o abismo intelectual que existe entre os dois ambientes. Deste Centro de Investigação fazem parte os autores contemporâneos Jesus Gómez e Lúcia Puigvert, entre outros.

Buscando a coerência com os referenciais escolhidos para esta pesquisa, priorizaram-se a reflexão e a interação, livre de qualquer barreira de comunicação decorrente de diferenças sociais ou acadêmicas, de forma a poder não somente captar, mas compartilhar, consensuar e transformar com as mulheres suas experiências de busca para a concretização do sonho pelo parto natural.

⁷ O CREA (Centro Especial de Investigação em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades) foi criado em 1978 e conta com cerca de 300 grupos de investigação, os quais trabalham com um variado banco de situações, grupos sociais e políticos, concentrando-se na utilidade social e nos resultados dessas investigações.

Capítulo 3: Objetivos

Objetivo geral

Descrever os elementos envolvidos na escolha da mulher pelo parto natural.

Objetivos específicos

Identificar motivações para o preparo do assoalho pélvico com o epi-no, visando o parto natural;

Analisar os elementos que facilitam e aqueles que dificultam essa escolha;

Capítulo 4: Método

4.1 Caminho metodológico

Esta pesquisa do tipo qualitativa foi desenvolvida com base nos referenciais teórico-metodológicos de Paulo Freire (2005), de Jurgên Habermas (1999), de Lidia Puigvert (2001) e da Metodologia Comunicativa Crítica (MCC) proposta por Jesus Gómez (2006) e desenvolvida pelo CREA. Segundo Gil (2002), pesquisas qualitativas proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, possível de constituir hipóteses e descrever características de uma população-alvo.

4.2 Referencial Teórico

Utilizou-se neste estudo como referencial teórico o Feminismo Dialógico, proposto por Lidia Puigvert (2001) e que se ancora na Teoria da Ação Dialógica de Paulo Freire¹; e na Teoria da Ação Comunicativa de Jurgên Habermas (1999).

Jurgên Habermas (1999) em sua Teoria da Ação Comunicativa sustenta que todas as pessoas são capazes de linguagem e ação, na medida em que propõe a reconstrução da razão por meio da racionalidade comunicativa. Para ele, o mundo da vida, constituído por três mundos (objetivo, social e subjetivo) serve como base para toda e qualquer ação comunicativa, pois os sujeitos ao atuarem de modo comunicativo, entendem-se e identificam-se tomando por base seus mundos da vida em comum (HABERMAS, 1999).

Para Freire (2005, p.90), *“a existência humana por ser nesta condição, não pode ocorrer de forma silenciosa, nem com palavras falsas, mas verdadeiras sendo possível mudar o mundo”*. Da mesma forma, a linguagem do mundo não pode ser privilégio de alguns indivíduos, visto que a palavra somente poderá ser tida como verdadeira quando construída em diálogo. As elaborações de Habermas (1999) sobre ação comunicativa, bem como a dialogicidade de Freire (1996) configuram a base para a definição do conceito de aprendizagem dialógica.

Gómez et al (2006) propõe a Metodologia Comunicativa Crítica, fundamentada em uma orientação comunicativa, cujas suposições são: o diálogo intersubjetivo (diálogo entre ciência e sociedade), as pretensões de validade (consensos obtidos a partir dos melhores

argumentos) e compromisso (com a verdade) como estratégia de investigação científica, a qual supõe um diálogo igualitário entre pesquisadores e pessoas que participam da pesquisa, no qual se construa uma interpretação coletiva do tema do estudo. Esta pesquisa utiliza a MCC para o seu desenvolvimento.

A partir da aprendizagem dialógica, Gómez et al (2006) propôs um avanço deste conceito para a pesquisa, objetivando proporcionar a interpretação da realidade não mais priorizando os saberes acadêmicos próprios da cultura dominante, dando origem a Metodologia Comunicativa Crítica. O termo comunicativa refere à superação da dicotomia sujeito/ objeto através intersubjetividade e crítica porque se refere à capacidade de reflexão e autorreflexão dos indivíduos e da sociedade (GÓMEZ, et al 2006).

Para Freire (2005), uma vez que este mundo pode ser nomeado/ pronunciado, poderá haver transformação com base na palavra falada, no trabalho e na ação-reflexão.

“Não sou um ser no suporte, mas um ser no mundo, com o mundo e com os outros; um ser que faz coisas, sabe e ignora, fala, teme e se aventura, sonha e ama, tem raiva e se encanta. Um ser que se recusa a aceitar a condição de mero objeto” (FREIRE, 2005; p. 22).

Freire (2005) ainda aponta alguns elementos como essenciais para possibilitar a ocorrência do diálogo (de fato) entre as pessoas: 1) O amor ao mundo e aos homens, por ser um compromisso com a humanidade; 2) a humildade, visto que a autossuficiência não possibilita o diálogo; 3) fé nos homens e mulheres, crença do poder de fazer e refazer de cada indivíduo; 4) confiança, a qual permite uma relação de igualdade entre as pessoas; 5) Esperança, motivo pelo qual os indivíduos conscientes da imperfeição humana, buscam constantemente fazer; 6) Pensar verdadeiro, requisito necessário para o estabelecimento do diálogo, visto que demonstra um pensar crítico que percebe a realidade como um processo.

4.3 Referencial Metodológico: Metodologia Comunicativa Crítica (MCC)

A Metodologia Comunicativa Crítica (MCC) foi escolhida nesta pesquisa devido a privilegiar o diálogo igualitário, proporcionando aproximação do saber científico com o saber popular, evidenciando a voz aos indivíduos envolvidos. Segundo GOMÉZ (2006), a MCC tem como foco a orientação comunicativa (diálogo intersubjetivo, pretensões de validade e compromisso) e, desta forma, pode utilizar-se tanto de abordagens quantitativas

quanto qualitativas para o recolhimento de informações. Neste estudo foi utilizada a abordagem qualitativa, sendo o relato comunicativo a técnica de coleta e o nível básico de análise, a orientação para a análise dos dados.

A MCC propõe uma interpretação específica da realidade, superando a dicotomia entre sujeito e objeto, através da intersubjetividade e de crítica pela capacidade de potencializar a reflexão e a autorreflexão dos sujeitos envolvidos. Segundo Gómez et al (2006), esta proposta descreve, explica, compreende e interpreta a realidade com o objetivo de estudá-la e transformá-la, enfatizando que significados se constroem comunicativamente mediante a interação entre os sujeitos.

Esta metodologia apresenta três dimensões-chaves:

1) a dimensão ontológica, voltada para a natureza da realidade, baseada em diversos pressupostos teóricos como etnometodologia e dramaturgia, na Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, na Dialogicidade de Paulo Freire e na Aprendizagem Dialógica de Ramón Flecha;

2) a dimensão epistemológica que descreve como a realidade se apresenta, a intersubjetividade e os diálogos igualitários;

3) dimensão metodológica que explicita ações para investigação dos métodos e técnicas utilizados na investigação, bem como a construção dos significados do objeto do estudo. A sociedade atual pode ser denominada como dialógica devido às mudanças sociais que configuram o diálogo como resolução de conflitos (GÓMEZ et al., 2006).

4.3.1 Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica

Os Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica demarcam as características do diálogo, os quais possibilitam uma comunicação igualitária entre o pesquisador e os sujeitos participantes da pesquisa baseado em atos comunicativos dialógicos (SORDE e OJALA, 2010).

Estes postulados servem de eixo para auxiliar o investigador (a) durante a pesquisa e são apresentadas por Gómez et al. (2006), baseados em Chomsky e Searle para Análise das Competências Linguísticas; Mead com relação ao Interacionismo Simbólico e

Habermas e Beck no contexto da Análise Social e da criação do conhecimento dialógico (SORDÉ e OJALA, 2010).

De acordo com Gómez et al., (2006), os postulados são assim descritos:

- I. Universalidade da linguagem e da ação
Dispõe que todas as pessoas têm a capacidade de comunicar-se, independentemente da cultura, etnia, gênero, nível social, visto que linguagem e ação são capacidades inerentes ao ser humano (HABERMAS, 1999).
- II. Os seres humanos são agentes sociais transformadores
A orientação comunicativa crítica baseia-se na teoria de que através do diálogo é possível apresentar ou desenvolver potencialidades e transformar contextos.
- III. Racionalidade comunicativa
A racionalidade comunicativa diz respeito à disposição dos sujeitos capazes de linguagem e ação, manifestada no comportamento com emissões ou manifestações racionais, acessíveis a uma avaliação objetiva.
- IV. Sentido comum
A investigação comunicativa procura compreender o porquê de determinadas ações, considerando o sentido comum a que são atribuídas pelos indivíduos, considerando seus contextos.
- V. Sem hierarquia interpretativa
Refere-se ao desnível interpretativo presente na MCC, considerando que todos são capazes de interpretar, não há relações de poder ou superioridade de interpretação, nem mesmo do pesquisador.
- VI. Igual nível epistemológico
Reconhece que em busca da horizontalidade da interpretação, o pesquisador participe do processo comunicativo no mesmo nível de igualdade que os sujeitos participantes, conduzindo ao diálogo de suas vivências e saberes, podendo entrar em contraste com as teorias e investigações científicas.
- VII. Conhecimento dialógico
A MCC busca um conhecimento dialógico que integra a dualidade sujeito/objeto através da intersubjetividade e da capacidade de reflexão e autorreflexão, com base na interação entre as pessoas, sendo o conhecimento

construído a partir de pretensões de validade (não de poder), baseado na comunicação e diálogo.

4.3.2 *Local do estudo*

O estudo foi desenvolvido no Laboratório de Saúde da Mulher de uma Universidade do interior de São Paulo, com gestantes que realizavam atividades para o preparo do períneo com o epi-no. As entrevistas foram realizadas em salas do Departamento da Enfermagem, no Laboratório de Saúde da Mulher ou no local de preferência dos sujeitos da pesquisa (domicílio ou universidade). A escolha pelo local da pesquisa deu-se pela facilidade de acesso para encontrar os sujeitos da pesquisa e pela proximidade com os Departamentos acadêmicos.

4.3.3 *Sujeitos do estudo*

Foram sujeitos do estudo mulheres gestantes e puérperas que contemplassem os seguintes critérios de inclusão: estar vinculada ao Programa Epi-no; ser maior de 18 anos; ser localizada pela pesquisadora; estar disposta a participar da pesquisa; ser residente na cidade da pesquisa. Não houve distinção de etnia ou condição econômica.

4.3.4 *Aspectos Éticos*

O Projeto, após consentimento por escrito dos responsáveis pelo Programa Epi-no (Anexo 1), foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade onde se realizou a pesquisa, tendo sido aprovado (Anexo 2). Foram respeitados todos os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS, em especial o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Foi mantido o anonimato das participantes, sendo as entrevistadas identificadas com a letra “E” seguida da ordem das entrevistas (E1, E2, E3...).

4.4 *Coleta de dados*

A coleta de dados se deu por relatos individuais, por meio da técnica de relato comunicativo, utilizando-se como ferramentas a anotação das informações dialogadas em

diário de campo e gravação em áudio. A pergunta norteadora dos relatos foi: Como se deu o movimento de busca por informações e técnicas que permitissem à mulher a escolha pelo parto natural?

O relato comunicativo segundo Gomez et al (2006) é um diálogo entre o pesquisador e o sujeito pesquisado (pensamentos, reflexões, formas de atuar, de viver e resolver situações concretas na vida cotidiana dos sujeitos pesquisados), cuja finalidade é refletir e interpretar a vida cotidiana, provendo uma narrativa reflexiva sobre ela, de modo a detectar aspectos do presente e do passado como expectativas para o futuro.

Os relatos ocorreram através de encontros da pesquisadora com as mulheres participantes, individualmente e foram realizados em local de escolha da mulher, porém com predominância nas dependências do Departamento de Enfermagem de uma universidade do estado de São Paulo. Iniciaram em novembro de 2013 e finalizaram em Setembro de 2014. Houve dificuldade no contato com as mulheres, devido à incompatibilidade de tempo, bem como dificuldades em contatá-las em tempo hábil antes do parto, visto que as mesmas iniciavam o epi-no por volta da 34ª semana da gestação.

O número de mulheres entrevistadas foi oito, sendo que sete delas concluíram a 2ª fase que se caracterizou pelo segundo encontro e, uma dessas não prosseguiu para a 2ª fase, devido à perda de material, portanto para análise foram consideradas sete entrevistas. A quantidade de relatos esteve dependente da saturação dos dados. Os mesmos foram guiados por um roteiro (Anexo 4), elaborado com a colaboração das gestantes, ou seja, foram feitos contatos informais com gestantes que realizavam o epi-no no início do ano de 2013. Também foi utilizado um instrumento sócio demográfico (Anexo 5), com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa.

4.4.1 Etapas da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em duas etapas:

1ª Etapa: Ambientação com as mulheres em atendimento pelo Programa Epi-no

Para tanto, foram utilizados encontros informais com as gestantes enquanto aguardavam serem atendidas pelo Programa Epi-no, o que possibilitou presenciar diretamente o fenômeno de estudo e conhecer, de maneira mais intensa, os problemas que preocupavam estas mulheres. Por meio desta etapa, foram coletadas informações que pudessem subsidiar a construção do roteiro de questões, utilizado na próxima etapa. As observações, reflexões,

interpretações e explicações próprias da pesquisadora a partir do diálogo com as participantes da pesquisa foram registradas em um diário de campo. Dessa forma foi elaborado um roteiro com dez questões abertas, as quais traziam aspectos como preocupações, questionamentos, medos, entre outros que pudessem estar vinculadas a gestação. Este roteiro foi aplicado inicialmente como piloto, sendo posteriormente validado e aplicado como roteiro propriamente dito na segunda fase da pesquisa.

2ª etapa: Realização dos Relatos Comunicativos

Foram selecionados os sujeitos da pesquisa (mulheres gestantes) de acordo com os critérios de inclusão e, mediante o instrumento de coleta de dados (roteiro construído na 1ª etapa da pesquisa) foram realizadas entrevistas individuais antes e após o parto, que neste método são denominadas de relato comunicativo. A transcrição das entrevistas foi revista pela pessoa entrevistada, com o objetivo de ser fiel à fala e cultura da mesma (CHERFEM, 2009).

Após a validação das falas de cada mulher participante da pesquisa, as temáticas foram revisadas e agrupadas por semelhança de significados em temas gerais. Esses temas foram validados por um grupo de mulheres gestantes, que não participou da pesquisa (grupo assessor), mas que faziam parte de um grupo de apoio ao parto e nascimento.

Para fins de caracterização sócio demográfica e obstétrica das mulheres gestantes foi utilizada a adaptação do instrumento de coleta de dados utilizado no Programa Epi-no (Apêndice A).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi elaborada a partir da interpretação coletiva realizada no diálogo entre a pesquisadora e as mulheres gestantes participantes da pesquisa, através dos saberes da pesquisadora, pautada nos conhecimentos científicos sobre os temas levantados, bem como nas reflexões das participantes frente a sua vivência na realidade social pesquisada (Gomez et al, 2006).

Para fins de melhor compreensão dos relatos e maior formalidade na escrita, foram suprimidas as marcas da oralidade nos relatos, tais como “né”, “assim”, “ali”, “então”

uma vez que não se tratou de uma análise linguística. No entanto, foram preservadas as ideias conforme relatadas a fim de ser fiel a pesquisa.

Os dados obtidos nos relatos comunicativos foram transcritos e ordenados em duas grandes dimensões pré-definidas pela Metodologia Comunicativa Crítica: dimensão dificultadora e dimensão facilitadora, analisadas inicialmente pelo pesquisador a partir do nível básico de análise da Metodologia Comunicativa Crítica, conforme a Figura 3. Para fins de melhor apresentação dos achados da pesquisa, o quadro de Gómez et al (2006) foi adaptado, não em sua forma, mas na nomeação das dimensões. Dessa forma, as dimensões exclusoras foram identificadas como dimensões dificultadoras e as dimensões transformadoras, em facilitadoras.

	Sistema	Mundo da vida
Dimensões dificultadoras	n1	n2
Dimensões facilitadoras	n3	n4

Figura 3: Nível básico de análise: categorias e dimensões exclusoras e transformadoras (Gómez et al, 2006, p.103)

Essas dimensões foram organizadas em duas categorias, de acordo com a MCC: “**sistema**”, que compreende os relatos relacionados às instituições, espaços, sistemas de organização ou diretrizes reguladas pelo poder ou dinheiro e, “**mundo da vida**”, que diz respeito aos relatos relacionados às vivências cotidianas de cada sujeito participante, no caso desta pesquisa, vivências das mulheres (GÓMEZ et al, 2006).

Ambas as categorias foram baseadas na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e podendo ser ampliadas, subtraídas ou modificadas de acordo com os objetivos da pesquisa e com os relatos que surgiram. Portanto, n1 configura as dimensões dificultadoras relacionadas à categoria sistema; n2 dimensões dificultadoras relacionadas à categoria mundo da vida; n3, dimensões facilitadoras relacionadas à categoria sistema e n4, os dimensões facilitadoras relacionadas à categoria mundo da vida (GÓMEZ et al, 2006).

Os passos utilizados para análise dos dados foram:

- 1º. Transcrição das entrevistas na íntegra: audição, conferência e correção da transcrição; atribuição de um número acompanhado da letra “E” de entrevistada a cada mulher participante;
- 2º. Leitura exaustiva dos dados pela pesquisadora;

- 3º. Identificação das temáticas;
- 4º. Classificação das temáticas como dimensões facilitadoras e dificultadoras;
- 5º. Montagem dos quadros intermediários com as temáticas citadas;
- 6º. Realização de segundos encontros individuais com compartilhamento das temáticas com as mulheres e anotação de observações no diário de campo para validação da análise elaborada;
- 7º. Reconstrução dos quadros alocando novas contribuições;
- 8º. Compilação dos quadros iniciais em um quadro final agrupando as dimensões dificultadoras e facilitadoras de todas as entrevistas;
- 9º. Validação das dimensões por um grupo assessor, formado por mulheres gestantes que não participaram da pesquisa, conforme a Metodologia.
- 10º. Leitura de todo o material e produção de uma lista de recomendações, demonstrando aspectos que pudessem identificar a superação das dificuldades das mulheres para a escolha do parto natural.

4.6 Caracterização dos sujeitos

As mulheres (sujeitos) foram caracterizadas de acordo com um instrumento de coleta de dados demográficos, obstétricos e história sexual (apêndice A), conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Descrição e caracterização da população estudada: dados demográficos, obstétricos e sexuais

Identificação da entrevistada (E)	Caracterização
E1	<p>Dados demográficos: 28 anos, casada, superior completo, arquiteta, branca, com residência própria, realizou pré-natal, proveniente de convênio médico, não teve doula, indicação do epi-no pelo grupo de ioga.</p> <p>Dados obstétricos: primípara, IG 39 semanas e 5 dias, parto vaginal com episiotomia, sem doenças associadas, dormia cerca de 8h/ noite durante a gestação, alimentava-se várias vezes ao dia, às vezes sentia-se ansiosa, realizou como atividade física o ioga e como preparo do assoalho pélvico epi-no e contração/ relaxamento da musculatura do períneo, não teve episódios de perda urinária, nem dor ao urinar.</p> <p>História sexual: menarca aos 13 anos, sofria cólicas menstruais, início da vida sexual aos 23 anos, prazer desejo sexual presente</p>

	durante toda a gestação, sem perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual.
E2	<p>Dados demográficos: 22 anos, casada, superior incompleto, estudante de biologia, branca, moradia própria, realizou pré-natal, possui convênio, em licença maternidade, contou com apoio de doula e soube do epi-no no grupo de ioga.</p> <p>Dados obstétricos: Primípara, 39 semanas (IG quando se deu o parto), parto vaginal sem episiotomia, sem doenças associadas, dormia cerca de 5h/ noite, ansiosa, alimentava-se várias vezes ao dia, realizou ioga 2x/ semana e epi-no, sofria perda urinária em forma de jato ao tossir ou espirrar.</p> <p>História sexual: menarca aos 13 anos, não tinha cólicas menstruais, início da vida sexual aos 20 anos, prazer e desejo sexual presente durante toda a gestação, ausência de dor, perda urinária ou incômodo durante a relação sexual.</p>
E3	<p>Dados demográficos: idade 22 anos, casada, superior completo, fisioterapeuta, em licença-maternidade, descendente de japoneses, moradia própria, realizou pré-natal, possuía convênio, contou com apoio de doula, soube do epi-no pelo GAPHN, realizou epi-no cinco dias/ semana.</p> <p>Dados obstétricos: Primípara, parto vaginal sem episiotomia, IG 40 semanas e 6 dias (quando da ocorrência do parto), dormia 8h/ noite, sem ansiedade, alimentou-se de 2 a 3 vezes ao dia, realizou “pilates” como atividade física (1x/ semana), sofria perda urinária em forma de jato quando espirrava ou nos episódios de vômito, tinha episódios de diurese durante a noite e hemorroida.</p> <p>História sexual: Menarca aos 13 anos, cólicas menstruais, início da vida sexual aos 16 anos, presente o prazer e desejo sexual durante a gestação, sem perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual.</p>
E4	<p>Dados demográficos: 34 anos, casada, pós-graduada (mestrado), enfermeira, branca, moradia própria, realizou pré-natal, convênio, não contou com doula, soube do epi-no no ambiente acadêmico..</p> <p>Dados obstétricos: Primípara, laceração natural do períneo, IG 36 semanas (quando da ocorrência do parto), ausência d doenças associadas, dormia cerca de 6h/ noite, alimentava-se várias vezes ao dia, realizou caminhada 1x/ semana como atividade física e contração e relaxamento do períneo, ausência de dor ou perda urinária, presença de diurese no período noturno.</p> <p>História sexual: menarca aos 12 anos, cólicas menstruais, início da vida sexual aos 16 anos, prazer sexual presente e eventual desejo sexual durante a gestação, ausência de perda de urina, dor ou incômodo durante a relação sexual.</p>
	<p>Dados demográficos: 31 anos, casada, superior completo, relações internacionais, em licença maternidade, parda, moradia alugada,</p>

E5	<p>realizou pré-natal, convênio, teve acompanhamento de doula, soube do epi-no através do GAPHN e o realizou no Laboratório de saúde da mulher.</p> <p>Dados obstétricos: Primípara, parto vaginal com pequena laceração, sem episiotomia, IG 41 semanas e 3 dias (quando da ocorrência do parto), ausência de doenças associadas, dormia de 8 a 10/h por noite, sem ansiedade, alimentava-se de 3 a 4 vezes ao dia, realizou ioga e musculação como atividades físicas (2x/ semana), ausência de perda urinária e ausência de diurese noturna, presença de hemorroida.</p> <p>História sexual: Menarca aos 13 anos, presença de cólicas menstruais, início da vida sexual aos 16 anos, prazer e desejo sexual presentes, ausência de perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual.</p>
E7 ⁸	<p>Dados demográficos: 34 anos, casada, superior incompleto, autônoma na área da alimentação, branca, moradia cedida por parentes, realizou pré-natal, convênio, contou com apoio de doula, soube do epi-no via indicação de amiga doula, realizou epi-no (4 sessões).</p> <p>Dados obstétricos: Multípara (1 aborto), parto vaginal sem episiotomia, IG 38 semanas e 2 dias (quando da ocorrência do parto), dormia cerca de 10h/ noite, sem ansiedade, alimentava-se várias vezes ao dia, realizou yoga como atividade física e massagem perineal, sem perda urinária, presença de infecção urinária, episódios de diurese à noite.</p> <p>História sexual: Menarca aos 12 anos, presença de cólicas menstruais, início da vida sexual aos 18 anos, presença de prazer sexual e ausência de desejo sexual durante a gestação, ausência de perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual.</p>
E8	<p>Dados demográficos: 38 anos, casada, superior completo, secretária executiva, branca, moradia própria, realizou pré-natal, convênio, contou com auxílio de doula, soube do epi-no através de grupo da rede social, realizou o epi-no.</p> <p>Dados obstétricos: Multípara (2 filhos vivos e 3 abortos), parto vaginal sem episiotomia, com cesárea anterior, IG 38 semanas (quando da ocorrência do parto), ausência de doenças associadas, dormia cerca de 8h/ noite, ansiosa (última semana da gestação), alimentava-se várias vezes ao dia, realizou caminhada e natação 3 vezes por semana como atividade física e contração e relaxamento do períneo, ausência de perda urinária, presença de diurese no período noturno.</p> <p>História sexual: Menarca aos 14 anos, cólicas menstruais, início da vida sexual aos 22 anos, prazer e desejo sexuais presentes durante a</p>

⁸ A entrevistada E6 não foi mencionada neste quadro, devido à perda de material da entrevista. Suas informações ref. A este tópico encontram-se registradas com a pesquisadora. A entrevistada foi comunicada sobre esta perda, devido ao compromisso de convocá-la ao 2º encontro. Dessa forma, passou-se diretamente de E5 para E7.

	gestação, ausência de perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual.
--	---

A análise do quadro acima mostra que a média de idade variou de 22 a 38 anos, todos os partos foram por via vaginal, com alguns casos de laceração de 1º grau (28,6%) e episiotomia em um dos casos (14,3%); 100% das mulheres realizaram pré-natal em convênio; 71,4% das mães eram primíparas e 28,6% multíparas; 57,15% das mulheres tinha mais de 30 anos e 42,85% menos de 30 anos; a idade gestacional variou de 36 a 41 semanas e 3 dias; 57,15% tiveram perda urinária durante a gestação em ocasiões de tosse, espirro ou vômito; não houve alteração no apetite; as horas de sono variaram de 5 às 10h/ noite; a menarca (1º ciclo menstrual) variou de 12 a 14 anos; o prazer e desejo sexuais se mantiveram durante a gestação; não houve relato de perda urinária, dor ou incômodo durante a relação sexual; 42,85% realizaram além do epi-no algum exercício para o preparo do assoalho pélvico (massagem perineal e contração e relaxamento do períneo); 85,7% realizaram atividades físicas paralelamente ao epi-no (musculação, yoga, caminhada, natação); 85,7% contaram com o auxílio de uma doula; 85,7% não sofreram episiotomia; 14,3% tiveram discreta laceração natural do períneo durante o parto; o nível de escolaridade variou entre o superior incompleto (28,6%) a pós-graduação (14,3%); 71,4% das mulheres residem em moradias próprias e 28,6% (moradias alugadas ou cedidas por parentes).

4.7 *Descrição dos relatos*

Conforme a Metodologia Comunicativa Crítica, houveram dois encontros com cada mulher entrevistada. A descrição de cada encontro será apresentada abaixo, de acordo com a identificação genérica (E) de cada participante.

Entrevistada E1

A participante compareceu a 1ª entrevista com seu bebê (sexo feminino), demonstrando-se bastante amargurada, devido a ter sofrido episiotomia contra a sua vontade, visto que não foi respeitado seu tempo do parto. Durante a entrevista notou-se sua voz em

alguns momentos embargada e um desejo imenso de denunciar sua decepção quanto ao atendimento recebido no hospital. A duração média dos encontros foi de 29,5 minutos.

No 2º encontro, a mulher compareceu com o marido e a bebê. Parecia um pouco mais aliviada em relação a sua história de parto e contou que havia participado de um programa sobre violência do parto e informou estar disposta a participar de outros. A leitura, pela participante, da análise preliminar realizada pela pesquisadora foi realizada com expressões não verbais como sorrisos e demonstração de certo alívio ao saber que sua história de parto havia sido ouvida, escrita e com possibilidade de revisão. Ao saber que os resultados parciais desta pesquisa seriam apresentados em Congresso internacional (X Conferência da Rede Global dos Centros Colaboradores da OMS para Enfermagem e Obstetrícia e IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa que ocorreria em Julho/ 2014, na cidade de Coimbra/ Portugal), mostrou-se lisonjeada e expressou sentir-se reconhecida como sujeito participante deste processo.

O quadro a seguir foi elaborado com bases nos temas identificados e alocados nas dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.1 Quadro de E1: Dimensões facilitadoras e dificultadoras - E1.

Dimensões facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
1) A preparação para o parto (informação, yoga, etc); 2) O corpo feminino como flexível e adaptável; 3) Epi-no como instrumento de preparação e segurança para o parto; 4) O apoio de grupos e familiares; 5) Autonomia e empoderamento nas fases do parto.	1) Imaginário social do parto (PN como doloroso, traumático e assunto evitado em família); 2) Intervenções no parto (ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller, puxos) 3) Violência obstétrica/ violência institucional (manobras não permitidas, voz não ouvida da mulher pelos profissionais, intervenções não permitidas); 4) Cultura da cesárea; 5) Vulnerabilidade feminina no parto (não sentir-se respeitada, ouvida e sem possibilidade de reação). 6) Resiliência imposta pela violência obstétrica. 7) A simulação da aceitação do profissional (médico) pela opção da gestante para o parto natural.
Nº total: 5	Nº total: 7

Entrevistada E2

A entrevistada E2 compareceu ao relato comunicativo com seu companheiro e seu bebê (sexo masculino), os quais permaneceram externamente a sala, em meados de novembro/ 2013. Era sua primeira gestação e permaneceu tranquila durante o relato, transmitindo satisfação com seu parto e expressando felicidade e realização pessoal em sua experiência do parto natural. Expressava-se rapidamente e demonstrava ansiedade em expor sua experiência de parto.

O 2º encontro ocorreu em maio/ 2014, E2 já havia retornado aos estudos (estudante universitária), compareceu sozinha e relatou que estava com horários do dia bem comprometidos. Na medida em que as falas iam sendo repassadas, E2 demonstrava-se surpresa pela transcrição e em alguns momentos confirmava “*Digo isso para todo o mundo!*” e completava com risos. A duração média dos encontros foi de 18 minutos.

O quadro a seguir foi elaborado com bases nos temas identificados e alocados em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.2 Quadro de E2: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E2.

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
1) Informação – chave para o empoderamento (leituras, grupos de apoio e busca de saúde, preparação física e psicológica);	1) Imaginário social do parto (PN posição ginecológica, deitada e com dor);
2) Vivência empoderada do parto (fases do parto, experiência de morte e vida);	2) Intervenções no parto (histórias de outras mulheres: ocitocina, manobra de Kristeller, traumas).
3) Epi-no como instrumento de preparação e segurança no parto (noção do diâmetro da cabeça do bebê - 40 cm);	
4) Autonomia e empoderamento da mulher no parto;	
5) Apoio do familiar, amigos, doula e profissional (médico) como encorajadores (marido achou legal, tranquilidade com a presença da doula);	
Nº total: 5	Nº total: 2

Entrevistada E3

O primeiro da entrevistada E3 com a pesquisadora ocorreu em dezembro/13. A entrevistada compareceu com seu bebê (sexo masculino) e durante a entrevista permaneceu por vezes de pé e outras, sentada, devido às inquietações da criança. Permaneceu calma, com

articulações fáceis das palavras e bastante “empoderada” no relato. Demonstrou desejo de ajudar a conscientizar outras mulheres sobre os benefícios do parto natural, inclusive suas irmãs. Relatou que seu parto ocorreu de forma tranquila, natural e sem intervenções, conforme sua expectativa.

No segundo encontro, E3 compareceu com seu bebê e uma moça (babá), a qual permaneceu na sala segurando o bebê, enquanto as falas eram repassadas. Desta vez, raramente era interrompida pela inquietação da criança, que em alguns momentos “resmungou” e foi atendida carinhosamente pela mãe, de modo a não interromper o diálogo. Segundo ela, havia retornado ao trabalho e se mostrou disposta a falar sobre seu parto e repassar as falas, porém estava um pouco apressada. A duração média das entrevistas foi de 29,7 minutos.

Com base nos temas identificados, foi criado o quadro abaixo que aloca os elementos do relato em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.3 Quadro de E3: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E3.

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
<p>1) Informação – chave para o empoderamento (informação, apoio de grupos, busca pessoal);</p> <p>2) A preparação para o parto (leituras, epi-no, atividade física);</p> <p>3) Epi-no como instrumento para a preparação e segurança no parto (preparou o assoalho pélvico de modo a não ter nenhuma laceração, “assoalho de múltipara”);</p> <p>4) O apoio de grupos e informação (revolução, pessoas sendo tocadas pela informação);</p> <p>5) Autonomia da mulher no trabalho de parto (trabalho de parto rápido, parto ocorreu como o idealizado).</p>	<p>1) Imaginário social do parto (experiência ruim, medo, dor);</p> <p>2) Intervenções do parto (um choque a cada descoberta/ ouvir falar: ocitocina, puxos, episiotomia, etc);</p> <p>3) Incentivo à cesárea (dificuldade de mudança de pensamento das irmãs, cesárea vista como parto sem dor e necessário a todas as mulheres);</p>
Nº total: 05	Nº total: 03

Entrevistada E4

A entrevistada E4 compareceu ao primeiro em janeiro/ 2014. Compareceu sozinha, sempre sorridente e com sensação de leveza nas respostas que fornecia. Bastante centrada, buscou contar sua experiência de parto, de modo tranquilo e sem queixas. Contou

que gostaria de ter utilizado mais o epi-no, porém como seu parto adiantou, não teve a opção. No entanto, mostrou-se satisfeita com o instrumento (epi-no).

No segundo encontro, compareceu com seu bebê, que estava dormindo no carrinho e durante a entrevista acordou, porém não interferiu na condução do encontro. Durante a retomada das falas, em alguns momentos ela mesma preferiu ler as anotações, oferecendo sugestões, tanto para os temas, quanto para o texto. Algumas falas não foram reconhecidas ou preferiu-se excluí-las por não fazerem parte do contexto ou estarem repetidas na visão de E4. A duração média dos encontros com E4 foi de 22,5 minutos. Com base nos temas identificados, foi criado o quadro abaixo que aloca os elementos do relato em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.4 Quadro de E4: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E4

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
1) Intervenções no parto (no caso de E4, entende como facilitador, devido a ter sido necessário indução com ocitocina); 2) Cultura da cesárea (estimulou um desafio pessoal por ela não querer a situação imposta) 3) Estratégias para lidar com a dificuldade de aceitação das pessoas (limitar-se a falar sobre o assunto para evitar estresse e garantir algum respeito a sua decisão); 4) Informação – chave para o empoderamento (optou por ler pouco sobre o assunto para evitar idealização do parto); 5) A preparação para o parto (preparou-se na medida do possível, queria realizar yoga, porém questões econômicas a limitaram) 6) O apoio de grupos, familiares e experiência de outras mulheres (parceiros na sua busca pelo PN, pois lhe transmitiam segurança) 7) Autonomia e empoderamento da mulher no parto (apesar da intervenção que sofreu embora a seu ver, necessária, considera ter tido autonomia em seu parto); 8) Individualidade do parto (o parto não segue um roteiro e é individual para cada mulher) 9) Epi-no como instrumento de	1) Imaginário social do parto com lembranças vagas e pouco comentadas, sabia que seu nascimento ocorreu via fórceps e tem flashes de sua tia com o abdome aberto por deiscência de pontos da cesárea); 2) Cultura da cesárea (propaganda do parto sem dor; mulheres sem informação; amigas todas realizaram cesárea); 3) Dificuldade de aceitação dos profissionais e das pessoas da escolha da mulher pelo parto natural (amigas todas realizaram cesáreas a viam como louca por tentar o PN);

empoderamento para o parto (embora não tenha realizado várias sessões devido ao adiantamento do parto – 34 semanas, o vê como contribuinte para reduzir lacerações).	
Nº total: 9	Nº total: 3

Entrevistada E5

A entrevistada E5 compareceu ao primeiro encontro em março/ 2014. Devido à impossibilidade de locomoção (puérpera – havia parido há 6 dias), a entrevista ocorreu em seu domicílio. Estava acompanhada pelo esposo e por seu bebê, ao qual ela informou ser bastante calmo. Aparentava estar disposta, encantada com seu parto e falava com facilidade sobre todos os fatos ocorridos. Relatou que ela mesma estava cuidando do bebê e que seu marido a ajudava quando chegava do trabalho. Contou que à noite estava com elevação de temperatura (febre baixa) e que já havia se consultado com seu médico.

O segundo encontro ocorreu no ambiente acadêmico. E5 compareceu sozinha, já havia voltado ao trabalho e se encontrava disposta fisicamente. Informou que havia participado de alguns grupos após o parto, que havia preparado uma apresentação em slide sobre seu parto e que seu marido foi o principal interlocutor no grupo, despertando o envolvimento de outros pais. Durante a releitura das falas, E5 pareceu re-vivenciar seu parto e, segundo ela, contava tudo como se estivesse acontecendo naquele momento. Relendo as falas, ia completando o raciocínio das que estavam confusas e forneceu diversas opiniões tanto sobre a reorganização das falas, quanto das categorias de análise. A duração média dos encontros foi de 22,20 minutos.

Com base nos temas identificados, foi criado o quadro abaixo que aloca os elementos do relato em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.5 Quadro de E5: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E5

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
estratégias para lidar com a aceitação das pessoas (fechou-se num casulo para evitar que pessoas a dissuassem)	cenário social do parto (pouco conhecimento, sabia que seu nascimento ocorreu via cesárea e que

apoio do profissional e da doula como segurança (grupos apoio, doula e profissional médico) preparação para o parto (exercícios físicos, epi-no, leituras) experiência de parto a partir do grupo (nova visão de parto, encantamento) parto como encorajador para o parto natural (“bola de fogo”, sensação da passagem da cabeça do bebê); autonomia e empoderamento da mulher no parto (reconhecimento das fases do parto e do momento em que o bebê estava encaixado); formação – chave para o empoderamento (leituras, informações gerais que encorajam a mulher) realização do parto (“perfeito” para ela e o marido que após assistir a um filme se identificou e disse estar satisfeito com sua experiência)	sua mãe sempre ressaltava a importância do trabalho do parto, parto de novela em que mulheres gritavam); dificuldades encontradas (aceitação das pessoas, evitava falar e sua madastra e outras pessoas tentavam dissuadi-la do PN); experiências no parto (não teve e não queria para si) história da cesárea (experiência de sua mãe) habilidade da mulher na escolha do parto (houve um momento em que fraquejou (covardia) e chegou a pensar numa cesárea, porém 10 min depois, o bebê nasceu)
Nº total: 8	Nº total: 5

Obs.: Entrevistada E6⁹ não consta quadro, devido aos fatores apontados anteriormente e abaixo.

Entrevistada E7

A entrevistada E7 compareceu ao primeiro encontro, que ocorreu no ambiente acadêmico, em julho/ 2014. Compareceu sozinha, aparentava semblante feliz, certa ansiedade e disposição para falar sobre sua experiência de parto. Informou que durante a gestação havia planejado com seu marido para ouvir música durante o trabalho de parto. No entanto, não houve tempo suficiente. Após o relato em áudio, permaneceu na sala em conversa informal, relatando maiores detalhes sobre sua história de vida e parto. Informou que havia sido criada por uma tia e uma avó e que, por conta disto, também enfrentou dificuldades em relação a sua escolha, devido às crenças familiares sobre o parto normal.

A segunda entrevista foi realizada via online, devido à impossibilidade da mulher para comparecer a um local determinado, com hora marcada e a estar com problemas de saúde na família (tia e avó), bem como diversos afazeres domésticos que a impediam de se ausentar de seu domicílio no momento. Durante a releitura das falas, E7 fez alguns

⁹ Vale ressaltar que a entrevistada E6 foi importante para a fase de ambientação, no entanto devido à perda de material, não foi possível considerar sua entrevista na análise dos dados. Dessa forma, foi mantida a numeração das entrevistas em consideração as suas colaborações e de modo a não excluí-la da pesquisa.

questionamentos e pediu para excluir algumas falas (poucas) das quais não se lembrava de ter expressado. Seu pedido foi atendido e foram consideradas todas as suas observações.

Com base nos temas identificados, foi criado o quadro abaixo que aloca os elementos do relato em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.6 *Quadro de E7: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E7:*

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
1) A preparação para o parto	1) Cultura da cesárea
2) Alternativas emocionais para o controle da dor	2) Imaginário social do parto
3) Apoio/ orientação de profissionais e grupos (informação e movimentos do corpo, instrumento como o epi-no) como segurança e encorajamento.	
4) Epi-no como instrumento para a preparação e segurança no parto.	
5) Informação – chave para o empoderamento	
6) O apoio familiar como contribuinte para a autonomia da mulher no parto	
7) O trabalho de parto com caráter único para cada mulher	
Total: 7	Total: 2

Entrevistada E8

A entrevistada E8 compareceu ao primeiro ocorrido no ambiente acadêmico em julho/ 2014. Compareceu acompanhada pelo seu bebê (calmo e sorridente), aconchegado ao colo materno através de uma bolsa Canguru. A mesma aparentava semblante tranquilo e disposição para contar sua experiência calmamente. Informou que havia tido 5 gestações, porém somente 2 chegaram ao parto (tinha mais um filho, sexo masculino, 5 anos de idade), o qual havia nascido de cesárea. À medida em que descrevia suas experiências, houveram momentos em que se percebia certo descontentamento em relação ao parto anterior, porém, ao mesmo tempo alívio pelo último parto. Informou que ela e o marido haviam se preparado desde a primeira gestação para o parto sonhado. Após a gravação, a mesma permaneceu dialogando por mais alguns minutos e se despediu.

No segundo encontro, a entrevistada compareceu com seu bebê no carrinho de passeio. Aparentava expressão de tranquilidade, porém certa ansiedade, pois informou que

tinha pouca disponibilidade de tempo para o encontro, visto que estava com reforma em sua casa. Durante o repasse das falas, fez diversos ajustes/ correções e, em alguns momentos, sorriu pelo modo como suas falas estavam transcritas (de modo fiel a como havia se expressado e com marcas de oralidade). A duração média dos encontros foi de 19,9 minutos.

Com base nos temas identificados, foi criado o quadro abaixo que aloca os elementos do relato em dimensões dificultadoras e facilitadoras.

4.7.7 *Quadro de E8: Dimensões facilitadoras e dificultadoras de E8*

Dimensões Facilitadoras	Dimensões Dificultadoras
1) A preparação para o parto	1) Dificuldade de aceitação dos profissionais e das pessoas na escolha da mulher pelo parto natural.
2) Epi-no como instrumento para a preparação e segurança no parto.	2) Imaginário social do parto;
3) Informação – chave para o empoderamento.	
4) Mudança da cultura do parto através da reivindicação das classes.	
5) O apoio familiar como contribuinte para a autonomia da mulher no parto.	
6) O trabalho de parto com caráter único para cada mulher.	
Total: 06	Total: 02

Capítulo 5: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se como resultados desta pesquisa as estratégias utilizadas pelas mulheres para seu empoderamento, no sentido de resgatar a autonomia na escolha do parto e o enfrentamento da medicalização do parto. Os resultados também apontaram a necessidade de capacitação da equipe de saúde, em especial da enfermagem para o atendimento ao parto e nascimento, visando esclarecimentos quanto ao parto natural, desenvolvimento de iniciativas para a formação de grupos de apoio ao parto natural em diversos locais e conquistas de espaços para a divulgação do parto natural na atenção pública e privada.

Com base nos sete relatos comunicativos, foram identificadas as temáticas abaixo, as quais foram revisadas pelas mulheres entrevistadas, agrupadas por semelhança de significados em 14 temas, os quais foram validados por um grupo de mulheres gestantes de um grupo de apoio ao parto, não participantes da pesquisa, explicado anteriormente

Temáticas identificadas:

- Conhecendo sua história: “Como eu nasci?” – desmistificação do parto
- Imaginário social do parto
- Experiências de outras mulheres
- Cultura da cesárea
- Preparação física e psicológica para o parto: epi-no e grupo de apoio ao parto
- Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável.
- Escondendo o jogo 1: omitir para se proteger
- Escondendo o jogo 2: omitir a prática para enganar.
- Idealização do parto perfeito.
- O apoio do profissional e da doula.
- Reconhecendo as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento
- Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto
- Violência obstétrica: intervenções desnecessárias: “eu não quero isso para mim!”
- Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto

5.1 Conhecendo sua história: “como eu nasci?”

Para as entrevistadas, as experiências sobre parto obtidas na infância e/ ou adolescência, por meio de familiares (mãe, tias, avós), trazem a ideia de algo quase misterioso, velado, pouco comentado, percebido quando crianças como “assunto de adultos”, parto difícil e que exigia “capacidade” da mulher, com alta probabilidade de mortalidade materna. De qualquer forma, nem tudo era escondido, as mulheres relataram lembranças de mulheres deitadas em posição ginecológica para parir, às vezes amarradas e “gritando de dor”, os partos de novela, entre outras recordações que marcaram profundamente o parto como experiência ruim, dolorida, “a pior coisa do mundo”, amedrontadora, preocupante, traumática, marcada pelo medo e recheada de intervenções (fórceps, episiotomia, manobras de Kristeler, etc).

Da mesma forma a cesárea foi recordada como um alívio ao sofrimento do parto, desmarcando o desencorajamento da mulher. Além disso, a mulher em trabalho de parto não era valorizada, era somente mais uma a ser assistida, segundo os protocolos da época. Apesar de todas as ideias e experiências negativas vivenciadas no âmbito familiar, o parto normal, para estas mulheres é visto como mais saudável que a cesárea, porém ainda marcado pelo risco e pela imprevisibilidade.

“nunca tinha conversado muito com a minha mãe ou com as minhas tias sobre parto (...) o que eu sabia da minha mãe é que ela teve (...) o Parto normal ali na década de 80 (...) Ela teve indução por soro, no primeiro parto ela teve ocitocina sintética e episiotomia, todos aqueles procedimentos que viraram protocolo nessa época (...)” (E1).

“Sofrido. Amarrada na mesa com as pernas amarradas. Sem acompanhante nenhum. E só ali sentindo dor sem nenhuma medida de alívio da dor e tal. Então quando eu comentei que queria parto normal ela (mãe) achou uma loucura por conta disso. (E4)

“De parto só conhecia através da minha mãe, de televisão, que só passavam mulheres gritando para ter nenê e a experiência da minha mãe não foi muito boa (...) ela não dizia bem do parto normal. Ela teve três partos. O primeiro foi fórceps que acho que deve ter sido pior para ela o segundo, parto normal, também não dever ter sido muito bom. (...) e o terceiro já foi cesárea. (...)”. (E8)

O parto embora seja um evento fisiológico, foi incluído ao longo dos anos na prática médica como patológico, o que inverteu os papéis da mulher e dos profissionais que lhe prestam cuidados, colocando a mulher como sujeito passivo, ou seja, deixou de ser autonomia feminina (GONÇALVES et al, 2011).

As experiências negativas das mães das entrevistadas, bem como o sofrimento propagado pela mídia, através de novelas marcam o parto normal como “o pior” e a cesárea como alívio do sofrimento. Para a entrevistada E7, o que prevaleceu em seu imaginário foram informações pouco claras e tendenciosas, que despertavam questionamentos que não foram esclarecidos no seio familiar e cujas possíveis respostas a entrevistada pôde obter somente anos mais tarde com o grupo de apoio ao parto natural.

“Não sabia muita coisa porque fui criada por uma tia solteira e uma avó (...) o que eu sempre soube é que a minha avó teve cinco filhos, todos de parto normal (...) sabia que eu nasci de cesárea porque minha mãe não teve dilatação na primeira (gestação), então não quis arriscar na segunda.” (E7)

“Na verdade não era muito dito pra gente. A gente era criança, a gente via o que tava acontecendo, mas ninguém nunca falava ou explicava pra gente. Eu não lembro de alguém explicando como era o parto (...) as poucas memórias que eu tenho na infância e adolescência é da minha mãe, das minhas tias.” (E4)

“A minha imagem de parto normal é a imagem de novela (...) aquela coisa de amarrar as pernas e a mulher ficar ali se esgoelando (...) Era horrível, parecia que a pessoa ia morrer de dor ali já naquele momento (...). (E5)

Portanto, nota-se que a experiência/ conhecimentos pessoal e familiar do parto são imbuídos por crenças, mitos que imprimem medo, terror e ansiedade à mulher, mediante dúvidas que não podem ser sanadas, somente podem ser esclarecidas com a experiência positivas de outras mulheres (Oliveira et al, 2012).

5.2 *Imaginário social do parto*

O imaginário do parto na esfera social foi moldado ao longo do tempo para tornar legítima a mudança de contexto do domicílio para o hospital, tirando da mulher a autonomia do próprio parto e delegando-a ao profissional médico como forma de poder sobre o gênero feminino. Se antes, o parto era assistido por parteiras (mulheres), com a implantação de tecnologias (nem sempre necessárias ao parto), o parto passou de um evento fisiológico para patológico, a ser tratado em hospitais por médicos. Sabe-se que este fato faz com que aumente o número de intervenções, inclusive das cesáreas (WOLFF e WALDOW, 2008).

(...) para minha mãe era uma coisa normal porque na época dela era uma coisa corriqueira, mas a episio para elas não era um bicho de sete cabeças, era um procedimento médico que tinha que ser feito. Era obrigatório e necessário na época (...).” (E1)

“Eu só lembro na minha infância, na adolescência (...) as poucas lembranças que eu tenho (...) a experiência da minha mãe contando (...). Eu nasci de parto normal com fórceps e meu irmão de parto normal. Agora que falei que eu queria parto normal ela quase teve um treco (...).” (E4)

“ (...) ela (mãe) defendeu muito a cesárea porque deve ter sido melhor do que ela já tinha passado (...) o conceito que eu tinha de parto normal era a pior coisa do mundo. E quando a gente defende, a gente acredita pra valer (...).” (E8)

O modelo cartesiano de atendimento a saúde tem por método focar os cuidados na doença de forma mecanizada e desumanizada (MERHY, 1997). O medo da dor (“pessimização do parto”) e a naturalização do sofrimento, bem como as intervenções tecnológicas (uso de ocitocina, rotura de membrana, episiotomia e Kristeller) impõem limitações à mulher na escolha pelo parto normal. No atendimento humanizado ao parto, o objetivo é acolher a mulher, ouvi-la e respeitá-la em suas necessidades. (DINIZ, 2009; MATTAR e DINIZ, 2012).

A ideia de engravidar para E3 era distante, pois ainda era marcada pelo medo da dor e das intervenções. E5, filha única, tinha em mente que queria um parto normal, e recorda como a sua mãe dizia: *“no momento em que ele (bebê) desejasse e, de certa forma, anunciasse”*. Encorajada com estas idéias E5 buscou por um profissional (médico), que a apresentou ao parto humanizado.

“Sempre eu escutava experiências ruins em relação a parto, inclusive da minha mãe no momento do nascimento doeu, ela sofreu bastante (...) tudo de ruim ela teve, ela conta que não sabia desses detalhes, que isso prejudicava o momento do parto (...) foi uma experiência do jeito que ela contava, um absurdo (...) mas ela falou que depois que passava tudo, no momento que pega o bebê, esquecia tal, que apesar de tudo ela preferia parto normal, apesar de todo o sofrimento (...).” (E3)

“(...) a minha mãe foi a única pessoa com quem eu aprendi essa questão do parto (...) por causa da minha mãe. Ela teve uma cesárea, eu sou filha única (...) só que ela sempre disse, “a criança tem que avisar que ela quer vir ao mundo, esse negócio de tirar antes não está certo, as crianças ficam ansiosas” (...) eu não queria marcar, agendar, sempre foi isso. A única coisa que eu tinha na minha cabeça é que eu queria que pelo menos meu filho me avisasse que queria vir ao mundo, tanto que o parto humanizado, quem me apresentou foi o médico, não foi outra pessoa.” (E5).

A escolha do parto está ligada a diversos fatores, como crenças, valores, culturas, entre outros aspectos. (CORREA et al, 2003). Apesar de o nascimento ser considerado inerente ao ser humano, a experiência do parto é singular, dado que depende do modo como cada mulher vivencia seu parto, o que está relacionado às suas crenças, cultura,

temores, existência ou não de redes de apoio e nível de informação (BEHRUZI et al, 2010; CARRARO et al, 2006).

5.3 Cultura da cesárea

As entrevistadas apontam para a cultura do medo em relação ao parto normal, a influência do profissional (médicos, enfermeiros) sobre a decisão das mulheres e a falta de informações sobre o parto natural. A cesárea surge então, como sendo imposta pela cultura do medo da dor no parto normal e grande parte das mulheres aceitaram ou preferiram a ideia do “parto sem dor”.

“(…) A partir do momento que as mulheres conhecerem o que é um, o que é outro e aí poderem optar (...) por que o que acontece é que elas não optam. Elas chegam no consultório, o médico já propõe mesmo a cesárea. E a sociedade acho que empurra pra isso, justamente por causa da dor (...). Eu tenho a memória da minha tia ter feito uma cesárea e ter deiscência de sutura (deitada com a barriga aberta, com um monte de pús no corte, sem poder amamentar).” (E4)

“Eu acho que é uma questão de, "eu quero", do que, "eu realmente vou fazer e vou tentar até o fim". Então na hora que ela vê a opção da cesárea, que ela não vai sentir dor, aí começa a interferência da família (...) aí ela passa para cesárea. Eu acho que realmente ela não tem tanta certeza do que ela quer.”(E5)

“(…) porque na novela só passa cesárea, no programa de televisão é cesárea, as propagandas da (empresa J), por exemplo, é uma cesárea. É informação. Eu sempre falo, "dói, dói", só que eu não consigo te falar da dor, não existe, é engraçado (...). (E7)

A influência da tecnologia e medicina sobre o parto imprime na sociedade certa “determinação” de que o parto necessariamente precisa ser assistido no hospital e com tecnologias diversas, o que leva a um aumento de intervenções, como a cesárea (WOLFF e WALDOW, 2008).

Para E3 a preparação para o parto possibilita que as mulheres possam ser esclarecidas para terem condições de escolha e reconhecimento do que é melhor para o seu corpo. Segundo as entrevistadas, os profissionais estão despreparados para atender um parto natural por questão de formação.

“Então eu penso que é um absurdo as mulheres sofrerem esse tipo de violência. Pode ser que o profissional não tenha culpa de fazer o que faz, pela formação, eles tão fazendo o que aprenderam numa faculdade, não é verdade? Acho que pode ser

uma formação mal feita (...) por outro lado eu vejo também profissionais que tiveram os dois tipos de formações (...) na faculdade daquela forma e buscaram outras formações que é o caso da minha enfermeira que ela fez a formação de Doula, fez a formação de parteira natural (...), então é uma luta pra que as mulheres tenham um parto... bom da melhor forma possível.” (E3)

O poder nas práticas de saúde é exercido por uma hierarquia técnico-científica, na qual a figura do profissional médico encontra-se no topo, pautada pelos pilares da legitimidade científica de conhecimentos e da dependência dos indivíduos, sob a ótica de que a não obediência a este poder legitimado pode resultar em danos (Aguilar et al, 2013). Dessa forma, a busca por conhecimento no caso do parto representa uma subversão a este modelo de atenção, a qual vem demonstrando que no âmbito da saúde, os saberes são fragmentados e que para que se tenha uma melhor abordagem, é necessário que a prática seja baseada em evidências e se alie aos movimentos sociais como indicadores dos caminhos para esta melhora (MS, 2008).

E3 relata o desejo de que sua família tivesse acesso ao conhecimento e informações sobre o parto, de modo a produzir mudanças no seio familiar. Apesar de toda a dificuldade, acredita que seu esforço foi compensador, pois observa uma pequena mudança nas crenças de suas irmãs e uma delas, ainda que optando pela cesariana, o fez nas 40 semanas, quando possivelmente o bebê estaria dando sinais de chegada.

“Eu falei tudo pra elas (irmãs), só que como elas não estudaram e não quiseram saber, elas voltavam com o mesmo assunto (e isso, e isso?), e aí eu repetia tudo de novo e não adiantava. Então, acho que primeira coisa a mulher tem que querer, então ela tem que se informar (...) não adianta eu falar. Eu posso ajudá-la falando, falando, mas ela tem que querer também, eu não posso fazer nada sozinha.(...) insisti muito com elas para esperar o tempo do bebê, esperar as contrações virem e não agendar uma cesárea antes, 2 semanas antes (...) essas 2 irmãs quiseram mesmo fazer cesárea, uma eu consegui ajudar em uma forma (...) eu consegui uma coisinha dela, não agendar 2 semanas antes.. Ela fez a cesárea com 40 semanas, isso eu já achei ótimo”. (E3)

Para E4, enquanto suas amigas haviam tido cesáreas, ela preferiu informar-se a respeito do parto natural e optou por ele, pois acredita que se a mulher estiver informada sobre os riscos de uma cesárea, bem como dos benefícios do parto normal para o bebê, dificilmente ela aceitará uma cesárea.

“Eu fui pra cidade onde eu morava e minhas amigas todas com filhos pequenos, todas fizeram cesáreas. Quando me perguntaram se eu ia fazer cesárea eu falei que

não, que eu ia esperar o parto normal e ia tentar um parto natural, a primeira coisa que você ouve, ("nossa. Mas você é louca"! Imagina que eu vou fazer isso?). Então é um desencorajar, (...) é muito chato. Eu saí de lá chateada (...) Eu acho que a falta de conhecimento é o maior dificultador, vencer essa cultura da cesárea que existe (...) é difícil, difícil um obstetra que espera um parto normal." (E4)

A dor imaginada do parto, principalmente para nulíparas ou a experiência traumatizante das múltiparas imprime ao nascimento um momento aterrorizante, o que leva muitas mulheres a optarem pela cesariana: o medo, a agonia, a provação, o sofrimento e a morte foram associados historicamente ao parto (RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008). No entanto, a atuação de grupos sociais, principalmente feministas vem mudando esta visão do parto, contribuindo na reversão dessa realidade e resgatando o papel feminino na condução do parto (Oliveira et al, 2012).

Para E5, a realização do parto cesárea, com hora marcada se tornou conveniente. As mulheres ou o médico escolhem uma data que seja representativa por alguma razão (feriados, viagens, comemorações festivas, etc) e marca a cirurgia, sem pensar nos efeitos desta decisão sobre o bebê. Para a entrevistada, a cultura da cesárea se perpetua, devido a fatores ligados à comodidade médica (redução de tempo de espera do parto, compromissos pessoais, lucro comercial dos convênios) e a mídia, os quais influenciam em indicações, nem sempre adequadas das cesarianas. Algumas intervenções E5 acredita serem necessárias, como no caso de sua mãe que teve um mioma. No âmbito familiar, havia medo do parto normal, motivado pela dor imaginada do parto.

"Você começa a observar, com essa questão do meu parto, todo mundo tem exemplo para dar, tem a vizinha, você vê que muitas pessoas já faziam cesáreas, já estão fazendo cesárea agendada, ficam se agendando e você fala, "mas para quê"? (...) Minha mãe teve um mioma junto(à gravidez), que estava desenvolvendo (...) eles marcaram a cesárea.. Hoje eu já não sei, agora, que já vivenciei isto, eu não tenho como obter mais informação com a minha mãe porque ela já é falecida, hoje que eu vivencio mas poder buscar com ela, "como foi com você, será que foi eletivo ou não", eu não consigo mais porque ela morreu já tem 7 anos." (E5)

Segundo Leite et al (2010), os casos de leiomiomas em sua grande maioria está associado a complicações durante a gravidez, sendo associados a abortamentos espontâneos, parto pré-termo, rotura prematura de membrana, sangramento anteparto, descolamento prematuro de membrana, apresentação anômala e maiores taxas de cesáreas.

A escolha do parto por parte da mulher é um direito humano e fundamental, porém tem sido negada através da manipulação das informações sobre os riscos que envolvem

o parto, visto que a ideia do parto vaginal, por exemplo, é fortemente ligada a imprevisibilidade, enquanto a cesariana é associada a “liberdade de escolha” (TEDESCO et al, 2004). Dessa forma, nota-se que a “escolha” pela cesárea é, na verdade, enganosa, ou seja, a mulher nem sempre está informada sobre os riscos associados a ela, porém opta mais por medo e credibilidade dogmática do que pela livre escolha. Sabe-se que a dor durante o trabalho de parto é individualizada a cada mulher, porém seu alívio pode ser proporcionado por uma atenção humanizada ao parto, respeitando o tempo de cada mulher no processo da parturição, bem como estratégias não invasivas, tais como banhos, acupressão (técnica chinesa), as quais podem ser realizadas pela equipe de enfermagem (MAFETONI et al, 2013; MELO, 2007).

5.4 *Escondendo o jogo 1: Omitir para se proteger (fechar-se num “casulo”)*

A partir das dificuldades de aceitação pelos familiares, amigos e profissionais da decisão pelo parto natural, as mulheres entrevistadas elaboraram estratégias para lidar com este elemento dificultador: Então, buscaram não atender telefones nas últimas semanas para evitar persuasão de pessoas externas; evitaram dar explicações detalhadas; omitiram que tipo de parto aguardavam para evitar conflitos e rótulos de louca, evitaram tocar no assunto para proteger-se de estresse psicológico e julgamentos posteriores, caso houvesse necessidade de intervenção no parto, ou seja, “fecharam-se num casulo”.

“A dificuldade foi mesmo a questão das pessoas quererem interferir, a maior dificuldade é essa porque chega uma hora que eu estava de saco cheio mesmo, no final da gestação, (...) nas últimas quatro semanas eu me escondi, entrei em um casulo e não queria mais ouvir ninguém, não atendia mais telefone, porque “já vai passar da hora”, então isso foi realmente para mim uma dificuldade. Eu falei que quanto menos pessoas tivessem que saber, era melhor. A decisão foi minha e do meu marido e o filho foi nosso, então a responsabilidade é nossa, ninguém tem que ficar dando palpite (não! não faça isso não, parto normal vai acabar com você!) a gente escutava mais besteira da família toda, tios, primos, até amigos, todo mundo parece que está pronto para dar opinião, tem palpite para tudo” (E5)

“ (...) dificuldade eu encontrei uma em particular, a aceitação das pessoas com o fato de você querer o parto natural. Isso (nossa, você vai sofrer. Se as pessoas não tão querendo sentir dor, você quer sentir dor). Mas porque o parto normal que ela (mãe) fez há 34 anos atrás era terrível (...).Chegou um ponto que eu nem falava mais para as pessoas que tipo de parto eu queria (“Ah. Você vai espera o normal?” “É, vou esperar. Vamos ver o que vai dar”), nem entrava muito em detalhes, tanto que quando minha bolsa rompeu eu não contei pra ninguém (...).” (E4)

“(...) Até por indicação dos grupos que a gente participava, a gente não comentou muito, nem eu nem meu marido, que o nosso parto seria natural (...) principalmente com as pessoas que tinham enraizado que cesárea era a melhor coisa do mundo. Por exemplo, a minha mãe disse que chegou a falar que pediu a Deus que eu nunca tivesse um parto normal (...) para eu não passar por esse trauma, então a gente decidiu não falar para ela. A gente falava mais para as pessoas que já eram abertas a esse tipo de assunto, e que não acarretaria em nenhum tipo de conflito, nem me desestabilizar psicologicamente porque eu queria estar bem (...).” (E8)

A busca por igualdade, liberdade e justiça social ainda é um desafio para as mulheres brasileiras em relação à saúde sexual e reprodutiva, bem como a liberdade de escolha sem violência ou discriminação (PEREIRA e BENTO, 2011). Dessa forma, a mulher se vê numa situação de desafio, a qual exige grande esforço e posturas, às vezes mais rígidas para garantir respeito à sua decisão.

5.5 Escondendo o jogo 2: omitir para enganar

Para as entrevistadas, apesar de alguns médicos afirmarem que dão preferência a realizarem partos naturais, isto faz parte de um discurso que não se concretiza na prática, pois no momento do parto tendem a conduzir a mulher para a cesárea ou parto normal com intervenções.

“(...) Fui conversando com meu médico a respeito (...) durante todo o pré-natal. Ele estava ciente que eu queria o parto natural porque eu não queria intervenção, não queria anestesia, somente se fosse um caso extremo, necessário (...) durante o pré-natal ele sabia que eu queria fazer o parto ou de cócoras ou na banqueta porque eu perguntei várias vezes se ele poderia fazer e eu conversei várias vezes com ele (...). Na hora eu falei com ele e não me escutou, me mandou para o centro obstétrico, ligou o piloto automático, fez o protocolo e pronto, acabou, botou seu filho no mundo e é isso (...).” (E1)

“(...) eles dizem que não incentivam nada, mas é mentira (...) porque a gente ia ao médico tradicional e ele não falava nada, ele não dava informação, eu queria informação sobre como poderia ser o meu parto e não tive.” (E3)

“(...) No último ultrassom, a médica falou que o líquido amniótico estava muito espesso e me colocou uma pulga atrás da orelha, me deixou polvorosa porque ela falou (“pode ser mecônio, pode ser sangue e eu não sei o que é”, “você vai agora ao seu médico e pode ser que sua filha nasça hoje”). Ela falou assim, bem desse jeito.” (E1)

Para E4 é uma cultura em que foi dado um poder ao médico, o qual ele não deseja perder. No entanto, em locais onde existem profissionais dispostos a exercer de fato a obstetrícia, a autonomia da mulher é mais respeitada.

“E até eu estava conversando com um médico. Ele mesmo falando que para muitos médicos (maioria) é difícil admitir o parto natural hoje. Por quê? Pela questão do status. Ele vai deixar de ser o dono da situação e a mulher vai passar a ser a dona da situação (...) e isso fere o orgulho de muita gente.” (E4)

Para E5, na hora H, a opinião do médico pode alimentar uma dúvida quanto à segurança das condutas visto que apresenta o parto normal como incerteza:

“O médico começa a plantar a dúvida (...) Na verdade eu tinha passado por uma médica aqui em (X), só que ela foi muito fria, cheguei, dei o exame de teste de gravidez, ela preencheu todas as guias para exames, olhou para mim e falou, “então, você está grávida” (...) “se você quer esses negócios de parto normal, essas coisas, eu não faço, eu faço cesárea, se você quiser eu faço cesárea”. (E5)

E1 aponta para a dificuldade de aceitação do profissional médico quanto à escolha da mulher pelo parto normal sem intervenções (natural). Muitas vezes, ele (médico) simula aceitar a vontade da paciente, porém no momento do parto, acaba por seguir práticas cotidianas e protocolos. Essa omissão induz a mulher a acreditar em uma postura diferente deste profissional, porém gera traumas, tristeza e sensação de desrespeito após o parto.

“Este médico X costuma realizar partos naturais, porém faz mais cesáreas do que parto natural porque, como ele mesmo disse, é mais fácil levar para o centro cirúrgico, fazer o que tem que fazer e pronto, acabou (...). Eu sabia dessa posição dele, mas ele disse que faria o parto natural, que fez vários, ele falou: “faço o parto natural, inclusive sem analgesia” (...) Como ele deu abertura, falou que poderia fazer na banqueta, poderia fazer no quarto (...) não necessariamente precisaria de episiotomia (...), mas no final quando fui fazer o parto em si (...) ele não fez parte do combinado. A bebê nasceu de madrugada, o que agravou a situação, o médico chegou meio com sono ao hospital e ligou o piloto automático, fez o protocolo e pronto e acabou.” (E1)

A mudança de cenário em que os partos domiciliares passaram a ocorrer em instituições de saúde e, o ato de parir regido por médicos e enfermeiras introduz o hospital como ambiente controlado e seguro e o profissional de saúde como o condutor do processo (GONÇALVES et al, 2011). A hospitalização do parto pressupõe que não existe autonomia da mulher sobre seu próprio parto e a equipe que “presta cuidados” sente-se no direito de decidir e pensar por ela, no lugar dela, o que produz profundo descontentamento.

5.6 Experiências de outras mulheres

A experiência declarada de outras mulheres pode influenciar negativa ou positivamente na escolha do parto natural. O despertar para os benefícios do parto normal sem

intervenções (natural) surgiu a partir da procura pessoal das entrevistadas, o que inclui informação, grupos de apoio, yoga, doula, entre outras estratégias. E2 buscou preparação física e psicológica, bem como o convívio social com outras mulheres e expôs ao profissional médico quais eram seus planos para o parto, o que foi aceito. Embora E3 informe não ter sofrido violência obstétrica, relata que leu relatos de outras mulheres que passaram por esta situação e isto foi o suficiente para despertar atitudes que visassem reduzir as chances de ela mesma passar por isto. Para ela violência está ligada a formação profissional e a decisão do profissional em fazer ou não diferente frente à situação.

“(...) Se eu não tivesse sido instruída, com certeza ia acontecer comigo também, essas intervenções todas (...) a gente fica com aquilo na cabeça, a gente ouve outras histórias ruins então, eu não queria ter filhos, sofrer, eu tinha medo (...)” (E2)

“Eu já vi muitos relatos, li muitos relatos de mães que falaram que sofreram uma violência obstétrica. Então, pra não correr nenhum de sofrer violência obstétrica, eu fiz de tudo pra ser do jeito que eu queria (...)”. (E3)

“(...) na primeira reunião que a gente foi do grupo, teve um relato muito bacana de uma moça que tinha tido parto normal e ela fez epi-no. Saí de lá e falei, "é isso que eu quero para mim" (...) (E5)

Um estudo realizado em Moçoró (RN) mostrou que um dos maiores temores das mulheres em relação ao parto foi a falta de informação sobre o momento certo do início do trabalho de parto, o que indicaria a hora de se dirigir à maternidade. Essas informações acabam sendo transmitidas pelos profissionais da saúde da atenção básica, que são sucintas ao extremo, imprimindo dúvidas à mulher. Então, elas acabam por buscar esse conhecimento com outras mulheres (múltiparas), os quais aparecem de forma divergente, carregada de mitos e experiências pessoais de insucessos (OLIVEIRA et al, 2012). Dessa forma, a parturiente não tem informações corretas sobre como assumir a autonomia do parto, nem participar ativamente deste processo (RODRIGUES e SIQUEIRA, 2008).

5.7 Idealização do parto perfeito

A idealização do parto perfeito é vista como algo que dificulta, pois gera ansiedade e possibilidade de frustração, quando ele não acontece da maneira imaginada. Dessa forma, algumas entrevistadas preferiram evitar pensar ou idealizar seu parto como forma de se

preparar “mentalmente”, enquanto outras relataram que o parto correspondeu ao que imaginavam.

“Eu idealizava meu parto de outra forma. Imaginava que eu iria conseguir fazer na banqueta, que eu não iria precisar de episiotomia. Eu tinha uma mentalização diferente do meu parto e fui trabalhando isso durante todos os meses.” (E1)

“(…) dentro de mim eu queria que fosse na água, eu não tinha ilusão de como ia ser, eu estava totalmente despreparada, não imaginava como ele fosse nascer.” (E7)

“Eu imaginava (meu parto) bem como foi mesmo. Foi tranquilo, calmo, no dia 2, achei que eu estava sentindo, mas aguentei o que achei que fosse aguentar (...). Dentro do que eu me preparei, esperei foi o que aconteceu.” (E8)

Idealizar um parto perfeito na visão de E4 nem sempre é facilitador. Cada mulher vivencia seu parto de forma diferente e não existe uma regra, na qual todos os partos sejam iguais. Dessa forma, para ela, foi facilitador evitar criar expectativas sobre seu parto, por que a deixava mais ansiosa.

“Eu sou enfermeira, sei um trabalho de parto como é, eu não queria relembrar muita coisa porque senão você fica com aquele trabalho de parto de livro clássico na sua cabeça e aí se o meu fosse acontecer completamente diferente, se eu tivesse muito bitolada naquele parto perfeito que ia chegar com 40, eu ia entrar em trabalho de parto, depois a bolsa ia romper lá na maternidade, ia começar com as contrações (...) eu ia ficar ansiosa. Não foi nada disso. Foi totalmente diferente. Eu tentei não imaginar muito mesmo, mas eu tinha certeza que ia ser tudo bem, eu tinha em mente que tudo ia dar certo e que ia ser natural. Se precisasse fazer uma cesárea, ok. Mas nem pensava muito nisso (...).” (E4)

E5 evitou idealizar seu parto, pois estava empoderada de tal modo que se sentia tranquila para aguardar o momento evitando ansiedade. O empoderamento para ela não foi apenas dela (mulher), mas de seu companheiro (marido) que participou e a apoiou em tudo. O fato de não imaginar seu parto trouxe-lhe uma vivência única, passível de ser revivida através da verbalização de sua história e da superação das expectativas.

“Eu não idealizei, tanto que uma das coisas que a doula me pediu para fazer de lição de casa era imaginar a hora, com o eu ia me sentir e tudo. Eu não fiz esse trabalho, só que foi melhor do eu pensava (...). Eu me imaginava querendo ter um filho, por isso que eu acho que eu fui tão tranquila com a gestação não tive preocupação. Não imaginava nem rostinho, nem a ansiedade de ele nascer, nada, não tinha esse negócio, eu fui curtindo cada momento durante a gestação (...) o

parto normal para mim foi 100%, foi uma experiência de vida mesmo, de me transformar de menina para mulher, mãe e eu acho que até para o meu esposo também (...) hoje a gente está encantado e pelo trabalho mesmo, pelo parto, tanto que ele saiu de lá e falou: “eu vou levantar a bandeira do parto normal!! É fantástico o que a gente passou, eu poder te ajudar, estar ali junto, é uma experiência magnífica mesmo, foi excelente” (E5)

O parto sendo uma experiência única e que envolve diversos aspectos (história de vida da mulher, grau de enfrentamento da vida, crenças, culturas, etc), não é padronizado, porém os processos fisiológicos são comuns (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 2009). É uma experiência de suma importância na vida da mulher e sua família, sua vivência é pessoal e única e representa um ritual de passagem, que implica em mudanças, tanto no corpo quanto na família e na sociedade. O modo como será vivido dependerá de fatores como crenças, cultura, temores e existência de redes de apoio. (BEHRUZI et al, 2011). Não existe um roteiro em que todos os partos tenham que ocorrer da mesma forma e este fato configura um momento rico de experiências tanto para a mulher, quando para seu bebê e sua família (TORNQUIST, 2004).

5.8 *Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável*

A gestação, vista pelas mulheres entrevistadas como uma condição fisiológica do corpo feminino demanda transformações e adaptações na mulher, tanto no âmbito físico, social, familiar, quanto psicológico. Essas mudanças foram sendo aceitas com o decorrer da gestação, pois foram vistas como passageiras. E1 relatou dificuldades encontradas na adaptação de seu corpo para os sintomas físicos e psíquicos durante a gravidez. Contudo, referiu adaptabilidade e flexibilidade, utilizando tanto exercícios físicos, como medicações.

“dificuldade (...) psicologicamente falando, até você digerir que vai ter um filho, mas isso é momentâneo, dura um mês e você acostuma com a ideia. Depois, lidar com os sintomas e com a oscilação de humor, é uma TPM de nove meses (...). Sintomas físicos, o yoga me ajudou bastante e parte das dores que eu sentia nas costas eu trabalhei com compressa, alongamento e boa parte delas resolveu. No caso, a azia em si eu tive que tomar antiácido porque eu não conseguia dormir”., (E1)

Após o parto, o corpo feminino continua num processo de adaptação. E5 pontuou como se sentia após o parto e estando em seu domicílio. Segundo ela, o parto lhe deu segurança sobre a autonomia do seu corpo e sobre os cuidados com o bebê após o nascimento.

“(...) Tirando as coisas da adaptação agora, estou com vida normal. Posso seguir minha vida (...) meu filho está tranquilo, ele é uma criança serena, eu acho que exatamente por isso, porque ele teve o momento dele, ele chegou na hora que ele quis, que ele falou: “estou pronto, eu vou agora para aí e acabou”. Ele está super bem, ele dorme, ele mama, (“ eu vim na hora que eu quis, minha opção”).” (E5)

Um estudo realizado no Canadá em 2010 demonstrou que pirose (azia) e hiperemese (vômitos), apesar de serem consideradas inócuas/ próprias da gravidez, são condições que podem alterar e limitar a qualidade de vida da mulher gestante, gerando efeitos negativos. Por esta razão foram criados medicamentos, sobretudo aqueles ricos em alumínio, cálcio e magnésio para tratar desta condição, que pode representar um incômodo para a mulher (LAW et al, 2010).

5.9 O apoio do profissional, da doula e da família

O apoio familiar e o respeito pelo corpo da mulher são componentes que auxiliam na escolha pelo parto natural. A credibilidade e garantia de apoio, bem como o apoio de toda a família (mães, irmãos, avós, marido), amigos e o acompanhamento de uma doula foram fatores determinantes, pois proporcionaram tranquilidade quanto à escolha do parto e segurança nas decisões. O convívio social com grupos de pessoas com um objetivo comum, como o Grupo de Yoga, grupos de apoio ao parto natural, pilates, entre outros também contribuiu para uma escolha informada.

“Quando cheguei no consultório, já falei pra ele que queria muito o parto natural, já tinha buscado informações, já estava com a doula e ele concordou comigo, me apoiou em tudo (...). Nenhuma vez ele ficou falando cesárea ou pondo algum medo em mim, não fez toque (...). Meu marido me apoiou em tudo. Ele concordou, achou muito legal e conversou muito comigo, também sobre isso, que me apoiava, que ia estar do meu lado (...), minhas irmãs, para elas era novo, eu só não falava, porque são daquelas de cesárea (...). A doula me ajudou tirando minhas dúvidas, me ajudou também no psicológico (...) Quando eu estava no parto: “será que tá chegando? Já tá apontando o nenê?” E ela (doula) ficava, “não, calma, que tá indo bem, já tá chegando a hora”. (E2)

Para E1, todos respeitaram suas escolhas, reconhecendo que seu corpo lhe pertencia e admitindo as intervenções somente em caso de necessidade.

“Na verdade, quando eu sentei para conversar mais com minha mãe e com meu marido, eles levaram numa boa. Meu marido me apoiou bastante, mas ele também estava ciente que se precisasse de uma intervenção (não queria que nenhuma de nós corresse risco), a gente admitia algumas em caso de risco (...) “Tem uma grande amiga da faculdade que estava morando nesta cidade na época, ela acompanhou toda minha gestação e ela também sabia das minhas escolhas.” (E1)

Para E5, o apoio de uma doula foi fundamental até mesmo nos momentos de insegurança e incertezas, reduzindo suas preocupações e transmitindo segurança. O profissional médico também lhe forneceu apoio e indicou o grupo de apoio ao parto normal e humanizado. Estava receosa de contar para seu pai sobre sua decisão, pois acreditava que ele também tentaria dissuadi-la da ideia do parto normal, no entanto, surpreendeu-se com a reação do pai. No caso de E5, a presença de seu pai nos últimos dias da gestação, dado que sua mãe era falecida há alguns anos, forneceu-lhe um aporte psicológico, o qual não imaginava. O apoio de seu pai, embora de modo sutil, contribuiu para sua espera pelo momento do parto, num momento em que seu companheiro (marido) começou a demonstrar medo e desistir do parto natural.

“(...) em nenhum momento eu falei para o meu pai para que ele não interferisse na minha decisão (...) ele ficou sempre muito quieto, mas no finalzinho da gestação, ele ficou comigo aqui 15 dias para me ajudar, então ele acabou vendo o que estava acontecendo, que eu estava tentando parto normal e ele ficou tranquilo, não interferiu, não deu opinião (...) no dia que o meu marido ficou preocupado (“está passando do tempo e não dá sinal nem nada”), foi a única vez que ele (pai) abriu a boca, ele falou: “calma, espera, deixa dar o tempo. O médico não falou que é até dia tal? “Então vamos esperar” (...) no fim ele (PAI) me deu mais apoio do que eu imaginei (...).Falei para o meu marido: “se não tivessem os dois (doula e seu pai) , você tinha me feito desistir!”. Ele estava ficando muito preocupado, extremamente, começou a ficar com muito medo, a ficar inseguro porque achou que estava passando da hora e que não ia acontecer, então ela (doula) começou a dar mais apoio pra gente também nesse sentido.” (E5)

Para a E7, o apoio familiar (marido e mãe) contribuiu para sua autonomia na escolha do parto, pessoas próximas a ela tentaram protegê-la psicologicamente contra infortúnios de outras pessoas, porém as opiniões de pessoas, de alguma forma a incomodava por transmitir a ideia de que o parto normal era arriscado e isso causava insegurança em seu marido. . Apesar de todos os entraves, obteve forças para continuar em sua trajetória.

“(...) para o meu marido , era indiferente: se fosse para a cesárea (ele) iria estar do meu lado, se fosse normal, iria estar do meu lado. Ele deixou para eu escolher. Tinha gente que ligava 11 horas da noite em casa “você tá louca, o médico está falando que você tem que tirar o nenê!”, “não vou tirar, ele vai nascer quando tiver que nascer”.Eu fui estudar, pesquisar o assunto,, saber o que era o parto normal (...) todo mundo falava, “você não tem medo da dor? Eu nunca imaginei dor, em momento algum, não fazia parte do meu histórico, da minha trajetória de gestação, não tinha dor.” (E7)

Para a entrevistada (E8), o apoio do marido (leitura, companhia para assistir DVD) foi fundamental no prosseguimento de sua decisão pelo parto natural. Para a entrevistada, o apoio do grupo, bem como de seus familiares e o conhecimento do parto a partir da informação proporcionou segurança e confiança para uma idealização do parto natural com perfeição.

(...) Meu marido me apoiou. Ele ficou convencido primeiro do que eu, de que era a melhor via de parto, me ajudava nas leituras, assistia DVD junto comigo "você sabe o que você está fazendo? Então te apoio", mas com aquela desconfiança (...) tinham pessoas muito de idade na minha família, minha avó (89 anos), minha tia que me criou, tenho uma tia de 69 (anos). O meu tio mais novo tem 57 (anos). A única que me apoiava era minha mãe, mas ela mora fora, então não tinha muito como me apoiar. Deixou a cargo, eu decidi." (E8)

A família é um suporte social e afetivo à mulher em suas escolhas e principalmente no parto (BRASIL, 2008). Ela oferece um suporte, quando todas as decisões individuais já foram esgotadas. A presença do familiar (esposo, mãe, amiga) e/ou de uma Doula, além da informação, oferece suporte físico, afetivo e emocional a mulher, visto que desta forma, ela se sente cuidada e acolhida e reduz a ocorrência de cesáreas e partos com fórceps, trazendo benefícios à mãe e ao bebê (BRASIL, 2010; GONÇALVES et al, 2011; TRUEBA et al, 2000; SANTOS e NUNES, 2009). Dessa forma, a doula no caso de E5 teve um importante papel, fornecendo suporte no momento em que pensou em desistir de seu parto natural. Para Falcão e Salomão, (2005), o apoio dos avós na maternidade pode ser favorável ou desfavorável na vida dos membros da família.

5.10 Preparação física e psicológica para o parto: epi-no e grupos de apoio ao parto

O despertar para a escolha do parto normal sem intervenções (natural) é pessoal e para as mulheres entrevistadas surgiu a partir da busca por melhores condições de saúde para o bebê e ela mesma, conhecimento (informações científicas), grupos de apoio e apoio familiar (irmão, marido, mãe), diálogos com amigos e familiares e conscientização de benefícios deste tipo de parto, além do instrumento epi-no. Para elas, o conhecimento do processo do parto exige vontade da mulher, disposição em buscar saber, o que facilita a escolha, produz tranquilidade e transmite segurança para ela e também para a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, etc). No entanto, a escolha pelo tipo de parto envolve pessoas de seu convívio, principalmente íntimo (marido) e, em segundo plano, pessoas de seu convívio social (familiares, amigos e profissionais).

“Quando eu fiquei grávida, comecei a pesquisar sobre os assuntos e no yoga como a gente conversava muito a respeito, e lá no (yoga) eles defendem muito o parto natural, eu comecei a ter mais contato com esse universo lá. eu comecei a ler sobre o assunto e ver os benefícios do parto natural para o bebê e para mim também, a minha recuperação ser mais rápida..” (E1)

“E eu fico triste por isto e muitas (mulheres) que tem a oportunidade, que são orientadas, não querem ver, acham que o médico tá certo e ponto (...). Eu busquei informação, mostrei pra ele (marido) ver realmente o que era. Pra mim essa foi a parte mais difícil. Buscar informação. As informações que eu tinha buscado eu já sabia que era bom, agora o difícil foi convencer, mostrar.. Essa foi a dificuldade que eu mais senti, fiquei angustiada por causa disso. Eu tinha total confiança em mim, total confiança na busca de informação.” (E3)

E4 relata que, embora somente tivesse pensado na possibilidade da gravidez com mais idade, antes mesmo de engravidar já buscou informações sobre o parto e, a partir desse momento se deparou com a questão paradoxal da realização de tantos partos cesáreas, inclusive no meio acadêmico da saúde. A possibilidade de compartilhar da experiência de outras pessoas num grupo e a busca de informação lhe transmitiu segurança e a descoberta do parto natural despertou-lhe encantamento..

“(...) Eu e meu marido, a gente sempre comentou isso, que a gente queria ter um parto no mínimo normal e quando eu descobri o natural, me encantou mais ainda. Não vou dizer que eu não tive medo da dor (...) Eu tive medo de sentir dor, mas eu tinha plena certeza de que eu dava conta (...) isso foi o menor dos problemas (...). eu comecei, com a doula me dando algumas coisas pra ler (...).” (E4)

Para E5 seu encontro com a preparação para o parto se deu pela busca de um profissional que aceitasse o parto natural. O profissional, então lhe informou sobre os grupos de apoio ao parto natural, dos quais ela começou a fazer parte e foi se ambientando.

“(...) Ai eu procurei esse outro médico. aí eu falei, mas e essas coisas que mulher que tem quadril estreito não pode ter filho. Ele (médico) falou, "não tem nada a ver", falou, "não interfere em nada". Ai eu falei, "gostei dele", mesmo que chegue ao final e termine em uma cesárea, não tem problema, mas eu senti confiança no que ele me passou, ele não me forçou logo de cara que nem ela (médica) fez (...) Ele me indicou o grupo, (E5)

Para a entrevistada (E8), a ideia de se preparar para o parto natural foi física e psicológica. Os insucessos de suas gestações anteriores lhe despertaram certa ansiedade, questionamentos internos (será que vai dar certo?), porém estava confiante e não visualizava como dificuldade. O seu médico, tendo acompanhado seu histórico anterior, tomou

precauções para que a entrevistada pudesse conduzir sua gestação sem riscos. Resgatou, na gestação atual, sua confiança e acreditou ser uma mulher capaz de gerar e parir filhos.

“Dificuldade, acho que não tive. Eu estava bem preparada, acho que mais psicologicamente, com mais conhecimento sobre o parto, sem medo porque já tinha gerado filhos. Na minha primeira gestação como já tinha perdido 3, a gente passa a gestação inteira pensando “ah vai dar certo, não vai dar certo?” (...) Nesta segunda já fiquei bastante confiante, vi que eu era uma pessoa capaz de gerar uma criança, foi bem melhor, fisicamente não tive nenhum problema.. “ (...) eu pude falar sobre as emoções, as coisas que eu aprendi nos grupos (...)” (E8)

Para a entrevistada (E7), a ideia de se preparar para o parto ocorreu com certa dificuldade, devido à família acreditar que a cesárea seria mais seguro e tentativa de indução médica. No entanto, estava decidida e segura do que queria e lutou para que seu desejo de ter um parto normal fosse respeitado. Dessa forma, a partir de sua experiência pessoal, sentiu-se encantada e inserida num contexto de uma mudança na atenção ao parto e nascimento como mais uma ativista do parto natural.

“Então, foi meio difícil conseguir me preparar para o parto normal porque a família toda achava que eu tinha que marcar a cesárea... e aí o médico veio com a história que eu tinha pouco líquido e que eu tinha que tirar o nenê (...) e eu precisei brigar com a família inteira porque eu queria um parto normal. Desde a primeira gestação (teve um aborto espontâneo), eu comecei a pesquisar, assistir vídeo de parto na água, parto em casa, não tive em casa porque não tenho condição financeira. E eu me apaixonei porque é lindo... eu não queria nem saber o sexo (...) saber o sexo só na hora que ele nascesse. De repente, para quem não se imaginava grávida, eu virei ativista do parto normal. Toda mulher pode ter um parto normal lindo.” (E7)

Quando as mulheres procuram a assistência pré-natal, trazem consigo expectativas e ansiedades de acordo com suas vivências. Da mesma forma o profissional da saúde (o médico, por exemplo) expressa sua maneira de compreender a gestação também de acordo com sua vivência. Embora a relação médico-paciente seja um espaço propício ao diálogo, há sempre uma relação hierárquica de poder, a qual influencia a mulher na sua escolha pelo tipo de parto, condução do atendimento e no tipo de atendimento (PIRES et al, 2010). Para Freire (2005), a ação (fazer) do indivíduo em busca da reflexão e de mudança de um contexto demonstra um ser no mundo, com o mundo e com os outros, que se recusa a aceitar a condição de mero objeto de uma predeterminação, neste caso, de um modelo intervencionista sobre o parto.

Em relação ao epi-no, o mesmo surgiu para as entrevistadas como “um importante difusor dos benefícios do parto sem episiotomia”; sendo um equipamento muito

importante na preparação do períneo, pois fornece subsídios para a identificação ou simulação da passagem do bebê pelo canal vaginal. Também é uma importante ferramenta de preparação física e psicológica, pois reduz o medo e facilita o trabalho do parto.

O contato com outras mulheres que fazem o epi-no proporcionou segurança e expectativa de não ocorrer laceração, nem episiotomia para o grupo estudado. Para elas, é um equipamento que pode ser utilizado todos os dias, sem causar desconforto e permite o envolvimento da família, além de facilitar o retorno à atividade sexual (HILLBRENNER, 2001; SHEK et al, 2011).

“Eu tinha medo no epi-no porque a minha meta era sempre aumentar mais o diâmetro da bexiguinha (...) quando eu sentia ele lá dentro, eu sentia, claro, uma dor, um desconforto, mas o medo era sempre passar pelo canal vaginal (bebê no momento do parto). Sempre pensava “nossa, que medo!” porque o diâmetro da cabeça falam que é mais ou menos 40 centímetros e o máximo que eu conseguia era uns 25., mas eu achei que preparou bem, porque não importa só o canal (...)” (E2)

“A única coisa que eu me preparei mesmo, foi o epi-no. Eu quis começar a participar do grupo de epi-no que tem aqui, foi onde eu comecei a usar direito, a fisioterapeuta me mostrou certinho, aí sim começou a dar um resultado legal. Eu vinha uma vez por semana e o resto da semana fazia em casa (...). Eu imaginava que ia ser na banheira, que não ia ter laceração, que ia demorar porque, como era o meu primeiro filho, mas não (...) a enfermeira falou que acha que o que ajudou muito foi o epi-no, que parecia que eu era múltipara (...)” (E3)

“Contribuiu para (reduzir) o medo, como eu nunca tinha tido um parto natural, o medo, na verdade, era da laceração, dor dessa laceração, principalmente essa questão de episiotomia (...), uma agressão (...) eu não queria laceração nenhuma (...)” (E8)

Para E1 e E7, o epi-no é importante, principalmente, para evitar a episiotomia, reduzir o nível de laceração e promover a sensação da passagem do bebê pelo canal vaginal, a consciência corporal.

“Eu sempre tive muito medo de corte, cirurgia e coisas desse tipo, foi uma das motivações para eu ter o parto natural” Não ter que levar corte e tudo “vou fazer tudo o que eu puder para não ter que levar ponto”. Conversando depois com a fisioterapeuta, ela esclareceu bastante a questão de quantos músculos são cortados na episio, que a maceração natural rompe menos músculos e lendo também a respeito. Pelo que as meninas falavam, alguns depoimentos de mulheres que o epi-no é mais do que trabalhar a musculatura pélvica ou livrar você de maceração ou de uma episio, é a sensação dele passando no canal vaginal (..) Tanto que quando eu sentei na banqueta eu sentia a cabeça da (bebê) e sentia a mesma coisa quando eu fazia as sessões de EPI-N”. (E1)

“Eu acho super importante porque eu só tive noção que era ter um nenê depois do epi-no, você não tem noção. Ah, dói, dói, mas você não sabe o que é passar uma coisa ali maior que é o canal (...). Eu tinha pavor de episiotomia (...) onde eu tenho os meus cortes eu tenho vitiligo e tenho quelóide em todos os meus cortes e tinha

pavor, achava que o dia que eu tivesse um filho, talvez não conseguisse ter relação de novo porque é muito sensível.” (E7)

A episiotomia é um procedimento que lesiona várias estruturas importantes da vagina, o que pode produzir marcas físicas e psicológicas por toda a vida. Por esta razão não é indicada em larga escala, somente em casos de períneo rígido decorrente de episiotomia anterior (MATTAR e DINIZ, 2012). O fato de uma intervenção não consentida ser aplicada a uma mulher em trabalho de parto promissor sugere que a mudança de uma prática depende não somente do comprometimento da mulher, mas de todos os profissionais (BRASIL, 2011; MATTAR e DINIZ, 2012).

Para E4 o epi-no prepara o períneo, porém ela não teve como avaliar, visto que realizou apenas duas semanas, pois o bebê adiantou.

“(...) eu tive a laceração no períneo. Pequeninha, mas tive. Talvez tivesse tido mais tempo de exercícios com o epi-no (...). Eu acho que foi isso mesmo, o trabalho de parto foi bem gostoso. O período expulsivo é bom, gostoso de sentir porque você sente tanta dor até chegar nele (...).” (E4)

Na literatura se observa que mulheres que utilizaram o epi-no por cerca de duas semanas também tiveram resultados satisfatórios (KOK et al, 2004) .

Para E5, seus primeiros contatos com o epi-no foram através do relato de outras mulheres, as quais transmitiram uma história interessante. Seu marido a acompanhou no uso do equipamento e este lhe forneceu uma noção da passagem da cabeça do bebê pelo canal do parto como um “anel de fogo”. Suas bases para o empoderamento foram fundadas sobre conhecimento, informação, grupo de apoio ao parto natural, a doula e o epi-no.

“O que me ajudou muito foi o, Epi-no, o trabalho do epi-no me ajudou muito (...), teve uma pequena laceração, mas ele me ajudou porque falam que a gente tem uma sensação de fogo(anel de fogo) na hora que vai sair. Eu não tive tanto, eu só senti o momento que eu falei para eles, "está saindo", a moça falou, "senta aqui", porque realmente ela viu que ele já estava saindo, mas eu não senti aquela dor (...). O epi-no psicologicamente ajuda, não só no trabalho do assoalho, mas na mente da gente, porque eu sabia que ia ter aquela queimação que eu sentia quando eu fazia o epi-no (...) e o marido me apoiou em tudo, ele me levou para fazer o epi-no,, ele sempre me ajudou (...).” (E5)

O epi-no é um equipamento criado em meados dos anos 90 e que foi desenvolvido para alongar/ dilatar gradualmente a musculatura da vagina e períneo com

volumes semelhantes à cabeça fetal, que evitam a realização de uma episiotomia, protege do prolapso uterino, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida. (KOVACS et al, 2004; SHEK et al, 2011). Sendo um instrumento que prepara o períneo para a o momento do expulsivo, pode-se considerar que o epi-no na medida em que prepara o corpo da mulher, pode abrir possibilidades de preparar o psicológico também, visto que corpo e mente estão interligados e dialogam entre si em todos os momentos da vida (SHEK, 2011; JAGGAR e BORDO, 1988).

No caso de E1, foi realizada episiotomia, apesar da preparação e do processo normal do trabalho de parto, contrariando aos apelos da entrevistada para que não interviessem em seu parto. Apesar do episódio, E1 acredita ter sido benéfico, visto que facilitou a condução do seu parto. Utilizar o aparelho lhe despertou o desejo de participar do grupo do epi-no a fim de conseguir melhor efeito e no parto surpreendeu-se com o trabalho de parto, pois o imaginava longo e não o foi.

“Isso é uma coisa que eu acho que eles deveriam abolir na maternidade, afinal de contas é um lugar onde só é feito parto, então não é paciente nada, a obstetrícia está ali (...) a falta de respeito é você estar consciente, sem sedação, sã, deitada, pedir para parar e as pessoas não pararem, não entenderem. Você não é paciente, você não está doente, você é uma pessoa que está grávida (...) Como você depende do hospital para ter um parto ou depende entre aspas, entrou no hospital você é paciente (...) Não é um dano tão grave, tanto que eu sabia que a (bebê) ia ser muito grande e que eu poderia correr o risco de ter que fazer uma episio, mesmo com o epi-no e foi o que aconteceu.” (E1)

O epi-no normalmente é indicado para uso entre a 34^a semana até a ocorrência do parto diariamente e por 15 minutos. No entanto, há variações nesta conduta, porém não antes da 33^a semana (JKOK et al, 2004). Alguns estudos demonstraram que o uso deste instrumento também reduziu a duração da segunda fase do trabalho de parto e a taxa de dilaceração do períneo, de modo que em alguns partos, as mulheres tiveram seu períneo intacto (SHEK et al, 2011).

Outro tipo de preparo mental relatado pelas entrevistadas foi o convívio social proporcionado por um grupo, além da informação, o que transmitiu maior encorajamento, confiabilidade e mudança de paradigma em relação ao parto normal. A vivência com grupos de apoio ao parto humanizado, ioga e entre outras estratégias, bem como a busca de informações facilitou a concretização do desejo pelo parto natural nas mulheres entrevistadas e, mostrou que quando a mulher está informada, ela tem mais condições de enfrentar a falta de apoio da família ou dos profissionais e não desistir dos seus desejos. Este fato para essas

mulheres mostrou-se como desafiador e estimulador para o fortalecimento da decisão pelo parto natural.

Em outras situações, um grupo de apoio proporciona um ambiente para o autoconhecimento e auxilia na decisão de mulheres que não tenham possibilidades de referências ou diálogos sobre o parto no meio familiar. O companheiro para essas mulheres mostrou-se como cúmplice em sua decisão, participando dos grupos e dos exercícios, ou apoiando a decisão da mulher.

A visão de parto para E7 mudou quando obteve informações sobre o parto natural, através de revistas, grupos, além da convivência em seu trabalho com outra gestante (estudante de pós-graduação), a qual possuía afinidade com o tema e fazia parte de um grupo de apoio ao parto natural.

“Começou a mudar na minha primeira gestação (...) com a doutora, que me encaminhou para o parto natural, eu fiquei sabendo através de uma revista, que divulgou alguma coisa. E eu trabalhei junto de uma pessoa que estava gestante e já estava participando do grupo, que falou muito bem (...) isso me motivou e eu comecei a fazer parte do grupo (...).” (E7)

A falta de um profissional específico para atender partos é uma dificuldade para que as mulheres optem por este tipo de parto. Para as entrevistadas, o movimento social representado pelos grupos de apoio é uma forma de revolução ao possibilitar às pessoas se sensibilizarem e entrarem em contato com as informações, partilhadas no grupo e na mídia daqueles que apoiam a causa. O conhecimento e a clareza das informações obtidas sobre a gestação e o parto, possibilita a gestante conseguir entender o que ocorre com seu corpo e a torna mais questionável frente às imposições do sistema.

“Eu acho que o mais difícil disso tudo é a informação.(...) hoje tá melhorando isso, tem um grupo que está lutando pra que a informação chegue nelas e está chegando. O filme mesmo que eu assisti, aquele filme Renascimento do Parto, eu assisti, meu marido assistiu, todos que assistiram acho que tocaram um pouco e isto é um grande passo, tá mudando muita coisa já. Eu tive sorte de pegar um momento desses. Foi justo nesse ano que tá acontecendo uma revolução.” (E3)

“Olha. Eu acho que facilidade, o fato de ter vindo pro grupo aqui foi um facilitador porque não é um grupo voltado pro parto natural, mas a maioria das gestantes que tava lá, querem um parto natural. Então a gente acabava conversando muito sobre isso porque você vê que tem vindo gente da região pra fazer pré-natal aqui, parto aqui (...). Tem as enfermeiras, tem os obstetras que apoiam isso. Agora você vai às outras cidades, não tem nenhum.” (E4)

“(...) então, achei que o que o conhecimento que adquiri nesse grupo foi muito bom, principalmente para a gente ser (...) uma pessoa orientada daquilo que acontece comigo, não que um médico ou uma autoridade que vai dizer que tem que ser assim

*ou assado (...) acho que isso me ajudou a ser uma pessoa mais questionadora(...).”
(E8)*

Os grupos sociais representam uma rede de apoio à mulher em suas decisões na vida, fornecendo auxílio e esclarecimento, bem como abrindo espaços para o diálogo e divulgação de assuntos tratados no meio acadêmico, mas que precisam ser inseridos no contexto social (PUIGVERT, 2001). O apoio de grupos, bem como a participação das pessoas em prol de um objetivo comum, neste caso a conscientização do parto, imprime à mulher mais força para lidar com seus medos e a encoraja a prosseguir numa escolha consciente sobre seu parto (CARRARO et al, 2006). Nota-se que a divulgação de ideias por meio de diversos veículos, entre eles a informação e a mídia diminuem as barreiras (classes e culturas), de modo a atingir as pessoas e nelas produzir mudanças, em busca de uma identificação que corresponda aos valores universais e produzam mudanças (HABERMAS, 1999; GOMEZ et al, 2006).

5.11 Reconhecendo as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento

Para as entrevistadas, a consciência corporal e mental sobre as fases do trabalho de parto permitiram reconhecer e perceber os sinais de cada fase. Neste grupo de mulheres pode-se observar a variação de seus trabalhos de parto, quanto ao início, duração e expulsão¹⁰, que foi de minutos a horas, podendo ultrapassar dias. Além disso, o conhecimento obtido através dos grupos de apoio ao parto e leituras proporcionaram confiança e segurança quanto ao seu corpo. Algumas parturientes tiveram momentos de dúvida ou cansaço quanto à espera e consideraram a possibilidade de desistirem. No entanto, o apoio e presença, tanto dos maridos como das doulas contribuíram para a concretização de seu parto. Vivenciar as fases do trabalho de parto, para essas mulheres tem como principal foco/ objetivo o nascimento do bebê. Compreende-se que as mulheres sabem da importância do trabalho do parto por completo, mas sua segurança e confiabilidade adquirida pelo preparo físico, psicológico e mental fizeram com que se tranquilizassem.

¹⁰ O trabalho de parto é dividido em quatro períodos: 1) primeiro período - dilatação do colo do útero, dividido em fase latente/ pré-trabalho de parto, fase ativa e fase de transição; 2) Segundo período - expulsão do feto; 3) Terceiro período - dequitação/ desprendimento da placenta e Quarto período – Greenberg/ puerpério imediato, inicia-se logo após a dequitação e perdura durante a primeira hora do parto (RUGGIERO et al, 2013, p.319 -335)

“Eu não tive muita noção de tempo, mas eles falam que foi entre 6 e 8, 6 e 8 horas. Eu comecei a sentir num domingo de madrugada (...) mas eu tava achando que era falsa, porque elas (as contrações) não estavam ritmadas. Eu disse, “ah, não deve ser ainda” (...). na segunda de manhã, continuou. Então, eu falei, “acho que eu tô na fase latente” e eu fiquei esperando (...) deu umas 5 começou a ficar de 10 em 10 minutos e continuou até umas 10 da noite (...). Minha doula chegou às 10 da noite, às 11 horas já estava de 3 em 3 (minutos), já estava em trabalho ativo (...) ele (o bebê) nasceu praticamente sozinho, na banheira (...) Só estava uma enfermeira novinha, observando de longe e meu marido ficou na minha frente e minha doula do lado.” (E2)

E1 aponta para o total controle de seu trabalho de parto, reconhecendo as fases e segura do momento em que deveria se dirigir a maternidade. Na primeira fase do parto, as contrações começaram mais espaçadas, proporcionando a experiência dos momentos de contração, seguidas de relaxamento. Após o rompimento da bolsa, as contrações se tornaram mais rítmicas, constantes e conduzindo para a evolução do parto ativo. E1 devido ao seu grau de informação sobre o parto estava segura de sua autonomia, motivo pelo qual pode aguardar o momento adequado para ir até a maternidade.

“ (...) Eu fiquei 24 horas em pré- trabalho de parto com contrações fracas em casa, fui à maternidade, levei um exame, depois fui ao correio (...) foi um dia que eu fiz tudo normal, mesmo em pré- trabalho de parto. Comecei a sentir o desconforto das contrações, que estavam um pouco leves ainda. Durante o dia a gente foi marcando no relógio para ver como estava, mas estavam todas irregulares ainda, não tinha nenhuma frequência (...). À noite, como a gente relaxa, você só sente a dor, só a cólica, senti as contrações e fui para a sala, fiquei deitada um pouco, fui trocando de posição (...) e a bolsa estourou (...), eu chamei meu marido e comecei a sentir as contrações mesmo (...) O líquido amniótico estava normal, tudo clarinho, bonitinho. e a gente foi para a maternidade. Nesse meio tempo a gente começou marcar no relógio e já estava dando contração de 3 em 3 minutos (...) é uma dor muito forte que dá, mas vem a contração, dói para burro, mas você fica 2 minutos sem dor. (...)” (E1)

Segundo Bakker et al (2012), o ritmo circadiano do parto inicia preferencialmente no horário noturno e as intervenções são mais propícias de ocorrerem no período da manhã e, são normalmente aplicadas a mães com hipertensão arterial, diabetes, aumento de risco para o bebê ou gravidez prolongada. No entanto, em se tratando da região ocidental (na qual o Brasil está inserido), de cada quatro mulheres grávidas, uma recebe intervenções para indução do parto. Isto demonstra que, embora em alguns casos seja necessária intervenção, grande parte dessas pacientes não teriam indicação para o uso de intervenções.

Para a entrevistada E3, o trabalho de parto foi rápido (durou quatro horas) e estava tranquila e confiante devido a ter preparado seu períneo e obtido informações para o preparo mental. As informações sobre o parto obtidas na gravidez, bem como o apoio do marido e das pessoas imbuídas nesta causa, forneceram ferramentas para lidar com as fases do pré-parto, de modo a aguardar, em seu domicílio o início do trabalho e segura do momento adequado para se dirigir à maternidade.

“Usei o chuveiro, só não deu tempo de encher a banheira, que eu queria ter tido na banheira. Não tive por tempo mesmo, foi rápido, foi 4 horas e meia de trabalho de parto, logo ele nasceu, então foi uma das coisas que eu quis (...) que fosse rápido e foi, do jeito que eu sonhava foi.” (E3)

E4 permaneceu 48h em pré-parto e apesar do rompimento da bolsa fora do trabalho de parto, o apoio de uma amiga que fez o papel de doula e de seu marido, transmitiu-lhe segurança para tomar iniciativas que a impediram de evoluir para uma cesárea.

“(...) Meu marido sempre quis isso junto comigo (...) minha bolsa rompeu no sábado de manhã, ele nasceu só segunda de manhã. Então eu fiquei praticamente 48 horas de bolsa rota esperando (...). E a gente teve que induzir o parto (...). a dor foi totalmente suportável, eu digo que ela é uma dor natural. É um momento que a mulher tem que passar por ele e o bebê também. O trabalho de parto faz bem pro bebê (...). Eu não consigo entender a pessoa optar por uma cesárea. Eu acho que é por falta de conhecimento porque quando você conhece um e outro, não é possível você optar pela cesárea.” (E4)

Sabe-se que o cálculo da data provável do parto (DPP) é estabelecido com base na data da última menstruação (DUM), o que cria a possibilidade de haverem falhas, bem como induzir a um parto pré-termo, causando males ao bebê, quando não se respeita/ não se aguarda o trabalho de parto (RIESCO, 2014; DINIZ, 2009).

Embora E5 tenha se mantido tranquila na espera pelo parto (após 41 semanas), encorajada por amigos e a doula sobre os benefícios da espera do momento do bebê, houveram momentos em que seu companheiro, preocupado com sua saúde e ansioso, tentou desistir. Porém ela, segura de si, optou pela espera, ciente de que tudo estava bem.

“Só que no finalzinho eu falei que eu ia desistir, que eles falam que é a hora da covardia, que a gente quer desistir, eu falei, “agora eu vou desistir, eu não quero mais”, e aí o meu esposo falou, “calma”, a doula também conversando, aí falou, “não quero saber, vocês podem falar o que vocês quiserem, mas eu vou desistir”.

Ela falou, "não, você não vai desistir". Esse foi o único momento que eu fraquejei, porque nas contrações não, não tive problema (...). Foi só na hora da covardia que eu queria a cesárea, mas eu já não estava mais nem raciocinando o que estava acontecendo comigo (...) como eles dizem, eu estava em um mundo paralelo, na PARTOLÁNDIA (...)." (E5)

Para a entrevistada (E7), seu trabalho de parto ocorreu de forma inesperada e diferente do tempo que imaginava que ocorreria. No momento em que notou, embora não acreditasse, já estava no período ativo do trabalho do parto, sentiu-se insegura pela ausência de sua doula. No entanto, recebeu apoio do marido e, mais tarde quando outra doula chegou a sua residência, logo sentiu o primeiro puxo e a partir disto, o trabalho de parto prosseguiu de modo rápido, inesperado, a parturiente sentindo conscientemente seu corpo a cada movimento e tendo a preocupação de como se dirigir da melhor maneira para a maternidade, de modo a não causar nenhum dano ao seu bebê. Não houve tempo para ser examinada. A expulsão ocorreu enquanto estava em posição ortostática.

"O parto ocorreu numa salinha de espera da maternidade (...) e a doula falou quando a tua contração estiver de 10 em 10 minutos você me liga (...) estourou a bolsa meia noite e começou de 10 em 10 minutos. Eu fiquei 1 hora e meiai medindo, "não é possível, não está de 10 em 10 minutos, não é normal".(...) Às 3 horas da manhã, meu marido falou, "ou você liga ou você liga porque está de 10 em 10 minutos, está ritmada e o nenê vai nascer". Mandei uma mensagem e ela(doula) viu a mensagem, me retornou, (...) e ela falou: "estou indo prá aí" (...). Ela chegou eram umas 4 horas, até explicar, a gente conversar, já estava de 3 em 3 minutos, Quando cheguei a sala, veio o primeiro puxo, eu já senti ele. Voltei para o sofá, fiquei de 4, aí eu gritei: "eu defequei", ela olhou pro meu marido e falou, "vai nascer!" e se ela não estivesse comigo, eu não tinha ido para o hospital, vivia morrendo de medo, não de nascer, mas de ser ali (no carro) e fui sem sentar porque eu tinha medo de sentar e machucar ele. Tive acho que uns 10 puxos (...)" (E7)

Para a entrevistada (E8), seu trabalho de parto decorreu de modo controlado e tranquilo e, de certo modo, imprevisível. Imaginava um parto comum, com algumas horas de duração. No entanto, teve dias de duração. A doula que lhe acompanhou era enfermeira obstetra e sugeriu indução após o 7º dia de bolsa rota. Sendo assim, a entrevistada foi medicada com antibióticos para evitar problemas ao bebê e foi feita a indução do parto.

"Meu trabalho de parto começou, minha bolsa rompeu no dia 11 de maio, eu estava de 37 semanas, a gente não esperava (...) eu chamei a doula que era enfermeira Obstetra, ela veio me examinou (...), a gente foi esperando (...) passou um dia, dois, três dias e o neném nada de querer manifestar (...) ela até sugeriu indução (...) comecei a tomar antibiótico com bolsa rota, a gente entrou em contato com o médico, todos os dias a gente ficou monitorando, manhã e a noite (...). As contrações começaram ritmadas, 3 contrações a cada 10 minutos (...) umas 3 horas

da manhã, ela achou que as contrações estavam mais fortes, perguntou se podia ver quantos dedos de dilatação e eu permiti (...) a gente foi para o hospital (...) e o trabalho de parto continuou tranquilo (...) não precisou de nada, contrações ritmadas, suportáveis até 9h da manhã do outro dia (...) pedi para ela tocar de novo (...) “nossa você já está com 9 dedos de dilatação!” “olha! você está no final!”. Eu pensei: ” isto não é possível, estou totalmente tranquila” (...) acho que era trabalho de parto ativo, contrações muito fortes, eu sentia bastante (...) No momento que eu sentii vontade de fazer força para ele sair, na hora que ele coroou, uma contração veio e logo saiu (...) esse momento foi rápido (...) Achei bastante tranquilo, a hora do expulsivo, segurar meu filho, preparada fisicamente e psicologicamente para isto, sabendo que nada de mal vai te acontecer (...) e ele nasceu na água, foi tranquilo. Achei que foi prazeroso e isto faz a diferença.” (E8)

Segundo Gonçalves et al (2011), a inclusão do parto na prática médica inverteu os papéis da mãe e dos profissionais na condução do parto, direcionando o papel protagonista da parturiente para outros atores que não ela. Shek et al (2011) demonstrou em sua pesquisa que atividades físicas relacionadas ao assoalho pélvico (ex: epi-no) aceleram o trabalho de parto de modo natural e reduz a incidência de lacerações. De acordo com Chomsky apud Aubert et al (2008), todas as pessoas são dotadas de uma gramática universal que compõe todas as línguas, o que torna possível a um código de linguagem de acordo com a socialização. Tomando como referencia Scott (1989), os grupos de apoio ao parto natural possibilitam um resgate da autonomia “perdida” da mulher, num contexto em que ela aparece como coadjuvante no próprio parto, no qual deveria apresentar-se como atriz principal.

Para as mulheres entrevistadas, a mudança no cenário do parto precisa começar pela sociedade (leigos, mulheres, doulas, entre outros) de forma a se propagar e ganhar força, por meio da informação, aspecto destacado por E3, pois o acesso à informação direcionou sua escolha.

“Comecei a me preparar com oito semanas. A partir do momento que eu descobri que eu tava grávida, já fui numa nutricionista pra fazer da melhor forma, fui buscar tudo pro meu bebê. Outra coisa que busquei, foi atividade física, só que eu também não fiz da maneira que deveria ser feito certinho, toda semana, duas vezes por semana. Eu tentei, mas por preguiça ou alguma coisa, mal estar, eu não fiz (...).” (E3)

“(...) eu penso que o parto tem uma preparação física, mas também tem a psicológica (...). Eu tive os nove meses para conversar com mulheres que já passaram pelo processo de parto natural e tirar minhas dúvidas, meus medos (...) conversando sempre com o médico (...) tudo que eu tinha dúvida eu ia perguntar pra ele. Em primeiro lugar, acho que, pra ela (mulher) escolher um parto, ela tem que buscar saber como é, 98 por cento do parto é a nossa cabeça, é você que faz. Os dois por cento é o corpo (...).” (E2)

No caso de E7, o conhecimento sobre o parto natural teve uma motivação pessoal e ganhou força a partir da história pessoal da primeira gestação. Buscou informações via internet e através de leituras e informação, bem como participação em grupos de apoio virtual.

“Desde a primeira gestação (teve um aborto espontâneo), eu comecei a pesquisar, assistir vídeo de parto na água, parto em casa, não tive em casa porque não tenho condição financeira. E eu me apaixonei porque é lindo (...). E de repente para quem não se imaginava grávida, eu virei ativista do parto normal. Toda mulher pode ter um parto normal lindo (...). Eu comecei a pesquisar e aí eu fiquei sabendo que tinha um grupo aqui em (cidade da pesquisa) e comecei a frequentar o grupo da (Violeta – nome fictício), mas eu fiquei numas três reuniões só, depois eu fiz parte de grupo virtual. Perguntar e saber coisas mais pela internet.” (E7)

Para E8, a mudança precisará ocorrer inicialmente nos pequenos grupos, como o movimento de doulas e mulheres empoderadas, que proclamam o direito de escolha. A partir deles acredita que o movimento irá ganhando força e atingindo grupos maiores para se conseguir a mudança do sistema.

“De mudanças, acho que a mudança precisa começar de baixo, com pequenos grupos que vão se juntando, mudando o sistema e dizendo, “Eu quero ser diferente.”, as mulheres é que mandam nos corpos delas. “Eu acho que (...) justamente com o movimento de (Doulas), do jeito que a gente está tendo uma mudança (...) existe a participação de várias doulas que eu conheço várias doulas (...) acho que faz diferença (...). Então, se não partir delas, de cada uma, não vai ter ninguém que faça mudar (...) se a gente não se reunir, fica difícil a mudança.” (E8)

Através da interação e diálogo nos grupos sociais, a mulher encontra o poder necessário para transformar-se, defender-se, lutar pelos seus desejos e direitos, enfrentando as situações de desigualdade impostas pelo sistema (PUIGVERT, 2001). Portanto, fazem-se necessários espaços coletivos para mudanças, como coloca E8: *“se a gente não se reunir, fica difícil a mudança.”*

Segundo Freire (2005), a transformação cultural do ser humano reflete na condição de inacabado e em constante transformação. Para Habermas (1999), os sistemas acabam por influenciar o mundo da vida de cada contexto social, contudo as experiências vividas das pessoas no contexto de mundo da vida podem ser facilitadoras do sistema. No contexto da atenção ao parto, nota-se uma mudança de paradigmas ao longo do tempo, baseada na tecnologia e na medicina, a qual acabou por influenciar o mundo da vida, fazendo parte da cultura e abandonando valores por supostas pretensões de validade universais, no caso do tema desta pesquisa transformando o parto em um evento patológico e que necessita

de intervenções. Para Sordé e Ojala, (2010), os movimentos sociais buscam mudar “verdades” sobre o parto, resgatando a autonomia feminina e demonstrando a ilegitimidade dessas “verdades modernas” sobre o parto.

5.12 Violência obstétrica: intervenções desnecessárias – “Eu não quero isto para mim!”.

A violência institucional está presente na fala de E1 como algo que ocorre dentro de um contexto de vulnerabilidade da mulher. A gestação não deve ser considerada uma doença, contudo isso não impede que o parto seja tratado como um evento patológico. Também aponta para a desumanização no atendimento, representada pela despersonalização do sujeito, que passa a não ter identidade própria. Na fala de E1 nota-se violação e desrespeito ao seu corpo como parturiente e redução de sua autonomia o que gera sentimentos de frustração e trauma, em especial para a mulher que se prepara e sonha com um parto natural.

Apesar da segurança e controle que adquiriu preparando-se para o parto, foi testemunha do desrespeito à sua vontade, o que lhe causou a sensação de não ter parido e de não ter sido ouvida. Após sofrer uma violência obstétrica, a mulher busca explicações que justifiquem tal atitude por parte dos profissionais, como se nota na fala de E1. Porém, nem sempre esses estão dispostos a prestar esclarecimentos, e/ ou demonstrar algum tipo de compaixão, causando ainda mais angústia e revolta à mulher.

“Então, essa é a maior frustração porque meu trabalho de parto foi excelente, durou 4 horas (...). É extremamente dolorido e a sensação que fica depois é que você não pariu, quem pariu foi a enfermeira que empurrou seu filho na sua frente, sabe? (...) Nas três vezes que ela empurrou eu pedi para parar, perguntei o nome da enfermeira ainda, falei, “qual é seu nome”? Para de fazer isso que dói demais”. Eu falei, “não quero que empurre, por favor”. Pedi por favor 3 vezes e não fui atendida (...) porque a sequela que fica depois no psicológico da gente é devastadora. Só de pensar já me dá tristeza.” (E1)

Segundo Diniz (2009), a dor e a naturalização do sofrimento criam uma ilusão nas mulheres de que o parto normal é perigoso para a mãe e o recém-nascido, ao passo que, de forma paradoxal contribuem para a manutenção de um modelo de atendimento ao parto contrário às orientações do Ministério da Saúde. Segundo Aguiar et al (2013), a violência institucional das maternidades ocorre em um contexto de crise de confiança, demonstrado pela supervalorização da tecnologia, em detrimento das interações humanas. Esta violência se configura numa violência de gênero contra as mulheres (AGUIAR et al, 2013).

Conforme Habermas (1999, p.31):

“(...) as manifestações racionais tem um caráter de ações plenas de sentido e inteligíveis em seu contexto, como atores que se referem ao mundo objetivo, que tem uma constituição física que lhes capacita a ter uma verdadeira experiência, que tem uma motivação que lhes leva a falar sinceramente de sua experiência e que falam de acordo com esquemas de expressão compartilhados e reconhecidos (...)”.

O tema denominado “intervenções no parto” aparece no estudo como dificultador, invasor, limitador da autonomia feminina, uma experiência traumática, normativa e representada pelo uso de tecnologias (ocitocina, episiotomia, manobras de Kristeler, puxos, entre outras). Para mulheres esclarecidas e empoderadas, essas intervenções são reconhecidas. Na maioria das vezes, como desnecessárias e impostas às mulheres como justificativas de que são necessárias e para conduzir o parto normal de modo menos incômodo, representando assim, o cumprimento de normas e refletindo numa violência obstétrica que é difícil de ser admitida (AGUIAR et al, 2013).

“(...) a única coisa é que o final não foi agradável. Quando eu sentei na banqueta eu já estava sentindo os puxos do expulsivo. Eu sentei na banqueta e senti que eu conseguiria parir e eu estava sentindo a (L...) descer e encaixar já porque eu a sentia no canal como se fosse o (epi-no) Eu sentia que eu ia conseguir parir na banqueta (...) me levar para o centro obstétrico foi uma opção dele (médico). Então, quem escolhe como seu filho vem ao mundo é o médico e não você? Isso me revoltou bastante.” (E1)

“Eu não tinha noção das intervenções (...). Eu fiquei sabendo quando eu fiquei grávida. Então, depois eu fui descobrindo (...) sobre as intervenções (...). Eles (os médicos) põem na cabeça da mulher que elas não são capazes e colocam cesárea: “ah, seu quadril é estreito” (...) ou, “o nenê é muito grande”, “o nenê tá sentado” (...). Eu já vi mulheres que sofreram com intervenções. Realmente, traumatiza. Não dá mais vontade de ter o parto mesmo.”(E2)

Segundo E3, a preparação para o parto possibilita que mulheres esclarecidas possam escolher e reconhecer o que é melhor para o seu corpo. Para ela, se a mulher é saudável, não se justificam intervenções, visto que o parto é um momento da mãe e do bebê.

“(...) se a mulher é saudável, não tem problema nenhum, deveria ser um momento dela e do bebê. Uma ajuda de uma pessoa é muito bem vinda, agora de vários médicos e enfermeiros, aplicando todos os procedimentos, isso é terrível. é uma tragédia que fazem com ela (...). E elas aceitam, por falta de informação, por acreditar muito nos médicos, por ignorância muitas vezes (...), depende de cada pessoa também. Mas eu acho que os médicos deveriam muito mudar a postura deles. Que hoje em dia eles fazem o que é melhor pra eles e não pra mulher e pro bebê.” (E3)

A fala de E1 verbaliza a violência obstétrica sofrida (intervenções não consentidas) e evidencia uma desumanização no atendimento ao parto, manifestado pela “pressa” na prestação do cuidado, o que pode demonstrar que a prioridade do atendimento não está focada no sujeito, mas em um trabalho mecanizado, cronometrado, limitado e imposto por hierarquias e normas internas pouco flexíveis.

Quando eu fiz uma consulta depois eu perguntei para ele por que tinha feito determinadas coisas e ele falou que era para alívio da dor e eu falei: “para alívio da dor e para terminar logo! Você queria terminar o parto logo!” Ele: “não, é para alívio da dor”(…) questionei: “ por que nós não fizemos o parto no quarto e não na banqueta como eu havia falado?”. Ele respondeu que não foi informado e me disse que a força da gravidade teria me ajudado e a manobra (Kristeller) não teria sido necessária (...) Eu tive bastante problema logo na eminência do parto e até hoje é uma coisa que eu não digeri muito, porque além dessa intervenção, o dele ter forçado meu períneo e da episiotomia, eles fizeram uma manobra de Kristeller e essa manobra é o fim da picada.” para mim ficou que eles estavam cansados, na madrugada com sono, (...) não estavam com paciência, não queriam saber de nada e por outro lado, talvez, um pouco de afobação da equipe de enfermagem: “vamos fazer logo para te livrar”. (E1)

Conforme já mencionado, sendo a episiotomia um procedimento que lesiona diversas estruturas da vagina (músculos, tecidos eréteis, nervos, vasos da vulva e da vagina) e produz marcas físicas e psicológicas para a mulher por toda a sua vida, por este motivo, foi praticamente abolida em vários países, sendo indicada somente em casos de períneo rígido, devido à episiotomia anterior (Diniz, 2013; Mattar e Diniz, 2012). O modelo de atenção ao parto vigente tem utilizado como rotina intervenções sob a justificativa de “tecnologias necessárias” acaba por causar traumas e limitações para a mulher. (DOWNE, 2014).

O mais impactante para algumas mulheres na vivência do parto não foi a real necessidade do uso das intervenções, mas o desrespeito em relação ao seu conhecimento e autonomia na escolha de como conduzir seu corpo.

E4 relata não ter sofrido violência obstétrica, porém teve intervenções que compreendeu que foram necessárias, assim como E8 para que tivessem seus partos normais. Não se sentiram invadidas, demonstrando a suma importância de a mulher ser informada corretamente sobre as condutas que serão tomadas, isto impacta positivamente em sua experiência pessoal.

“(…) Eu tive que ter uma intervenção porque não, não tive outra opção. É porque já fazia quase 48 horas de bolsa rota, tava com 4 de dilatação. Daí ele falou, “olha:

Vamos por um pouquinho de ocitona”(...). Gostaria que não tivesse tido (...). Então chegou no domingo à noite a doula foi lá conversar comigo. Eu falei:, “olha, eu não tô aguentando mais”. Tô cansada mentalmente.”. (E4)

“a gente foi esperando, esperando, passou 1 dia, 2 dias, 3 dias e o neném nada de querer manifestar (...) e ela até sugeriu indução (...) eu comecei a tomar antibiótico com bolsa rota, a gente entrou em contato com o médico, todos os dias a gente ficou monitorando, monitorava de manhã e a noite (...). As contrações começaram, eram ritmadas, 3 contrações a cada dez minutos”. (E8)

Para E5, a influência da medicina e da tecnologia alterou a fisiologia normal do parto, da autonomia da mulher no parto, transferindo este papel para o hospital.

“É que é toda uma cultura e a gente tem que mudar isso, então não é fácil o processo de mudar. ao longo da influência da tecnologia, do desenvolvimento da medicina, aquilo que era normal, que era de autonomia da mulher virou para hospital.” (E5)

A abordagem ao parto realizado pela obstetrícia moderna cria um ritual com diversas intervenções, reforçando o mito de que a mulher não é capaz de parir, caso não haja intervenção médica, o que predispõe a mulher a acreditar que somente será bem atendida em seu parto, caso esteja no hospital, cercada de tecnologia (GONÇALVES et al, 2011). Entre os séculos XIX a XXI houve uma mudança do cenário do parto e ao longo do tempo o parto sofreu interferência da tecnologia e da medicina, transferindo a autonomia feminina para a intervenção de terceiros (PIRES et al, 2010).

Dessa forma, os procedimentos técnicos impostos às mulheres eram vistos como normais e necessários. No entanto, em meados do século XX houve uma mudança de paradigmas na saúde com valorização da promoção da saúde, especialmente a partir das lutas feministas, proporcionando o resgate da autonomia feminina no parto, bem como a redução de tecnologias e intervenções ao parto, que de necessárias passaram a se tornar rotineiras, provocando alterações no curso fisiológico do parto e imprimindo dor e sofrimento à mulher parturiente (MERHY et al, 1997; CORRÊA et al, 2003; GRABINER, 2011). Fica claro que ninguém melhor que a própria mulher para comunicar o que significa uma agressão ao seu corpo. Baseado em sua linguagem, “cheia de sentido”, bem como daquilo que já é conhecido cientificamente, é possível propor mudanças para que, cada vez mais a saúde da mulher seja prestada de forma digna.

5.13 Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto

O conhecimento e uma vivência prazerosa do processo do trabalho de parto e parto permitem a transformação de contextos e mudança de visão de mundo. O parto para essas mulheres deixou de ser algo a ser temido para se transformar em algo a ser lembrado e revivido, marcando profundamente este momento de suas vidas. O despertar para o conhecimento do parto normal sem intervenções (natural) surgiu a partir da busca pessoal (conhecimento, grupos de apoio e busca da saúde) e quanto mais descobriam os paradoxos do parto, mais deslumbramentos e choques despertam a busca por “fazer valer” os direitos sobre seus próprios corpos.

Para elas, a mulher possui total capacidade de parir e mulheres informadas têm melhores condições de fazer escolhas, visto que compreende a necessidade e importância do parto.

A falta de conhecimento e informações sobre os benefícios do parto natural, bem como a forma como o parto normal é apresentado pela cultura (com dor, intervenções, etc) limita a capacidade das mulheres para escolher um parto natural. Além disso, esta visão de parto é reforçada pelo médico que não se prontifica a desfazer os mitos, mas reforça a cesárea e não deixa claro sobre a necessidade de aguardar o momento em que o bebê está pronto para nascer. Sendo assim, as entrevistadas concluem que mulher bem informada é capaz de ter forças para manter sua escolha, pois se sente segura, confiante e consegue reconhecer as fases do parto, atuando nele de forma ativa.

“(...) a partir do momento que eu fiquei grávida eu fui pesquisar, buscar informação e vi que não, que tinha muita coisa errada por trás do parto normal e eu busquei o parto natural e foi maravilhoso (...), eu faria tudo de novo e eu quero ter outro do mesmo jeito, em casa.” (E3)

“A mulher tem total capacidade de parir. Quando a gente escuta coisas do tipo, “minha bacia não abre”, “a minha médica disse que meu útero está fino e tive que fazer uma cesárea”, esse tipo de coisa dói os ouvidos. Para quem leu, para quem estudou sobre parto natural e que entende a capacidade do corpo feminino de parir, é um absurdo, coisa que chega a doer no coração (...) E passados os procedimentos no hospital, você se sente uma inútil (...)” (E1).

A experiência do parto para as entrevistadas é única para cada mulher, porém há fatores que são coincidentes. Dessa forma, cada mulher vivencia seu parto de modo diferente e não existe uma regra geral, na qual todos os partos se enquadrem e sejam iguais. No entanto, as mulheres são levadas a acreditar que qualquer diferença implica em contra-indicação do parto normal.

Segundo Aguiar e D'Oliveira (2011), a autonomia da mulher quanto ao controle de corpo e do parto foi tirada da mulher ao longo dos anos, o que representa uma violência obstétrica (física, moral, emocional, social, entre outras) e conduz a uma escolha inadequada, nem sempre consentida do tipo de parto, baseada no medo, desconfiança, desinformação e traumas dela própria ou das outras mulheres.

Para E2, o trabalho de parto foi totalmente possível de ser identificado e vivido intensamente. Estava confiante e tranquila sobre as fases do trabalho de parto, conseguindo controlar seu corpo e segura do momento adequado para se dirigir à maternidade. Isto sugere uma mudança de paradigmas. Apesar de ser sua primeira gestação, estava segura de si mesma e após enfrentar o sistema, a mesma foi vista como mulher guerreira.

“Eu falo que é uma experiência de morte e vida, porque, na hora que a gente tá com aquela dor (...) nossa, às vezes você pensa que vai morrer, porque é forte, mas depois que você vê o nenê, você vê, sabe, que valeu a pena, uma vida mesmo (...). Nossa, todo mundo me achou uma guerreira.” (E2)

A entrevistada (E3) referiu dificuldade em convencer seus familiares (irmãs) em relação à escolha do parto pelas irmãs. Para sua família (irmãs), prevaleceu a cesárea indicada pelo médico. Apesar de toda a dificuldade em mudar a situação social imposta ao longo do tempo, considera que conseguiu progressos.

“As duas (irmãs) já tiveram bebê (...), marcaram cesárea, e eu engravidei e depois comecei a pesquisar sobre esse assunto. Logo depois ela engravidou de novo e a outra também engravidou novamente e eu comecei a mostrar pra elas sobre o parto natural, elas falaram que eu sou louca (...), “tudo bem, tentar normal, mas no hospital”, e eu, “não!” até pensei em fazer um parto normal no hospital, mas comecei a pesquisar mais e mais e vi que era seguro em casa também. Se eu não tivesse nenhum problema de saúde, no pré-natal que compromettesse, era tão seguro quanto no hospital e elas não aceitaram (...)” (E3)

A deficiência de informação sobre como se processa o trabalho de parto, leva à ansiedade e dúvidas à mulher que vê o parto normal sob a ótica de ser imprevisível e perigoso para mãe e bebê (OLIVEIRA et al, 2012). Uma vez que a mulher busca e tem acesso à informação, bem como a profissionais que lhe transmitam segurança, irá formar escolhas mais conscientes sobre o parto.

“A partir do momento que você sabe que o trabalho de parto e pode ser assim, assado, vai acontecer isso, aquilo, aquilo (...), você vai sentir dor? Vai. (...) Isso é bom pro bebê. Ele passar pelo canal de parto é bom pra ele (...).” (E4)

“Ele (marido) falou: “Está com 41 semanas, eu não vou esperar mais, minha ansiedade é muito grande, eu não quero mais saber!”. Eu falei: “eu não quero passar por isso”, eu não queria ocitocina, não queria nada e eu não tive nenhuma intervenção. Eu não tive que tomar remédio para dor, não tive nada e estou ótima.” (E5)

As informações adequadas adquiridas pela mulher ao longo da gestação possibilitam a ela ter uma participação efetiva no momento do parto, visto que conseguirá identificar sinais do início de seu trabalho de parto, o que reduz sua angústia e temor de ser curto ou longo (OLIVEIRA et al, 2012).

O processo de emancipação e autonomia feminina busca a maternidade como escolha, bem como o direito da mulher ser informada sobre todos os riscos de uma intervenção no seu corpo (BRASIL, 2008; VARGAS e MOÁS, 2010).

Para E1, apesar do histórico familiar, seu despertar para o parto natural, baseou-se primeiramente no desejo de experimentar o diferente, com conhecimento e informação.

“Sempre me imaginei (grávida), ver às vezes alguém grávida eu me imaginava, sempre foi uma ideia positiva. Um pouco preocupante e assustadora, mas sempre positiva (...) como minha mãe já tinha me relatado, ela falou: “eu não me lembro da dor do trabalho de parto”. Porque seu bebê sai, depois já é uma vida nova, você já vai para casa, é outra adaptação e você não tem tempo de ficar se lembrando da sua dor.” (E1)

Para E5, o conhecimento adquirido por meio da internet provocou difusão de conhecimento e proporcionou o conhecimento de partos de outras mulheres, da mesma forma que despertou uma opinião crítica sobre como a medicina e algumas mulheres direcionam o parto.

“(...) eu acho um absurdo, eu acho extremamente., eu vejo as coisas que eles falam pra gente acreditar nisso, é mais absurdo ainda. Com esse negócio de Facebook hoje em dia, você tem muito grupo que pode fazer parte, vi muito, o que aconteceu? (...). Nesse período do final da minha gestação, que eu estava de 41 semanas, o que era menina postando, “amanhã meu filho nasce!”, tudo com data, hora marcada.” (E5)

Para essas mulheres, parir é uma experiência única e importante para cada mulher e depende de vários fatores (atendimento recebido pela mulher, nível de conhecimento sobre o assunto e empoderamento, entre outros) que determinam a escolha do parto.

“(...) eu acho que toda mulher pode parir (grande, pequeno) (...) o corpo da mulher a pelve toda abre na hora (...) então, eu tinha plena certeza que a mulher podia parir (como uma obra de Deus)”. (E7)

Não existe um roteiro em que todos os partos tenham que ocorrer da mesma forma e este fato configura um momento rico de experiências tanto para a mulher, quanto para seu bebê e sua família (TORNQUIST, 2004).

5.14 Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto (“hora da covardia”, “profissionais agindo como piloto automático”, dor)

A fala da entrevistada (E1) demonstra que a fragilidade diante do parto torna a mulher e a família vulneráveis às intervenções, mesmo frente a negociações da mulher com os profissionais que irão assistir seu parto. Para a entrevistada, a mulher deve fazer sua escolha e diante de sinais de dúvida de que os profissionais não irão agir conforme sua vontade, deve buscar outros profissionais que demonstrem respeito a suas escolhas. Para E5, a mulher na gestação se fragiliza, momento em que ela se depara com dúvidas sobre sua escolha e a opinião das pessoas que não estão inseridas no movimento de autonomia do parto, dificulta a escolha. O modelo atual do parto causa impactos sobre a saúde da mulher e impõem a ela certo conformismo, especialmente naquelas que buscam o “alívio da dor” (DOWNE, 2014).

“Deitou na maca, está com o médico você é paciente e está submissa a tudo que a equipe decidir por você. Essa falta de noção que existe dentro do hospital que é assustadora (...). Eu pedi para parar na hora, eu não tive analgesia nenhuma, estava na mesa de parto e a enfermeira subiu na escadinha, subiu em cima de mim e começou a empurrar minha barriga (...) Logo que ele fez a episio e pediu para eu começar a fazer força do expulsivo, me deram só duas chances para tentar fazer a força e a enfermeira já subiu e começou a empurrar (...) Se eu pudesse falar para as pessoas que querem ter parto natural para tomar cuidado com esse tipo de coisa., deixar muito claro para o médico o que você quer e o que você não quer (...). Se perceber qualquer ponto de dúvida, troca de médico (...)” (E1)

“Fica aquela sensação que as pessoas depois falam, “seu filho nasceu saudável”. Nasceu saudável, mas poderia ter nascido muito melhor e isso que é o pior porque depois você tem que lidar com isso e as pessoas tentam te tirar da lama porque você fica ali durante o período e tentam te convencer, “não, mas seu filho nasceu saudável, vê o lado positivo, tal e não sei o quê”. Nasceu saudável, mas poderia ter nascido de outra forma muito melhor e não precisava ter passado por tudo aquilo, sabe?” (E1)

Para E5, houve um momento em que, mesmo empoderada e diante da espera pela fase ativa do parto, manifestou um momento de descrédito (ao que ela nomeou como covardia) e tentou desistir. Porém, o apoio tanto do marido, quanto da doula lhe proporcionaram forças para suportar o momento mais crucial.

“(...) É um momento que você está frágil também, então você fala, “será que eu estou tomando a decisão certa”? Como começaram a passar as semanas, passaram 40 semanas e não tinha nenhum sinal, aí você fala, “será que eu estou tomando a decisão certa?”(...). E as pessoas também já não vão colaborar, ficar dando opinião alheia, porque não sabem de nada, não sabem como está a saúde e tudo, então a maior dificuldade que eu encontrei foi essa.” (E5)

Segundo Minayo (1996), os acontecimentos vividos somente se tornam significativos a partir do momento em que podem ser contados através da linguagem. Dessa forma, a fragilidade feminina diante do parto imprime significados próprios à mulher, que somente serão compreendidos no momento em que puderem ser pronunciados. Intervir de forma dolorosa sobre uma situação controlada demonstra que a abordagem à saúde, neste caso, a atenção ao parto não tem sido realizada de forma individualizada, respeitosa, humana, contrariando as orientações do SUS (BRASIL, 2010).

QUADROS DE ANÁLISE (E1 A E8)

A análise dos temas agrupados por semelhança de significados, bem como as falas das participantes que os elucidaram foram elencadas em dois quadros:

1. Um quadro geral de análise das temáticas, alocadas em Dimensões facilitadoras e Dimensões dificultadoras.
2. Uma matriz final, onde essas dimensões foram realocados em duas categorias: sistema e mundo da vida, conforme Gómez et al (2006).

6.1 Quadro de análise das temáticas

As temáticas levantadas a partir das entrevistas de E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8, agrupadas conforme seus significados, foram alocadas no quadro abaixo como dimensões facilitadoras e dimensões dificultadoras, conforme já descrito:

6.2 *Quadro II – Dimensões facilitadoras e Dimensões dificultadoras das entrevistadas E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8.*

Dimensões facilitadoras	Dimensões dificultadoras
1) Conhecendo sua história: “Como eu nasci?” – Desmistificação do parto 2) Preparação física e psicológica para o parto: epi-no, e grupo de apoio ao parto. 3) Experiências de outras mulheres 4) Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável. 5) Escondendo o jogo 1: omitir para se proteger 6) Reconhecendo as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento 7) Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto 8) O apoio do profissional e da doula.	1) Imaginário social do parto. 2) Cultura da cesárea. 3) Violência obstétrica: intervenções desnecessárias: “eu não quero isso para mim!” 4) Escondendo o jogo 2: omitir a prática para enganar. 5) Idealização do parto perfeito. 6) Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto
Nº total 08	Nº total 06

Nota-se no quadro acima que os dimensões facilitadoras estão em maior número que as dificultadoras: 08 e 06, respectivamente. As dimensões facilitadoras são representadas por fatores ligados à busca pessoal, preparação física e psicológica, reuniões em grupo sobre o tema, apoio familiar ou de profissionais (intra ou extra-hospitalar), a experiência de outras mulheres que já tenham tido parto, além da “defesa” pessoal contra ideias que atrapalhem a decisão. Sabe-se que mesmo diante do número menor de dimensões dificultadoras, segundo a OMS (2010) e BRASIL (2011), as motivações das mulheres pelo parto natural permanecem em meio a um sistema de crenças, valores e profissionais que tentam dissuadi-las de seu propósito, oferecendo resistência à mudança do contexto do parto, em que se observam altas taxas de cesarianas.

Enquanto um grupo de pessoas (mulheres em sua maioria) luta por um propósito (redução das intervenções, redução das cesáreas, humanização do parto, entre outros), bem como a busca pessoal das mulheres como agente de transformação social; há uma grande interferência de uma série de fatores. Este fato pode sugerir que o Brasil encontra-se num momento de mudança social, no que refere às questões do parto e nascimento, em que as crenças, valores, condutas, atitudes, posturas são questionadas no *status quo* pelas próprias circunstâncias e constatações científicas que apontam esta necessidade. Apesar destes movimentos ainda estarem focalizados em algumas regiões, alcançam outras através da divulgação de grupos, informação (livros, artigos, internet), filmes e documentários, conforme se observa nos relatos. A seguir, serão analisadas essas dimensões alocadas nas categorias “*sistema*” e “*mundo da vida*”.

6.3 *Matriz Final: Nível básico de análise de E1 a E8*

Com base no quadro II, análise das temáticas (dimensões facilitadoras e dificultadores), foi montado o quadro III, que representa a matriz final, com as categorias “*Sistema*” e “*Mundo da vida*”, de acordo com a Metodologia Comunicativa Crítica (Gómez et al, 2006, p.103).

6.4 Quadro III – Matriz final

	Sistema	Mundo da vida
Dimensões Dificultadoras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cultura da cesárea. 2. Violência obstétrica: intervenções desnecessárias 3. Escondendo o jogo 2: omitir a prática para enganar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto 2. Imaginário social do parto. 3. Idealização do parto perfeito. 4. Cultura da cesárea
Nº total	03	04
Dimensões Facilitadoras	<ol style="list-style-type: none"> 1. O apoio do profissional e da doula. 2. Preparação física e psicológica para o parto: epi-no e grupo de apoio ao parto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecendo sua história: “Como eu nasci?” – desmistificação do parto 2. Escondendo o jogo 1: omitir para se proteger. 3. Experiências de outras mulheres. 4. Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável. 5. Reconhecendo as fases do trabalho de parto: 6. Vivência empoderada do nascimento: 7. Grupos de apoio ao parto
Nº total	02	07

De acordo com o Quadro III, pode-se observar que as dimensões facilitadoras em relação ao “mundo da vida” são mais promissoras que no “sistema”: 07 e 02, respectivamente. Conhecer sua história, compreender sua imagem corporal, saber de experiências de outras mulheres no parto, saber e reconhecer as fases do parto e viver sua decisão de forma “empoderada” contribui para facilitar ou transformar a abordagem ao parto natural, ou seja, é no cotidiano das mulheres que se encontram as melhores condições para o seu empoderamento e apoio a escolha pelo parto natural. Entende-se que as motivações para o preparo do assoalho pélvico, visando o parto natural e as dimensões que facilitaram ou dificultam a escolha destas mulheres pelo parto natural envolvem questões pessoais (internas e externas), familiares, sociais e institucionais, ou seja, fatores como a vivência, os sentimentos das mulheres, o acesso à informação e grupos de apoio.

Já na categoria “sistema”, os fatores que facilitam a escolha do parto natural são representados por grupos que tomam a iniciativa de proporcionar a difusão de conhecimento para as mulheres ou que trazem inovações (equipamento epi-no, por exemplo), os quais buscam alternativas para divulgar o conhecimento acadêmico entre os “não acadêmicos”, ao mesmo tempo em que oportuniza o aprendizado em conjunto com a vivência de cada mulher (PUIGVERT, 2000; FREIRE, 2010).

Da mesma forma, os grupos de apoio também podem ser alocados na categoria “mundo da vida”, visto que podem ser eficazes tanto dentro de uma instituição, quando por iniciativas populares. Este fato pode sugerir que as crenças/ culturas/ medos em torno do parto são passíveis de mudanças a partir da informação, movimentos sociais, grupos de apoio, divulgação do parto natural e aproximação da sociedade aos centros acadêmicos. O epi-no e os grupos de apoio foram inseridos na categoria “sistema”, devido a estarem inseridos dentro do ambiente acadêmico e, embora sejam iniciativas nem sempre ligadas a Programas institucionais, no caso desta pesquisa, esteve inserido num Programa da fisioterapia, sendo instruídas e acompanhadas por profissionais específicos.

No caso das dimensões dificultadoras, observam-se que tanto a categoria “Sistema”, quanto a “mundo da vida” apresentam-se em números quase equiparados (03 e 04, respectivamente), demonstrando que a mulher que se motiva para o preparo do parto natural encontra dificuldades, tanto em sua vida pessoal/familiar, quanto nas instituições. Essas dificuldades estão representadas na cultura da cesárea, na violência obstétrica, na prática profissional obstétrica, no imaginário social do parto, nas situações que a tornam vulneráveis diante do parto e na idealização do parto perfeito, sem intercorrências e rotulado. O elemento “*imaginário social do parto*” foi inserido na categoria “*mundo da vida*”, devido a apresentar nas falas das mulheres questões fortemente ligadas às histórias de parto na família, amigos, círculo social interno da mulher. O elemento “cultura da cesárea” apresentou-se como dificultador, tanto na categoria “sistema” quando em “mundo da vida”, uma vez que se observa estar fortemente inserido, tanto nas instituições, quanto na vivência das pessoas.

No embate entre as mulheres reivindicando a autonomia no parto e a resistência das instituições e profissionais em manter no *status quo*, prevalece à ação anti-dialógica que não permite que o diálogo igualitário se estabeleça como forma de interação, dado que “um diálogo é igualitário quando se consideram as diferentes contribuições em função da validade dos argumentos, e não em função do poder de quem as realizam” (AUBERT *et al.*, 2008).

Diz-se que as transformações sociais iniciam com base na ciência e ao longo do tempo vai se inculcando no mundo da vida das pessoas, podendo ser positivo ou negativo (Tyus et al, 2006). No entanto, neste trabalho e com base nas reflexões de Habermas, Freire e Puigvert, pretende-se demonstrar que as pessoas possuem um papel importante como agentes das transformações sociais, haja vista as lutas feministas que, ao longo dos anos, vem conquistando mudanças no âmbito da saúde da mulher. A hospitalização do parto ocorrida há, aproximadamente, um século devido ao desenvolvimento da tecnologia tinha o objetivo inicial de intervir nos partos de alto risco. No entanto, a prática dos profissionais de saúde, em especial, mas não só médica, por todo o seu histórico de dominação e imposição de conhecimentos sobre as pessoas, se apoderou do cenário de parto de baixo risco, dominado por mulheres (parteiras, obstetrias, enfermeiras) e tende a manter esta hegemonia, como forma de garantir relações de poder sobre a mulher, não permitindo o resgate da autonomia do parto (subversão as relações de gênero) pela mulher (GONÇALVES e PINTO, 2011; HABERMAS, 1999; PIRES et al, 2010).

Portanto, vale destacar a importância da informação sobre a mudança individual, bem como o efeito do empoderamento das mulheres sobre as mudanças sociais. A maior parte das mulheres do estudo possui nível universitário e uma pequena parcela nível médio. Nota-se também que a maior parte delas interessou-se a buscar informações sobre o parto, saber dos benefícios deste, tanto para elas quanto para os bebês. O nível de satisfação considerou-se de médio a alto, considerando as falas individuais de cada uma delas.

Este fato demonstra que a mulher, após anos de perda de autonomia do parto e da violência obstétrica que somente recentemente tem se desnaturalizado, de modo geral, está em busca da retomada desta autonomia como forma de libertação social das relações de poder, baseadas no gênero, bem como se auto realizar no papel do parto como mãe empoderada, vivenciando-o ativamente e não como simples paciente da situação, que não opina ou não pode opinar sobre sua própria saúde (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011). Assim fortalecidas, essas mulheres encontram estratégias para reivindicar mudanças no modelo de atenção ao parto no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito desta pesquisa foi descrever, apresentar dimensões que facilitaram e aquelas que dificultaram a escolha da mulher pelo parto natural, bem como identificar motivações para o preparo da musculatura do assoalho pélvico com o uso do Epi- no, visando o parto natural, ou seja, buscar os elementos que intencionam superar dificuldades na escolha pelo parto natural, bem como analisar aqueles que se colocam como empecilhos à concretização deste desejo.

As elevadas taxas de cesáreas em detrimento do parto normal, índices incompatíveis com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostram um cenário desfavorável à redução da morbimortalidade materna, dado que quando as recomendações são implantadas em outros países, refletem uma melhor condição de saúde para a mulher e as crianças (europeias, norte-americanas), uma vez que várias doenças de ordem respiratória, circulatória e emocional, que estão ligadas aos nascimentos podem ser evitadas com a mudança nesta atenção (DINIZ, 2009). O modelo de atenção ao parto intervencionista, violento e desrespeitoso não é “privilégio” do SUS, estando presente também na saúde suplementar.

Observa-se que as dimensões facilitadoras relacionadas ao “sistema” ainda são raras e pontuais, o que pode sugerir a necessidade de mudanças no modelo de atenção ao parto e na formação do profissional. Os Protocolos de atendimento ao parto praticados na atualidade podem ter se tornado obsoletos e já não atendem, forma integral e humanizada, as necessidades dos principais sujeitos do parto: mãe e seu bebê.

Existem diversas resistências às mudanças no modelo de atenção ao parto, o que gera uma certa inflexibilidade das instituições/ profissionais em alterar condutas e atitudes frente ao parto, o que pode mascarar a manutenção de poder sobre a decisão da saúde das pessoas, principalmente, das mulheres no parto.

Quando o parto é atendido respeitando as subjetividades dos sujeitos envolvidos e pautado nas evidências científicas, o processo se mostra mais seguro e humanizado. Portanto, é urgente e necessário mudanças também na formação e capacitação do profissional de saúde, de forma a basear suas condutas nestes dois grandes pilares: humanização e medicina/enfermagem baseada em evidência.

Fato contrário se observa na categoria “mundo da vida”, em que mães, grupos de apoio, pessoas comprometidas com a ciência e mudanças se fortalecem ao terem acesso à informação e iniciativas, tanto nacionais quanto internacionais, e tendem a proliferarem essas informações na sociedade, o que possibilita que mais e mais mulheres sintam e busquem que é seu direito legítimo como mulher e futura mãe: parir de forma “natural”, segura e respeitosa, convictas de que é o mais saudável, mais encantador e mais satisfatório.

Superar as barreiras para a implantação de melhores condições de saúde para gestantes e conceptos e produzir qualidade no parto para as mulheres e sua família é uma ação que tem iniciado com pequenos grupos e pontualmente. Muitas pessoas, incluindo as acadêmicas e os profissionais da área de da saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) acreditam que um parto humanizado somente é possível para determinados grupos sociais, que tem condições financeiras de arcar com uma equipe humanizada. Isto revela as desigualdades na saúde, na medida em que há um desrespeito ao direito à saúde e, no caso em especial, ao direito de todas as mulheres, independente de sua classe social, de poderem vivenciar um parto respeitoso.

Acredita-se que as mudanças iniciam no mundo da vida e este trabalho mostra que as mulheres repensam sua forma de ver o parto, superam seus medos e tentam “contagiar” seu entorno. Fica evidente a necessidade de mais pesquisas, em especial com a utilização da metodologia comunicativa crítica para intersubjetivamente alcançar outros níveis de transformação. Na população estudada nota-se que o epi-no de fato reduziu as lacerações, preveniu episiotomias, porém em alguns casos não evitou lacerações de 1º grau, por exemplo.

Com base nas falas e argumentações, bem como no diálogo com as mulheres podem ser indicadas algumas recomendações mediante as dimensões dificultadoras que precisam ser modificadas na atenção ao parto para facilitar e atingir um maior número de mulheres, reduzindo assim as taxas de cesáreas estampadas por todos os indicadores obstétricos:

Às instituições de saúde e aos profissionais:

- ◆ Que os procedimentos técnicos realizados no momento do parto sejam de livre consentimento e esclarecimento das mulheres;

- ◆ Que a escolha do parto natural seja garantida a mulher no momento do parto, não desrespeitando sua decisão;
- ◆ Que não sejam realizadas intervenções “desnecessárias” a mulher no momento do parto;
- ◆ Que haja uma formação mais adequada ao profissional médico para atendimento ao parto humanizado.
- ◆ Que o profissional médico respeite a decisão da mulher, não omitindo suas reais intenções quanto a sua forma de condução do parto;
- ◆ Que a equipe de enfermagem seja mais atuante na atenção ao parto, defendendo o direito a uma assistência à saúde de qualidade.
- ◆ Que as mulheres sejam esclarecidas corretamente sobre a necessidade de intervenções;

Às mulheres e a sociedade:

- ◆ Que as mulheres sejam informadas, de forma clara e objetiva, dos riscos e benefícios de cada tipo de parto.
- ◆ Que sejam divulgadas maiores informações sobre os benefícios do parto natural à sociedade, em geral;
- ◆ Que os veículos de informação (internet, mídia, etc) tenham o compromisso de transmitir informações “reais” sobre o parto normal;
- ◆ Que as mulheres busquem, coletivamente, refletir sobre a imposição de qualquer modelo de padronização de parto, visto que cada parto é individual;
- ◆ Que as mulheres busquem informação sobre o parto para se empoderar;
- ◆ Que as pessoas evitem dissuadir uma mulher em relação a sua escolha pelo parto natural;
- ◆ Que sejam oferecidos mais grupos de informação sobre o parto natural para se alcançar maior número de mulheres;

O aprendizado gerado por esta investigação é indiscutível e encantador, enquanto mulher e pesquisadora nos encontros com essas mães/ mulheres/ esposas que se

colocaram a refletir sobre o parto que queriam e, o parto que possivelmente estaria “predestinado” a elas, buscando conhecimento e alternativas para obter um direito que é seu (autonomia no parto), porém negado ao longo do tempo na história de suas mães, avós, tias, amigas e da sociedade, em geral. Dessa forma, o caminho percorrido buscou responder ao questionamento de pesquisa: *“Como se deu o movimento de busca por informações e técnicas que permitissem à mulher a escolha pelo parto natural?”*

Após a realização desta pesquisa, ancorada nas bases teóricas e metodológicas da perspectiva comunicativa crítica, acreditamos ter respondido a questão da pesquisa, desde o caminho teórico, a partir da constante busca bibliográfica para a construção do texto e capítulos, percorrendo o caminho metodológico, desenvolvido pela pesquisa de campo no encontro com cada mulher, até às análises de cada categoria surgida a cada relato.

O parto, para as mulheres da pesquisa e seus familiares ganhou novo significado e, passou de uma experiência traumatizante para uma experiência autônoma, de autocontrole, realizadora e inesquecível.

O caminhar deste a construção do projeto de pesquisa até a coleta e análise dos dados, em especial o encontro com estas mulheres, revelou a necessidade do compromisso social dos pesquisadores, ao assumir os postulados dos referenciais teóricos e metodológicos escolhidos, em divulgar esses movimentos de resgate da autonomia do parto e no eterno caminhar para a concretização destas questões. Assim, na busca pela efetivação da metodologia, o que antes era desconhecido, uma lacuna de conhecimento, pôde ser transformado em questões feitas às mulheres/ mães, possibilitando um rico aprendizado em conjunto (pesquisadora e entrevistada). Essas percepções nos incitam a pensar no quanto se perde quando não oportunizamos espaços para o diálogo, em que vozes são silenciadas e mulheres empoderadas são julgadas e impedidas de vivenciar o que, de fato desejam para seu parto, contradizendo a cultura que diz que “as mulheres preferem o parto cesárea”, quando na verdade não se dá opção de escolha informada a ela.

Fica a sensação de que este trabalho continua e do quanto à pesquisadora (uma enfermeira) que um dia não imaginava que, tantas questões estavam relacionadas à escolha do parto natural, em detrimento da “propaganda do parto cesárea (sem dor)” e do quanto nos enganamos simplesmente por pensar que sendo apenas enfermeiras, sabemos de tudo

relacionado à saúde, inclusive da mulher, do parto e do nascimento. A vivência deste estudo foi para a pesquisadora, uma experiência enriquecedora e desafiadora, bem como forte do ponto de vista emocional. Ao ler os relatos, é possível se emocionar e nos instiga a “gritar” ao mundo o que, por tanto tempo nos foi negado.

Espera-se que este trabalho traga contribuições científicas para este âmbito da saúde da mulher (parto, nascimento, crianças) e que possa estimular iniciativas, produzindo credibilidade no que se acredita e, no que as entrevistadas proporcionaram, pois, do contrário, a minha palavra só, não bastaria e não possuiria a força que uma vivência deste porte produz.

REFERÊNCIAS

AGUIAR J.M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2287-2296, nov.2013.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, 2014.

ATKINSON, M.A, CHERVONSKY, A. Does the gut microbiota have a role in type 1 diabetes? Early evidence from humans and animal models of the disease. **Diabetologia**, v.55, n.11, p. 2868-2877, nov.2012.

AUBERT, A. et al.; **Aprendizaje dialógico en la sociedad de información**. 3.ed. Barcelona: Hipatia Editorial, 2010. 258p.

BAKKER, J.J.H et al. Morning versus evening induction of labour for improving outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, fev. 2013.

BARACHO, S. M. et al. A influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 9, n.4, p. 409-414, out/dez.2009.

BARBIERI, T. Sobre la categoria genero: uma introduccion teorico-metodologica. **Debates em Sociología**, n.8, 1993.

BARBOSA, G. P. et al . Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-1620, nov./dez./ 2003.

BARRETO, A. F.; MEDRADO, B.; QUADROS, M. T. Dor, revolta e outros matizes: análises político-afetivas da violência urbana. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 25, n.2, p. 342-352, 2013.

BEHRUZI, R. et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.25, p. 2-18, 2010. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/25>>. Acesso em: jul.2013.

BENITES, A. P. O.; BARBARINI, N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.21, n.1, jan./apr. 2009.

BORDO, S.R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S.R.; JAGGAR, A.M. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-38.

BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility- based childbirth: report of a landscape Analysis. Usaid-Traction. **Harvard School of Public Health**. University Research. Set.2010. 57p.

BRASIL. DATASUS. **Indicadores e dados básicos**. Indicadores de cobertura: Proporção de partos hospitalares, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cidadania e justiça**: brasileiras lutam pela igualdade de direitos. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/02/brasileiras-lutam-pela-igualdade-de-direitos>>. Acesso em: dez./2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Partos podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/partos-podem-ser-realizados-em-qualquer-hospital-ou-maternidade-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: out.2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Tipos de parto**. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/os-tipos-de-parto>>. Acesso em: abr. 2013.

BRASIL. SÃO PAULO. Kalckmann, S.; Batista, L. E.; Lago, T. D’G.; Souza, S. R. (org.). **Nascer com equidade**: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/ cor e de gênero. Instituto de Saúde, 2010. 376p.

CARDWELL, C. R. et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. **Diabetologia**. v.51, n.5, p.726-735, maio.2008.

CARRARO, T.E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15 (esp.), p. 97-104, 2006.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup: S14-S16, 2014 .

CHERFEM, C. O. **Mulheres marceneiras e autogestão na economia solidária**: aspectos transformadores e obstáculos a serem transpostos na incubação em assentamento rural.2009. 235f. Dissertação (Mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, , 2009.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.208, n.4, p.249-254, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./ out. 2009.

CORRÊA, S., JANUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: S. Cavenaghi (coord.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP. 2003, p.14-26.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.14, n.4, p.1073-1083, jul./aug. 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G.V.; MELO, E.S. Estratégias não-farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.16, nov/ dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_14.pdf> acesso em: ago.2014.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.30, supl.1, p. S17-S47. 2014.

Díaz, C. R. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. **Matronas profesion**, v. 12, n.3, p. 82-89, 2011.

DINIZ, C. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.10, n.3, p.627-637, jul./set. 2005..

DINIZ, S. G. Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada - associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande SP. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n.1, p. 124-132, jan.2009.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl. 1, S101-S116, p. 2014.

DOWNE, S. Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.30, supl.1, S17-S47. 2014.

DUTRA, I. L.; MEYER D.E. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n.2, p. 215-222, jun.2007.

FALCÃO, D. V.; SALOMÃO, N.M. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, v. 22, n.2, p. 205-212, abr/ jun.2005.

FLECHA, R. **Compartiendo palabras**. El aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo. Barcelona: Paidós. 1997.

FLECHA, R.; VARGAS, J.; DAVILA, A. Metodología Comunicativa Crítica en la investigación en ciencias sociales: la investigación Workaló. **Lan Harremanak Revista de Relaciones Laborales**, n.11, p.21-33,2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e terra, 1996. 54 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2005. p. 90.

GABASSA, V. **Comunidades de aprendizagem**: a construção da dialogicidade na sala de aula. 2009. 248 fl. São Carlos. Tese [Doutorado em Educação] – Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. 389 p.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002

GOLDANI, H. A. S. et al. Cesarean delivery is associated with an increased risk of obesity in adulthood in a Brazilian birth cohort study. **AJCN**, abr.2011.

GOLINO, P. S.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. M. O. Ruptura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. **Femina**, Maranhão, v. 34, n.10, out/2006. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_2066-63.pdf>.

GÓMEZ, J. et al. **Metodologia Comunicativa Crítica**. El Roure Editorial: Barcelona, 2006.

GONÇALVES, E.; PINTO, J.P. Reflexões e problemas da “transmissão” intergeracional no feminismo brasileiro. **Cadernos Pagu**, n.36, jan/jun.2011.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: out.2013.

GRABINER, G. A. Question of choice. **Reprod Health**. v.8, n.20, p. 01-07, 2011.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa I e II**: racionalidad de la acción y racionalización social. Taurus: Espanha, 1999.

HILLBRENNER, J. et al. First clinical experiences with the new birth trainer epi-no in primiparous women. **Z Geburtsh Neonatol**, n.205, p.01-08, 2001.

JAGGAR, A. M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In Jaggar, A. M.; Bordo, S. R. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record. Rosa dos Tempos. 1997, p.157-185.

JAGGAR, A.; BORDO, S. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1988.

KOK, J. et al. Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. **Singapore Medical Association**, v.45, n.7, p.318-323, jul.2004.

KOVACS, G. T.; HEATH, P.; HEATHER, C. First Australian trial of the birth-training device epi-no: A highly significantly increased chance of an intact perineum. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.44, p.347-348, 2004.

LAW, R. et al. Treatment of heartburn and acid reflux associated with nausea and vomiting during pregnancy. **Can Fam Physician**. v.56, n.2, p.143-144, fev.2010.

LEAL MC 1, GAMA SGN (editorial). Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, Suppl 1, S5-S7. 2014.

LEITE, G. K. C et al. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, abr.2010.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, p.365-371, abr/jun./2013.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women's Perceptions of Childbirth "Choices" Competing Discourses of Motherhood, Sexuality and Selflessness. **Gender & Society**, v.26, n.5, p.748-772, out.2012.

MANDÚ, E. N. T. et al. Atenção integral à saúde feminina: Significados e implicações. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.33, n.1, p.31-8, mar.1999.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface**, Botucatu, v.16, n.40, p. 107-120, mar.2012.

MATTAR, R.; AQUINO, M.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.1, p. 1-2, 2007.

MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.15, n.6, nov/dez. 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

NARCHI, N. Z. et al. Utilização da "linha púrpura" como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.11, n. 3, p. 311-322, 2011

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e o parto. **Revista pesquisa e cuidado fundamental**, v.4, n.3, p.2627-2635, jul./set. 2012.

PEREIRA, ALF; BENTO, A.R. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.471-477, jul/set. 2011.

PINSKY, C. B. Estudos de gênero e história social. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 159-189, jan./abr. 2009.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.10, n.2, p.191-197, abr./ jun.2010.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOURA, R. J. O. Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.12, n.1, p.45-49, mar.2008.

PUIGVERT, L. **Las otras mujeres**. Barcelona: El Roure editorial. 2001, 192p.

RIBEIRO, MATILDE. O feminismo em novas rotas e visões. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.14, n.3, p.272, set./dez.2006.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, 2014.

RODRIGUES, A. V.; Siqueira, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Recife, v.8 n.2, p. 179-186, jan./mar.an.2008.

RUBI, S. **Lês “crapuleuses” ces adolescentes déviantes**. Paris: PUF, 2005.

RUBIN, G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. **Nueva Antropología**, México, v.8, n.30, 1986.

RUCKHÄBERLE, E. et al. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer epi-no for the prevention of perineal trauma. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.49, n.5, p.478-83, 2009.

RUGGIERO, E. M. S.; FABBRO, M. R. C.; BUSSADORI, J. C. C. Saúde da mulher grávida. In: **Enfermagem em saúde da mulher**. FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G. (orgs.). São Caetano do Sul/ SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. –(Série Hideko; v.3). p. 319-335.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. 157 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. 2012.

SALVADOR-MOYSÉN, J. et al. The Social Conditions in the Genesis of Preeclampsia. **Open Journal of Epidemiology**, v.4, p.115-121, 2014.

SANTOS D.S.; NUNES I.M. Doulas na assistência ao parto. **Revista Escola de enfermagem Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 582-588, jul-set/ 2009.

SANTOS, C. **Epi-no o que é isso?** Blog Desabafo de mãe. 27 abr.2012.

SCOTT, JW. Gender: a useful category of historical analyses. **Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989.

SHEK, K. L. et al. Does the Epi-no® Birth Trainer reduce levator trauma? **A randomised controlled trial**. *International Urogynecology Journal*, v.22, p.1521–1528, 2011.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/ eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstetrícia**, v. 31, n.11, p.566-573, 2009.

SORDÉ, T.; OJALA, M. Actos comunicativos dialógicos y actos comunicativos de poder en la investigación. *Revista Signos*, **Revista Signos 2010**, v.43, n. Especial Monográfico, 2010.

TEDESCO, R. P. et al. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro,. v.26, n.10, p.791-798, nov./dez. 2004.

TORNQUIST CS. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Florianópolis. Tese [Doutorado em Antropologia Social] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

TRUEBA, G. et al. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doulas during labor. **Journal of Perinatal Education**. **Spring**, v. 9, n. 2, p. 08–13, 2000.

TYUS, N. C.; FREEMAN, R. J.; GIBBONS, M. C. Development of a replicable process for translating science into practical health education messages. **Journal of the National Medical Association**, v.98, n.9, p. 1505–1509, set.2006.

VAHDANINIA, M. et al. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. **BMC Women's Health**, v. 9, n. 3, 2009.

VARGAS, E. P.; MOÁS, L. C. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 758-762, 2010.

WOLFF L.R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A

Instrumento de caracterização das participantes¹¹

1. Dados demográficos

Nome: _____ Telefone: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Naturalidade: _____

Raça: () branca () negra () oriental () outras: _____

Estado civil: () Com vida conjugal: casado, amasiado () Sem vida conjugal: solteiro, viúvo, divorciado

Escolaridade: () nenhuma () ensino fundamental () ensino médio () superior
() completo () incompleto

Arranjo de moradia: () Sozinho (a) () Com 1 geração () Com 2 ou 3 gerações () Outros

Profissão: _____ Ocupação: _____

Peso anterior à gestação: _____ Altura: _____ IMC anterior: _____

Faz pré-natal: () sim () não

Serviço de saúde: _____

Plano de Saúde: () sim () não Qual: _____

Obstetra: _____ Contato: _____

Como conheceu o EPI-NO? _____

Onde o parto será realizado (expectativa): _____

Doula: () sim () não. Quem: _____

2. Antecedentes obstétricos

Número de gestações (inclusive a atual): _____

Número de partos: ____ Vaginal: ____ Cesáreas: ____ Aborto: ____

	1º gestação	2º gestação	3º gestação
Idade da criança (nome)			
Via de parto			
Peso bebê			
Episiotomia			

¹¹ Instrumento adaptado de “Instrumento de coleta de dados do epi-no” utilizado no Programa Epi-no/DFisio.

Laceração perineal (sim/não)			
Fórceps			
Tempo de trabalho de parto			
Intercorrências			
Momento em que teve mais dificuldade			
Fez algum tipo de preparação para o parto (sim/ não)?			
Fez alguma atividade física?			
Outras			

3. História da gestação atual

Nome bebê: _____

Data da última menstruação: _____

Data que completa 40 semanas: _____

Sinais e sintomas durante a gravidez	1º trimestre (até 12 semanas)	2º trimestre (de 13 a 27 semanas)	3º trimestre (+ 28 semanas)
Náuseas			
Vômitos			
Azia			
Sonolência			
Fraqueza			
Queixa urinaria			
Dificuldades respiratórias			
Dores nas mamas			
Edema			
Dores musculares			
Dor pélvica			

Medicação

(ões)

em

uso:

4. Doenças Associadas: () Hipertensão Arterial; () Diabetes; () Cardiopatia; () Depressão
() outras _____

5. Diástase abdominal: () sim () não

6. Atividade Física: () sim () não Qual: _____ Frequência: _____

Exercícios de assoalho pélvico: () sim () não Frequência: _____

7. Queixa urinária

Frequência Miccional: _____ Diurna: _____ Noturna: _____

Nesta gestação	Sim	Não
Perda urinária		
Disúria		
Noctúria		
Enurese noturna		
Incontinência Fecal		
Hemorroida		
Início dos sintomas: () anterior à gestação () Somente na gestação		
Desde que começou: () igual () piorou () melhorou		
Circunstâncias da Perda: () Tossir () Espirrar () Rir () Correr () Caminhar () Sentar/Levantar		
Forma da perda: () Jato () Gotas		

8. História Sexual

Vida sexual ativa: s() n() Início: _____ /anos
Prazer sexual (orgasmo): s() n() () às vezes () raramente
Interesse sexual (libido): s() n() () às vezes () raramente
Dispareunia: s() n()
Perda urinária durante a relação sexual: s() n() () às vezes () raramente

Observações

Relevantes:

Apêndice B

RELATO COMUNICATIVO

GUIA DE QUESTÕES

PESQUISA: “Motivações para o preparo da musculatura do assoalho pélvico com o uso do Epi-no, visando o parto natural”

Retomar os objetivos do estudo e motivo da entrevista, conforme TCLE.

Falar sobre a gravação, caso haja algum momento que deseje desligar, ficar à vontade. Tudo o que será publicado na dissertação será conversado com as entrevistadas.

Deixar claro que caso não queira responder a alguma questão, ficar à vontade e caso não compreenda alguma questão, poderá perguntar. Garanto sigilo sobre os dados e o que não quiser que seja publicado, não será (TCLE)

Participante Nº _____

1. Conte-nos o que se lembra das experiências de parto que viveu ou que tenha acompanhado na sua infância e adolescência?
2. Como se imaginava grávida?
3. Como foi para você a ideia de se preparar para o parto normal/ natural/ fisiológico?
4. Como você ficou sabendo do EPI-NO? Por que procurou por este recurso? O que espera deste preparo?
5. Quais foram suas facilidades e dificuldades da sua escolha? Como lidou com isso e quem lhe ajudou?
6. O que sua família, marido, amigos acham da sua escolha?
7. Segundo alguns estudos, ao longo dos anos o parto sofreu influência da tecnologia e da medicina, passando a ser visto como uma doença e considerando o corpo da mulher como imperfeito e necessitando de correções (episiotomia, medicalização excessiva, ocitocina, anestesia, manobras desnecessárias, etc). O que você acha disso?
8. Outros estudos (Bowser e Hill, 2010; Diniz, 2009) apontam que o número de cesárea aumentou não por necessidade, mas sim por uma cultura de “pessimização do parto” em que as mulheres sentem medo da dor do parto, receiam prejudicar o bebê e tem medo de não haver tempo para corrigir possíveis intercorrências durante o parto. O que você acha disso?
9. Quais facilidades e dificuldades você imagina que outras gestantes possam ter em relação à escolha do parto?
10. Como você imagina/ imaginava seu parto?

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Silvana dos Santos, sou aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de ciências Biológicas e da Saúde e estou sendo orientada pela Profª Drª Márcia Regina Cangiani Fabbro, professora do Departamento de enfermagem da UFSCar. Este estudo faz parte de meu trabalho de Dissertação do curso Mestrado, cujo título é: *“Motivações para o preparo da musculatura do assoalho pélvico com o uso do Epi- no, visando o parto natural”* e tem a permissão do Laboratório de Avaliação e Intervenção sobre a Saúde da Mulher do Departamento de Fisioterapia para a sua realização.

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa e foi selecionado por fazer parte do grupo de mulheres que faz uso do equipamento Epi-No neste laboratório e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Federal de São Carlos/ Laboratório de Avaliação e Intervenção sobre a Saúde da Mulher.

Os objetivos deste estudo são: compreender os aspectos que se relacionam com a escolha pelo parto natural e identificar motivações para o preparo da musculatura do assoalho pélvico, visando o parto natural. Sua participação nesta pesquisa consistirá em relatar seus anseios, motivações, dúvidas ou preocupações neste momento de sua vida, através de dois métodos chamados “observação comunicativa” e “relatos comunicativos (entrevista)”. Utilizaremos a princípio um diário de campo, onde serão anotadas observações, reflexões, interpretações, impressões não declaradas verbalmente e explicações próprias da pesquisadora a partir de nossos diálogos, com a finalidade de contribuir para a análise dos dados. Na entrevista, nossas conversas serão gravadas em áudio para serem transcritas, analisadas e em parceria com você, re-lidas em sua presença, podendo-se excluir ou transformar o que foi escrito, com o objetivo de ser fiel ao que você nos relatou. Para esta entrevista será agendado um encontro em horário e local previamente acordado com você, de acordo com sua preferência e disponibilidade da pesquisadora. Os arquivos desses encontros permanecerão guardados conosco (pesquisadora e orientadora) e somente nós teremos acesso ao conteúdo.

Entendemos que os riscos desta pesquisa podem gerar desconforto, cansaço e, até mesmo angústias ou insegurança em relação ao momento do parto vindouro. Dessa forma, procuraremos respeitar suas reações e queremos lhe dar a liberdade de nos apontar quando não quiser falar sobre assuntos que lhe tragam algum tipo de incômodo.

Esta pesquisa tem como benefício oportunizar espaços para o diálogo e encorajamento frente à escolha pelo parto natural e informamos que não haverá ônus ou remuneração financeira aos sujeitos participantes desta pesquisa. Os resultados desta poderão ser apresentados em eventos e publicações científicos, tomando-se o cuidado de manter o anonimato dos participantes. Estamos à disposição para esclarecimentos sobre os procedimentos realizados antes e durante o curso deste trabalho.

Caso você tenha alguma dúvida sobre o cunho ético desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Você receberá uma cópia deste Termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, Silvana dos Santos, sou a responsável pela coleta de dados deste estudo e estou disponível para eventuais esclarecimentos. Meus contatos são: telefone: (19) 9583-6383, (11) 97454-2075; e-mail: siluniv@hotmail.com. Meu endereço é: R. José Augusto S. Lopes, 396 – Vila Bela – Franco da Rocha/ SP.

Silvana dos Santos

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data ____ / ____ /20 ____

Sujeito da pesquisa *

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Motivações para o preparo da musculatura do assoalho pélvico com o uso do Epi- no, visando o parto natural

Pesquisador: SILVANA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19197113.7.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 374.132

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo. Doze mulheres, gestantes, acompanhadas pelo Programa Epi-NO no Laboratório de Avaliação e Intervenção sobre a Saúde da Mulher, vinculado ao Departamento de Fisioterapia e localizado na Universidade Federal de São Carlos, serão convidadas a participarem deste estudo. Os dados da pesquisa poderão ser coletados por três tipos de técnicas de orientação comunicativa: o relato comunicativo, o grupo de discussão comunicativa e a observação comunicativa.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora aponta como objetivo primário compreender os aspectos que se relacionam com a escolha da mulher pelo parto natural. E como objetivo secundário, pretende identificar motivações para o preparo do períneo, visando o parto natural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora entende que os riscos e desconfortos desta pesquisa são mínimos e estão relacionados a desconforto, angústia e insegurança ao relatar sobre o parto vindouro.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora afirma que pretende oportunizar espaços para o diálogo e encorajamento frente à escolha pelo parto natural e informa que não haverá ônus ou remuneração financeira aos sujeitos participantes desta pesquisa.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa Motivações para o preparo do assalto pérvio com a técnica do Epi- no, visando o parto natural		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 12	
3. Área Temática			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 2. Ciências Biológicas, Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SILVANA DOS SANTOS			
6. CPF: 177.098.138-11		7. Endereço (Rua, n.º): JOSE AUGUSTO SILVA LOPES VILA BELA CASA 2 FRANCO DA ROCHA SAO PAULO 07846120	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (11) 4811-4522	10. Outro Telefone:
		11. Email: silvane@hotmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis a fazer parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura: _____	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar		14. CNPJ:	
		15. Unidade/Orgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde	
16. Telefone: (16) 3351-8380		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela Instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Rosely Moraes de Figueiredo</u>		CPF: <u>131.115.548-13</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora Pós-Graduação</u>			
Data: <u>27</u> / <u>6</u> / <u>2013</u>		Assinatura: <u>Prof. Dra. Rosely Moraes de Figueiredo</u> Coordenadora do PPGEnf	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



Via Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676
CEP 13565-905 São Carlos/SP – Brasil
Fone/Fax: (16) 3351 8338 – email:
ppgenf@ufscar.br

Carta de permissão para pesquisa científica

Eu, Silvana dos Santos, RG 27.942.300-7, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSCar (curso mestrado), venho por meio desta solicitar permissão para a realização de pesquisa científica, envolvendo as gestantes inseridas no EPI-NO sob orientação da Profª Drª Márcia Regina Cangiani Fabbro. A pesquisa será de abordagem qualitativa e ocorrerá no período de agosto/2013 a fevereiro/ 2014 e envolverá entrevistas com as mulheres a partir da autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sem mais.

Atenciosamente


Silvana dos Santos

Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSCar
Curso Mestrado


Prof.ª Dr.ª Márcia Regina Cangiani Fabbro
Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSCar

ciente e de acordo
Patrícia Druoso

Patrícia Druoso
Procuradora
Científica 2012/02 F