



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

RENATA MOURA DA SILVA VIDAL

**A EXPERIÊNCIA DO PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
PERCEPÇÕES DE MULHERES**

São Carlos – SP
2017

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

RENATA MOURA DA SILVA VIDAL

**A EXPERIÊNCIA DO PARTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
PERCEPÇÕES DE MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

São Carlos - SP
2017



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 Renata Moura da Silva Vidal, realizada em 23/02/2017:

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar

Profa. Dra. Adriana Fernandes Coimbra Marigo
UNESP

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori
UFSCar

Dedico este trabalho à Mariana (in memoriam) e sua Maria.

Que você continue brilhando onde quer que esteja.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus filhos Francisco e Gustavo, por me proporcionarem a oportunidade de descobrir a minha força e por me ensinar o significado do amor a cada dia.

À minha mãe Luiza que tornou possível essa minha jornada com sua dedicação, generosidade e amor incondicional. Ao meu pai João, meu irmão Renato e o meu sobrinho João pelo apoio, carinho, disponibilidade e incentivo em mais esta etapa da minha vida.

Ao meu querido Vidal, por ser meu companheiro e grande incentivador, pelo seu amor, paciência e por passar os finais de semana brincando com os nossos pequenos enquanto eu me dedicava aos estudos.

Às participantes deste estudo, pela imensa contribuição me contando sua experiência.

À minhas queridas amigas, Fernanda Pallone e Maria Fernanda Jorge Rocha, pelo apoio e os preciosos “pitacos”. Sem o auxílio de vocês não teria conseguido escrever o projeto.

À minha amiga Geovânia Pereira dos Reis Machado pelo apoio, incentivo e colaboração. À querida Aline Natália Domingues pelo apoio e disponibilidade.

Às queridas Viviane Rodolpho e Rafaela Siani pela parceria.

Aos meus amigos Graziela de Oliveira Souza, Isabel Monteiro Andreo, Rodrigo Alves Barbosa e Vinícius Morais pela amizade que resistiu ao tempo e à distância, pelo carinho, paciência e pelas palavras de apoio.

À minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro, pelo privilégio de ter sido sua orientanda, pela convivência, pelo aprendizado e pelo carinho.

À Profa. Dra. Adriana Fernandes Coimbra Marigo e à Profa. Dra. Jamile Claro Castro Bussadori, por compor a minha banca examinadora da qualificação e defesa e pelas contribuições valiosíssimas, sem as quais não seria possível o resultado final desta dissertação.

E finalmente à CAPES, pelo auxílio financeiro no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

A busca de informações acerca da fisiologia do parto, bem como sobre os direitos das gestantes pode contribuir para que a mulher seja protagonista do seu parto. No entanto, a realidade obstétrica do país, com índices altos de cesáreas desnecessárias, com intervenções sobre o parto e casos de violência obstétrica pode dificultar o protagonismo. Este estudo tem por objetivo analisar intersubjetivamente a experiência de parto no Sistema Único Saúde (SUS), em um município do interior de São Paulo, segundo a vivência de dez mulheres. Tem como objetivos específicos identificar os elementos facilitadores e os elementos dificultadores desta experiência, compreender de que maneira a experiência de parto das mulheres de seu entorno influenciou a vivência das participantes, além de listar recomendações para a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê. O método escolhido para atingir estes objetivos foi a Metodologia de Investigação Comunicativa, que privilegia o diálogo, dado que é na interação que se espera a construção de ferramentas de superação dos obstáculos. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o relato comunicativo e o grupo de discussão comunicativo. A análise dos dados foi realizada conjuntamente com as participantes, que, de acordo com a Metodologia de Investigação Comunicativa, têm a mesma capacidade de interpretação que a pesquisadora, porém em perspectivas diferentes. Os elementos identificados como facilitadores ou dificultadores foram classificados segundo as categorias sistema e mundo da vida, previamente definidas pelo método. Os resultados apontam que, embora tenhamos um avanço em termos de assistência ao parto, esta ainda apresenta fragilidades e necessita de mudanças de estratégias para que atenda todos os requisitos mínimos. Neste sentido, a ausência de diálogo nos atendimentos, a falta de articulação nas ações entre os serviços e a assistência centrada na figura do médico, mesmo nos casos de risco habitual, submete a usuária a um cuidado que não atende às suas demandas individuais e tem colocado em risco a qualidade do atendimento prestado.

Palavras- chave: Saúde da mulher. Parto humanizado. Sistema Único de Saúde. Assistência à saúde.

ABSTRACT

The search for information concerning both the physiology of childbirth and the rights of pregnant women may contribute to the empowerment of these women. However, the high number of unnecessary cesarean in obstetric care, as well as interventions in labor together with obstetric violence, may hinder this empowerment. This study aims to, intersubjectively, analyze childbirth experiences in the Unified Health System (UHS) from the experience of some women in São Carlos – SP. Its specific objectives are to identify the elements that help to enable and the elements that may hinder childbirth experiences and also to understand the influence of other women's childbirth experiences, moreover, providing recommendations for improving obstetric care. The Communicative Methodology was chosen for this study. The data collection instruments were the communicative report and communicative discussion group. Data analysis was performed together with the participants, who have the same interpretative capacity as the researcher, but at different levels of understanding. The elements identified as enablers and hindrances were classified under System and World of Life, terms previously defined by the method. The results show that childbirth assistance has improved, but strategic changes are still needed. Therefore, the lack of integrated actions has put care quality in jeopardy.

Keywords: Women's health. Humanizing delivery. Unified Health System. Delivery of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Nível básico de análise: categorias e elementos.....	31
Quadro 2 - Caracterização das participantes.....	34
Quadro 3 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Leonilda.....	35
Quadro 4 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Elisabeth.....	40
Quadro 5 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Vilma.....	44
Quadro 6 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Débora.....	47
Quadro 7 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Val.....	51
Quadro 8 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Ana.....	56
Quadro 9 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Ana Maria....	61
Quadro 10 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Célia.....	68
Quadro 11 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Zilda.....	72
Quadro 12 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Mariana.....	75
Quadro 13 - Quadro de análise.....	81
Quadro 14 - Matriz final dos Elementos Facilitadores.....	82
Quadro 15 - Matriz final dos Elementos Dificultadores.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A – Aborto

ACS – Agente comunitário de saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

C – Cesárea

DEnf – Departamento de Enfermagem

G – Gestação

GAPN – Grupo de Apoio ao Parto Natural

GDC - Grupo de discussão comunicativo

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PV – Parto vaginal

RC – Relato comunicativo

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO AO TEMA.....	10
1.1 Introdução ao Tema	11
2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	16
2.1 Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento	17
2.2 Rede Cegonha	18
3 AS OUTRAS MULHERES	21
4 OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo Geral	24
4.2 Objetivos Específicos	24
5 O PERCURSO METODOLÓGICO	25
5.1 Os Postulados	26
5.1.1 Teoria do agir comunicativo	28
5.1.2 Dialogicidade.....	28
5.2 Desenvolvimento da Pesquisa	29
5.2.1 Local do estudo	29
5.2.2 As mulheres	29
5.2.3 Instrumento de coleta de dados.....	30
5.2.4 Análise dos dados.....	30
5.2.5 Etapas da pesquisa	31
6 RESULTADOS: ANÁLISE INTERSUBJETIVA.....	34
6.1 A História de Cada Uma	34
7 MATRIZ FINAL	81
8 LISTA DE RECOMENDAÇÕES	89
8.1 Questões de Gênero e Participação do Pai	90
8.2 Conhecimentos Sobre o Ciclo Gravídico-Puerperal	91
8.3 Ética Profissional	91
8.4 Respeito à Mulher.....	92
8.5 Ambiência.....	92
8.6 Mecanismos de Proteção	92
8.7 Presença do Acompanhante.....	93
8.8 Influência do Estado Emocional.....	93
8.9 Empoderamento	94
8.10 Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor	94
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	97
GLOSSÁRIO	106
APÊNDICE A	107

APÊNDICE B.....	109
APÊNDICE C	114
APÊNDICE D	138
ANEXO A.....	141

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO AO TEMA

Há 10 anos me formei em Psicologia e trabalhei por 7 anos em um Programa de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto no município de São Carlos, onde atendia as famílias de adolescentes em cumprimento de medida de liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade. Além do atendimento individual, realizava grupos de famílias, visitas domiciliares, entre outras atribuições que poderiam contribuir minimamente para uma ressignificação daquele momento vivido por cada família. Foram 7 anos intensos, cujo aprendizado não se pode medir, considerando que, além de legislações e abordagens teóricas, eu aprendi a estar com o outro despida de pré-concepções e a respeitar cada indivíduo com quem estabeleci algum contato.

Embora eu continuasse gostando do meu trabalho, uma experiência pessoal fez surgir uma nova paixão que mudou o rumo da minha trajetória profissional, descobri-me grávida de gêmeos e essa gestação despertou meu interesse por assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

Sem uso de anestesia, episiotomia ou qualquer outra intervenção invasiva e desnecessária, meus filhos vieram ao mundo por meio de um parto humanizado. A decisão pela escolha do tipo de parto se deu há vários anos, quando em uma aula de Noções de Puericultura (sou técnica em nutrição), uma professora trouxe informações sobre o tema.

A partir de então, decidi que, se um dia ficasse grávida, queria proporcionar ao meu filho um nascimento respeitoso, com pouca luz, o mínimo de ruído possível e, preferencialmente, no meio aquático. Esse era o parto Leboyer, nome dado em referência ao obstetra Frederic Leboyer, que ensinou ao ocidente as maravilhas da Shantala.

Desse modo, quando soube da minha gravidez, fui em busca de um obstetra que concordasse em assistir o parto gemelar de acordo com minhas aspirações. Participei do Grupo de Apoio ao Parto Natural - São Carlos, onde tive acesso a vídeos e livros sobre o tema. Com o apoio do obstetra, da doula e do acompanhante, o nascimento dos meus filhos

foi o evento mais transformador e potente da minha vida e, depois de passar por essa experiência, meu desejo era o de que outras mulheres pudessem ter a mesma oportunidade.

A realidade obstétrica no Brasil, entretanto, mostra um índice de 84,6% de cesarianas na saúde suplementar e de 40% pelo SUS. No caso de uma gestação múltipla, a cirurgia é o fim mais provável, e muitas vezes indicada sem a real necessidade (OMS, 2015).

A inquietação não diminuiu depois que os meus filhos nasceram, e, desse modo, decidi me aprofundar acerca desse tema. Cursei como aluna especial a disciplina Saúde, gênero e sexualidade, no Departamento de Enfermagem (DEnf) da UFSCar. O conhecimento adquirido ao longo do semestre, somado à pesquisa sobre o tema, deu origem ao projeto intitulado “Parto normal ou cesárea: As representações sociais do parto de gemelares”, com o qual concorri e fui aprovada no processo seletivo para o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Desta forma, após o início das aulas e uma nova revisão sobre o tema, foi possível perceber o quanto a assistência humanizada ao parto continua restrita a um número pequeno de mulheres, justificando a necessidade de ampliar essa discussão para a saúde pública. Sendo assim, decidimos mudar o foco e estudar a assistência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

1.1 Introdução ao Tema

Para compreendermos o atual cenário da assistência obstétrica no país, faz-se necessário voltar o olhar para o século XIX, época em que o parto era vivido no âmbito do feminino, em que as mulheres pariam em suas casas amparadas por parteiras e em total privacidade (LEISTER; RIESGO, 2013; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; MELO, 2013; ODENT, 2003).

Contudo, a história da medicina moderna está vinculada a um novo olhar acerca do parto e o nascimento, de modo que o desenvolvimento de antibióticos, vacinas e as novas descobertas no campo da assepsia, tornaram o hospital um lugar seguro e, a partir de então,

teve início a transição do parto domiciliar para o hospital (LEISTER; RIESGO, 2013; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Com a institucionalização do parto, este passou a ser assistido por homens, destituindo este papel das parteiras, que passaram a acompanhar apenas as mulheres que não tinham condições de arcar com as despesas de um parto hospitalar (ODENT, 2003; LEISTER; RIESGO, 2013). Como resultado, essa transição contribuiu para a redução da taxa de mortalidade materna e infantil, mas trouxe consigo a ausência de poder da mulher com relação ao seu próprio corpo (VARGENS; PROGIANTI, 2004). Desse modo, o parto passa a ser caracterizado como um evento médico, de caráter público e com a presença de outros atores, perdendo sua conotação do privado e feminino (SEIBERT et al., 2005).

No Brasil, os primeiros leitos obstétricos surgiram em 1884, mas a hospitalização propriamente dita se deu no século XX, a partir da década de 40.

O parto, antes vivenciado em um ambiente privado e familiar, perde espaço e ocupa uma esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parto, tornando a mulher submissa aos procedimentos adotados, em nome do que é científico. (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015, p. 77).

Deste modo, a institucionalização do parto no Brasil trouxe um excesso de tecnicismo, tornando-o repleto de intervenções invasivas e desnecessárias. Este tecnicismo está em constante embate com o conceito de humanização, que embora pareça recente, vem sendo utilizado há décadas (DINIZ, 2005) e está comumente vinculado ao feminismo em sua busca pela humanização nas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005), de modo que traz como preceitos a convicção de que a gestante deve ser recebida com dignidade por uma equipe que atue de modo ético e solidário em um ambiente acolhedor. Além disso, esta equipe deve adotar medidas e procedimentos que são comprovadamente benéficos para a gestante e o bebê, abandonando as práticas intervencionistas que são realizadas de rotina sem qualquer evidência científica que justifique o seu uso (BRASIL, 2000).

Para mudar este quadro, devemos romper com o cuidado medicocêntrico¹ e “[...] proporcionar condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto de baixo risco” (BRASIL, 2017, p.16), a presença destas profissionais está relacionada à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres. Prata e Progianti (2013), por exemplo, dissertaram sobre a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção humanizada ao parto e ao nascimento em uma maternidade pública no estado do Rio de Janeiro, colaborando, entre outros aspectos, para a superação do medo da dor:

Sendo assim, acreditamos que, quando as mulheres superaram o medo da dor e adquiriram força, houve a incorporação em seu *habitus* de que seu lugar na cena do parto era de protagonista, conforme um dos princípios do paradigma humanizado de assistência ao parto. (PRATA, PROGIANTI, 2013, p. 26).

A inserção e legitimação dessas profissionais pode ter um efeito direto na redução do índice de cesáreas, tendo em vista que ao contrário do que recomenda Organização Mundial de Saúde - OMS (1996, 2015), o parto normal ocorre em menos da metade das gestações. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (BRASIL, 2015), sem indicação médica, a cesárea aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte materna (SILVA; RIBEIRO; COSTA, 2011). Para que haja uma diminuição significativa do índice de mortalidade materna e neonatal, a taxa de cesárea não deve ultrapassar os 15% (OMS, 2015).

Com o intuito de reduzir este índice, uma das práticas recomendadas pela OMS é a presença de um acompanhante de escolha da parturiente, que além de oferecer suporte emocional e afetivo a ela, ainda reduz o período de internação e recuperação (BRASIL, 2005).

De acordo com Santos e Nunes (2009), a mulher pode escolher para acompanhá-la durante o trabalho de parto, o companheiro, um familiar, uma amiga, bem como parteiras, enfermeiras ou doulas. Para Souza e Dias (2010), o apoio oferecido pelo acompanhante de escolha da parturiente e aquele ofertado pela doula se complementam.

¹ Cuidado centrado na figura do médico.

Por sua vez, o termo “doula”, palavra de origem grega, que significa “mulher que serve outra mulher”, é um termo conhecido mundialmente e se refere às mulheres que dão suporte físico e emocional antes, durante e após o parto. Um estudo realizado sobre o papel da doula na assistência às parturientes mostrou que o suporte oferecido por elas vai além dos aspectos físicos e emocionais, tendo ainda um caráter informativo, no sentido de, por meio da informação, empoderar as mulheres. Além destes aspectos, o suporte contínuo está associado à redução do uso de analgesia, ocitocina sintética e dos índices de cesarianas (SOUZA; DIAS, 2010; SILVA et al., 2012).

A presença da doula e do acompanhante, no entanto, não garantem que o atendimento oferecido seja humanizado. De acordo com Mendonça (2014), mesmo nas instituições que se dizem humanizadas, é possível se deparar com uma assistência que fere um princípio fundamental dentro do movimento de humanização: o protagonismo da mulher.

Diante desta realidade, uma das chaves que concede à mulher o protagonismo é a informação. Quando ela tem conhecimento de todos os procedimentos, do que ocorre com o seu corpo e o bebê durante a gestação e o parto, ela tem ferramentas para viver este momento de maneira plena (LOPES et al., 2009).

Sob esta perspectiva, a informação deve fazer parte do modelo humanizado de atenção oferecido pela atenção primária e as maternidades. A equipe de saúde, portanto, deve estar diretamente implicada neste processo e, tem como uma de suas atribuições, informar e prestar esclarecimentos acerca do ciclo gravídico puerperal, considerando que este é um direito da gestante e sua família (MENDONÇA, 2014).

No entanto, as informações obtidas pelas mulheres nos serviços de saúde nem sempre contribuem para uma escolha informada, de modo que possam conhecer todos os benefícios e prejuízos dos procedimentos que eventualmente serão realizados e as implicações de realizá-los sem o consentimento da parturiente vão para além do parto, podendo prejudicar o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê. Dessa forma, o mecanismo de negação aos direitos à boa assistência é tão sutil que não é percebido enquanto violência, dado que muitas

das práticas de assistência ao parto já estão incorporadas ao cuidado dispensado (ZORZAM, 2013; SILVA; RIBEIRO; COSTA, 2011).

Tendo em vista a importância da assistência pré-natal no sentido de informar às mulheres e prepará-las para o parto e puerpério, bem como resgatar a importância de outras mulheres na vivência do parto o capítulo seguinte trará este recorte.

2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O protagonismo da mulher durante o parto e a percepção com relação à assistência recebida podem estar associados à qualidade da assistência pré-natal, considerando que é durante esta fase que ela poderá ser informada acerca das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, bem como sobre os procedimentos recomendados durante a assistência ao parto e nascimento. O pré-natal tem um papel importante na redução do índice de mortalidade materna, pois é nesta fase que se identificam e se tratam os eventuais riscos durante a gestação (D'AMBRUOSO; ABBEY; HUSSAIN, 2005; SOME; SOMBIE; MEDA, 2011; D'ORSI et al., 2014; ASKARI et al., 2014).

O índice de mortalidade materna² está diretamente relacionado à condição de vida e revela o grau de desenvolvimento econômico, cultural e tecnológico de um país (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006; CARVALHO; ARAÚJO, 2007), além de denunciar as desigualdades sociais e de gênero (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; PEREIRA, 2016). A redução deste índice é uma preocupação mundial e com o intuito de reduzi-lo, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³ um item específico sobre a saúde da gestante, que previa uma redução de 75% (BRASIL, 2014). Esta meta, contudo, não foi alcançada. No ano de 2015 a ONU elabora os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015) e mantém na agenda o combate à mortalidade materna e pretende reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Impulsionado por este movimento mundial, o Ministério da Saúde tem incentivado o parto normal, por meio da implementação de políticas e estratégias, tais como a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento – PNHPN (BRASIL, 2000), a estratégia da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e o Projeto Parto Adequado (BRASIL, 2015). Estas iniciativas visam estimular a realização do parto normal, além da consequente redução de cesarianas desnecessárias e do índice de mortalidade materna.

²Conforme determina a OMS (1996), é considerada morte materna, quando ocorre no período entre a gestação, até 42 dias após o seu término, em decorrência da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

³Os ODMs foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas em 2000, com o apoio de 191 nações. Em um total de 8, eles dizem respeito à qualidade de vida da população.

2.1 Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna, melhorar resultados perinatais, ampliar o acesso ao pré-natal e oferecer um atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério o MS instituiu no ano 2000 o PHPN (BRASIL, 2000).

As recomendações do PHPN para um acompanhamento pré-natal adequado incluem um número mínimo de 6 consultas, o início do acompanhamento antes da 20ª semana de gestação, realização de exames básicos e imunização (dosagem de hemoglobina, exame comum de urina, exame para sífilis - VDRL, glicemia de jejum, tipagem sanguínea e fator RH e vacinação antitetânica, além de três ou mais registros, de batimentos cardíacos (BCF), altura uterina, pressão arterial e peso da gestante (BRASIL, 2000). Todavia, Peoples-Sheps et al. (1991) apontam que a inadequação de registros, tanto no prontuário quanto no cartão da gestante se configura como um empecilho para o aperfeiçoamento da qualidade pré-natal, tendo em vista que a ausência de dados acerca dos procedimentos realizados pode levar a crer que estes não foram realizados.

Embora tenhamos ampliado a cobertura, que hoje em dia é de quase 90% (LEAL et al., 2014a; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; CHRESTANI et al., 2008), ainda foram observados problemas com relação ao início precoce do acompanhamento, o número mínimo de consultas e no controle da transmissão vertical de sífilis e do HIV (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; DOMINGUES, 2012).

Para Serruya, Cecatti e Lago (2004), a realização de exames básicos também é um dos pontos a serem corrigidos. De acordo com Parada (2008), os exames básicos previstos para o início do pré-natal estão sempre disponíveis (segundo informação dos gestores da região onde o estudo foi desenvolvido), no entanto, não se pode dizer o mesmo daqueles que são esperados para o final da gestação, de modo que, é importante ressaltar que a disponibilidade destes exames não implica que eles serão efetivamente realizados.

2.2 Rede Cegonha

Visando a melhora na atenção, o incentivo à humanização ganhou novo reforço em 2011, quando foi instituída a estratégia da Rede Cegonha, que assim como o PHPN, tem entre os seus objetivos, a redução do índice de mortalidade materna e neonatal e pretende ainda assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, à criança, o direito ao nascimento seguro, e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Sobre a Rede Cegonha, Carneiro (2013, p.54), nos diz que “[...] vem como defesa da cidadania, direitos fundamentais consignados na Constituição Federal de 1988, exercício e segurança do parto cidadão”.

A Rede Cegonha está organizada em 4 componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e um sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

O componente “Pré-natal” compreende as seguintes ações:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2011, p.109).

Já o componente “Parto e Nascimento” compreende:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2011, p.109).

Quanto ao componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança”:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos. (BRASIL, 2011, p.109).

E por último o “Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação”:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (BRASIL, 2011, p.109).

Tanto o PHPN quanto a Rede Cegonha são executados em nível municipal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Anversa et al. (2012) constataram que as gestantes acompanhadas em USF receberam mais orientações e foram mais examinadas do que aquelas acompanhadas em UBS. A autora sugere que esta diferença se deve ao processo de trabalho e cita, ainda, a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) como um aspecto positivo neste modelo de atenção.

A presença do ACS poderia, inclusive, potencializar o alcance das iniciativas de educação em saúde, de modo que o conhecimento fomentado nestes espaços possa contribuir para uma vivência satisfatória no parto.

Considerando que tanto as mulheres que fazem parte da rede de suporte das usuárias do serviço, quanto os profissionais da saúde, exercem grande influência nas questões relacionadas ao parto, é sobre as outras mulheres que o capítulo a seguir irá tratar.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991 pelo MS, criando uma nova categoria de trabalhadores que atuava em sua própria comunidade.

Os ACS possuem um papel muito importante no acolhimento dos usuários, facilitando, inclusive, o estabelecimento de vínculos (BRASIL, 2016a). A proximidade dos ACS torna seu papel tão importante quanto o das mulheres que exercem um papel significativo na história de vida de cada mulher e por esta razão, podem influenciar na tomada de decisão com relação à escolha do tipo de parto.

3 AS OUTRAS MULHERES

A experiência vivida pela mãe da gestante na ocasião do parto tem muito valor em sua tomada de decisão (SILVA; RIBEIRO; COSTA, 2011), de modo que as razões que levam uma mulher a optar pelo parto normal ou a cesárea podem ser resultantes da falta de informação ou de crenças pessoais (MELCHIORI et al., 2009; COSTA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Este aspecto, somado à ausência de diálogo com o obstetra e a falta de espaços de discussão nos equipamentos de saúde, dificultam o acesso à informação que promova o esclarecimento de dúvidas em torno desta experiência e a principal fonte de informação passa a ser as mulheres de seu entorno, trazendo a sabedoria de quem que já passou por esta vivência (COSTA; PRATES; CAMPELO, 2014). Em ambos os casos (na unidade de saúde e na conversa com outras mulheres), a cesárea parece ser a escolha mais acertada.

No entanto, por trás do alto índice de cesarianas, nos deparamos com a precarização da assistência pré-natal, da conveniência da atenção programada e da reprodução e sexualidade como dimensões biológicas da esfera privada (BARBOSA et al., 2003). Além disso, a cultura medicalizada de atenção ao parto e nascimento enquanto expressão do poder masculino (BARBOSA et al., 2003; LAGOMARSINO et al., 2013) tem impedido o contato das mulheres com o parto fisiológico, estimulando a crença de que o parto vaginal pode ser perigoso. Lagomarsino et al. (2013) nos alertam para a necessidade de provocar reflexões entre os profissionais de saúde, com o intuito de estimular o protagonismo da mulher durante o parto.

A cultura da cesárea parece estar mais introjetada entre os profissionais de saúde do que entre as mulheres, mas também é disseminada entre elas (BARBOSA et al., 2003), caracterizando o que Habermas denomina de “colonização do mundo da vida”, o que implica dizer que o sistema (instituição, saber médico) transforma as relações do mundo da vida, (esfera privada da família, relações de amizade e vizinhança, esfera pública) à medida que normas e regras vão direcionando o comportamento e o modo de estar no mundo (NOBRE, 2008; HABERMAS, 2012).

Em estudos realizados por Barbosa et al. (2003) e Dias et al. (2008), cerca de 70% das participantes não tinham preferência pela cesárea no início da gestação e justificaram sua escolha em virtude da difícil recuperação da cirurgia e a dor e o sofrimento no pós-parto. No final da gestação, contudo, a preferência pela cesárea aumentou para 70%. Quando

questionadas sobre as razões para a mudança, o desejo de ligar as trompas (como método contraceptivo), não querer sentir a dor do parto e cesárea anterior foram os mais citados entre as mulheres que decidiram sozinhas.

Segundo esses estudos, aquelas que tomaram a decisão juntamente com o médico que lhes acompanhou durante a atenção pré-natal, as justificativas mais mencionadas foram: presença de circular de cordão, cesárea prévia, bebê grande demais, o que sugere desproporção cefalo-pélvica, embora já se saiba que esta indicação só possa ser realizada intraparto, já que não é possível prevê-la (DIAS et al., 2008).

Ainda com relação às causas para a realização da cesariana, esses estudos apontaram discrepância entre o relato das mulheres e os dados registrados em seu prontuário. Os dados revelam que as principais indicações foram desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e distócias. Em muitos prontuários, no entanto, não havia justificativa para a indicação de cesárea, o que levou o autor a concluir que a maioria das indicações para cesárea eram inadequadas (DIAS et al., 2008). Dias et al. (2008) afirmam ainda que a inadequação do manejo durante o trabalho de parto pode ser resultante de práticas assistenciais que não são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996).

Os profissionais, entretanto, acreditavam que dentre as razões para escolher a cesárea estavam a preocupação com danos ao períneo ou, possíveis efeitos negativos à vida sexual, esta última, inclusive, foi pouco citada pelas mulheres (BARBOSA et al., 2003; DIAS et al., 2008). As participantes do estudo que optaram pela cesárea disseram que preferiram a cirurgia em virtude da experiência ruim do parto anterior. Como exemplo da colonização do mundo da vida pelo sistema, as mulheres que tiveram uma cesárea anterior justificaram a escolha por uma nova cirurgia com o clássico: “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Uma queixa muito comum entre as mulheres é de que não foram suficientemente informadas acerca dos riscos da cesárea, de modo que não fizeram uma escolha baseada no conhecimento sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto (BARBOSA et al., 2003; MELCHIORI et al., 2009).

A ausência do poder de decisão durante o trabalho de parto e parto prejudicam a percepção das mulheres acerca da experiência vivida. De acordo com Figueiredo, Costa e Pacheco (2012), as mulheres falam da experiência de parto como algo negativo, associado a dor e sofrimento.

Contudo, outros fatores podem contribuir para o aumento da satisfação com relação ao parto, tais como: a presença do acompanhante, a realização do parto esperado, o parto com suporte para alívio das dores e a participação ativa nas decisões. Todas as circunstâncias

mencionadas, além de serem recomendadas pelo MS e OMS, ainda favorecem o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê. Neste sentido, ao oferecer uma assistência que está em consonância com as mais atuais recomendações acerca assistência ao parto e puerpério ampliamos o alcance deste conhecimento, se considerarmos que estas mulheres também influenciarão outras.

Este quadro nos mostra que apesar de termos avançado nas políticas e estratégias propostas, a prática ainda requer uma série de mudanças. Deste modo, dialogar com as mulheres que vivenciaram a experiência do parto no SUS têm um papel fundamental na formulação de estratégias de superação dos obstáculos a uma assistência humanizada no período gravídico-puerperal. Neste sentido, o presente estudo tem a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é a percepção das usuárias do SUS acerca de sua experiência do parto?

4 OBJETIVOS

A percepção das mulheres acerca da experiência de parto pode nos dizer muito sobre a assistência oferecida e, neste sentido, apresentaremos a seguir os objetivos gerais e específicos deste estudo.

4.1 Objetivo Geral

Analisar intersubjetivamente a experiência de parto no SUS, junto com mulheres que a vivenciaram.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os elementos facilitadores e os elementos dificultadores de experiências de parto no SUS, de acordo com a vivência das mulheres, em um município do interior de São Paulo;
- Compreender de que maneira a experiência de parto de outras mulheres de seu entorno influenciou a vivência das participantes;
- Listar recomendações para a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê, segundo a vivência das mulheres.

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo adotou como método a pesquisa qualitativa, que considera as similaridades e diferenças na linguagem a partir da descoberta de seus códigos sociais, por meio das falas, símbolos e observações, para ampliar as possibilidades interpretativas dos resultados e formular narrativas amplas ou teorias gerais. Este método originou-se na Antropologia e permite usar resultados de outros estudos qualitativos, referentes ao mesmo assunto, para posteriormente fazer uma leitura crítica e analítica (MINAYO, 1995; MINAYO; GOMES, 2013).

Deste modo, optou-se por utilizar a **Metodologia de Investigação Comunicativa**, que se mostrou eficaz nas investigações sobre populações que vivem em situação de risco e vulnerabilidade (BROWN; GONZÁLEZ; PASCUAL, 2013; FLECHA; RUIZ; VRECER, 2013; GÓMEZ; HOLFORD, 2010; GÓMEZ; PUIGVERT; FLECHA, 2011; SORDÉ; FLECHA; MIRCEA, 2013) de modo que não se propõe somente a descrever, mas a transformar uma realidade.

O diálogo igualitário tem se mostrado muito potente para alcançar a tão almejada transformação, dado que é na interação que se espera a construção de ferramentas para superação dos obstáculos, possibilitando, por exemplo, romper as barreiras impostas pelos **muros anti dialógicos**, que são originados nas situações de poder. Esses muros podem ser de origem **cultural**, compreendendo a população como incapaz de se comunicar com os saberes dominantes e exclui formas culturais que diferem deles, **social**, impedindo a troca e a atuação de indivíduos em virtude da sua posição social, gênero, etnia e idade, ou ainda **peçoal**, incorporando os muros culturais e sociais resultando em um processo de auto-exclusão (FLECHA, 1997).

Sendo assim, torna-se fundamental a participação das mulheres, que tem plena capacidade de interpretar de maneira crítica a sua realidade, sendo também agentes de transformação (FLECHA; SOLER, 2013; GÓMEZ; SILES; TEJEDOR, 2012). É importante ressaltar que, quando se articulam em redes de solidariedade, em direção a um objetivo comum, como por exemplo, a melhora na atenção obstétrica, ou a necessidade de redução do índice de cesáreas, estas mulheres potencializam sua força (FLECHA, 1997) e podem efetivamente reduzir as situações de submissão da mulher com relação ao homem, ou ao sistema.

A seguir, apresentaremos os preceitos básicos da metodologia desenvolvida por Gómez et al. (2006), no Centro Especial de Investigação em Teorias e Práticas Superadoras

de Desigualdades (CREA) da Universidade de Barcelona (MELO, 2006), inspirados na Teoria do Agir Comunicativo, de Jürgen Habermas (2012) e na Dialogicidade, de Paulo Freire (2005b):

5.1. Os Postulados

A metodologia desenvolvida por Gómez et al. (2006), traz como postulados:

- **Universalidade da linguagem e da ação:** todos possuem capacidade de se comunicar, de modo que a ação e a linguagem são universais;
- **Pessoas como agentes de transformação:** cada indivíduo é capaz de interpretar sua realidade social e a partir do diálogo, modificá-la;
- **Racionalidade comunicativa:** compreende a capacidade de linguagem e ação de cada pessoa como meio de entendimento;
- **Sentido comum:** se forma dentro do contexto social e está vinculado à experiência de cada pessoa;
- **Ausência de hierarquia interpretativa:** o pesquisador não é o intérprete da realidade e tampouco detentor do saber;
- **Pesquisador e sujeito da pesquisa pertencem ao mesmo nível epistemológico:** não havendo hierarquia do saber, tanto o pesquisador, quanto o sujeito que é objeto de estudo, são capazes de reflexão e autorreflexão, por meio da intersubjetividade, tanto no processo de investigação quanto no de interpretação;
- **Conhecimento dialógico:** se dá a partir da interação entre as pessoas e se baseia nas pretensões de validade, que são sustentadas pelo argumento.

Tendo em vista estes princípios, o conhecimento é construído a partir da intersubjetividade e da reflexão, de modo que o contato com o outro pode ampliar nossa consciência. Para se aproximar da realidade, a ciência se aproxima das pessoas, já que é por meio do contato e da fala dessas pessoas que conhecemos sua realidade sendo assim possível superar desigualdades e promover as mudanças necessárias.

É válido salientar que a Metodologia de Investigação Comunicativa pode promover mudanças ainda em sua fase de coleta, tendo em vista que o contato inicial, por meio do diálogo com o investigador, já promove reflexões que podem levar a mudanças significativas, mostrando-se bastante potente neste aspecto (GÓMEZ et al., 2006).

Neste sentido, a elaboração do objeto de pesquisa já exige um contato prévio com a

população a ser investigada, considerando que é necessário conhecê-la para ter acesso às suas demandas. Todo o processo de investigação, inclusive, é baseado nesse contato como o outro, que está imerso na realidade estudada e tem total condição de refletir sobre ela.

Esta metodologia utiliza técnicas específicas de coleta e análise de dados e assim como em todos os métodos de investigação, devem ser garantidos o rigor científico e a ética, por meio dos critérios de credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade, bem como os de validade. Dentre as técnicas utilizadas, podemos destacar o Relato Comunicativo, o Grupo de Discussão Comunicativo e a Observação Comunicativa. Para a análise das informações obtidas, devemos identificar os elementos facilitadores e os dificultadores, mas antes disso, são necessárias a transcrição e a codificação dos dados coletados. Posteriormente deve ser realizada a categorização destes dados para finalmente fazer a interpretação e a conclusão final.

5.1.1 Teoria do agir comunicativo

Jurgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, filiado à escola de Frankfurt, se depara com os limites da teoria crítica e propõe avanços, dando origem à Teoria do Agir Comunicativo. Em sua obra de mesmo nome, Habermas (2012) retoma elaborações do conceito de racionalidade e busca respostas para este fenômeno. Neste sentido, a fundamentação da racionalidade comunicativa serve de base para a elaboração de uma teoria da ação social de modo que se possa avançar progressivamente da ação estratégica para a ação comunicativa, ou seja, ela deixa de ir em busca do sucesso individual, e passa a objetivar o entendimento mútuo. Os sujeitos, então, buscam o consenso, que pode ser obtido através da comunicação (HABERMAS, 2012; VALLE, 1989).

Esta comunicação, no entanto, é permeada por aspectos culturais e subjetivos que estabelecem um sistema de referência de cada sujeito e que pode levar a interpretações diferentes. Podemos encontrar explicações para estas diferenças no **mundo da vida** e no **sistema**. Habermas compreende o **mundo da vida** como a relação entre indivíduo e sociedade, que é permeada pela cultura, enquanto reprodução simbólica da linguagem. O **sistema**, por sua vez, refere-se às normas, regras, diretrizes reguladoras, instituições e organizações. Sendo assim, o **sistema vai colonizando o mundo da vida**, à medida que normas e regras vão direcionando o comportamento e o modo de estar no mundo, entretanto, ele nos lembra que os sistemas foram criados pelo agir humano, de modo que a ação humana, mais especificamente o agir comunicativo, pode modificá-los (HABERMAS, 2012).

Habermas fala ainda das **pretensões de validade e poder**, sendo a primeira uma tentativa genuína de estabelecer o diálogo como modo de entendimento e a segunda, por sua vez, utiliza-se do argumento da força para atingir seus propósitos. Além destes, podemos destacar ainda os conceitos de **Racionalidade instrumental**, que se trata da adequação entre meios e fins, incorporada nas relações hierárquicas; **racionalidade estratégica**, que parte da ideia de dominação e por fim, a **racionalidade comunicativa** que é o resultado da discussão social que chega a um consenso, de modo que a comunicação se apresenta enquanto condição essencial para o conhecimento.

De acordo com Habermas, o desenvolvimento da razão caminha em direção ao entendimento e à emancipação humana e só é possível alcançá-lo por meio do diálogo estabelecido em situação não coercitiva (HABERMAS, 2012). Durante o processo investigativo, por meio da experiência comunicativa entre falante e ouvinte, o sujeito busca o consenso para resolver conflitos e propor soluções que sejam satisfatórias para todos (HABERMAS, 2012; MELO, 2006) e é deste modo que a Teoria do Agir Comunicativo se une à Dialogicidade proposta por Freire nas construções do CREA (MELLO, 2006).

5.1.2 Dialogicidade

O educador Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921 em Recife, que na época era uma das regiões mais pobres do país e experimentou logo cedo as dificuldades de sobrevivência das classes populares. Em sua pedagogia, Freire nos mostrou a educação como possibilidade de emancipação à medida que identifica a alfabetização com um “[...] processo de conscientização, capacitando o oprimido tanto para a aquisição dos instrumentos de leitura e escrita quanto para a sua libertação” (INSTITUTO PAULO FREIRE, 2016), permitindo uma relação horizontal, onde educador e educando são sujeitos do processo e desenvolvem uma forma autêntica de ser e atuar no mundo (FREIRE, 2005b).

Para que essa ação seja libertadora, implica em estar no mundo com o outro, de modo que o diálogo torna-se essencial para transformá-lo, sendo assim, para Freire (2005b), a palavra não deve ser vista como privilégio dos acadêmicos, mas compreendida como um direito de todos, de forma que seja utilizada como ferramenta de mudança. Para que esta transformação ocorra, é necessário dar voz a quem vive a realidade e conhece todos os seus problemas. Em razão disso, não se pode permitir ao pesquisador que sozinho encontre a solução para as dificuldades vividas pelos participantes do estudo.

E por meio do encontro, permeado pelo diálogo verdadeiro, é que se possibilita

encontrar o caminho para a transformação. De acordo com Freire (2005b), não há encontro possível sem amorosidade e respeito e esse amor, bem como a crença no potencial de cada ser humano.

5.2 Desenvolvimento da Pesquisa

Nesta seção apresentaremos todas as etapas da pesquisa e como foi desenvolvida.

5.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em um município do interior paulista, com mais de 240.000 habitantes, situado a 230 km da capital, considerado um importante centro industrial.

No âmbito da saúde, o município conta com uma rede de atenção primária composta por 14 USFs, com 17 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e 12 UBSs, onde é realizado o acompanhamento pré-natal. Estas unidades são distribuídas em 5 Administrações Regionais de Saúde (ARES). O referido município possui apenas uma maternidade que atende pelo SUS (BUSSADORI, 2009; FERREIRA, 2014).

5.2.2 As mulheres

O estudo de campo foi realizado com dez mulheres cujo nascimento de seus filhos tenha ocorrido entre agosto 2015 e janeiro de 2016 e cujo parto tenha sido pelo Sistema Único de Saúde em um município do interior paulista. A coleta de dados deu no período de 22/09/2015 à 22/10/2016.

Foi solicitado às participantes que escolhessem o nome de uma mulher que admirasse para, deste modo, preservar sua identidade. Foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Submetemos ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) autorização para a realização de pesquisa.

O projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foram aprovados pelo CEP sob o parecer de nº 1.237. 689 (Anexo A). Diante da aprovação, iniciamos a pesquisa de campo para realizar a coleta de dados.

As participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa e após a leitura do

TCLE, foi solicitada sua assinatura. No TCLE constam informações sobre a pesquisa e a garantia do sigilo das informações prestadas e da possibilidade de desistência a qualquer momento. Informações adicionais puderam ser fornecidas sempre que necessário, quando ocorriam dúvidas pela participante.

5.2.3 Instrumento de coleta de dados

A Metodologia de Investigação Comunicativa apresenta as seguintes técnicas de coletas de dados:

- **relato comunicativo**, que se trata de um diálogo realizado entre o (a) pesquisador(a) e o(a) participante do estudo, por meio de um processo cooperativo de entendimento em que ambos participam. É necessário que haja um clima de confiança durante o relato, para que seja possível aprofundar os temas abordados;
- **grupo de discussão comunicativo**: implica na inserção do pesquisador em um grupo já existente e objetiva confrontar a subjetividade individual com a grupal, é particularmente apropriado quando se pretende descrever e compreender as diferentes perspectivas a respeito de um determinado tema;
- **observação comunicativa**: permite ao(à) pesquisador(a) presenciar o diretamente o objeto de estudo, confrontando-se com o olhar do participante.

Utilizamos neste estudo o relato comunicativo e o grupo de discussão comunicativo. Para o relato, utilizamos um roteiro semi-estruturado, que contou com questões relativas à gestação, parto e pós-parto. Os relatos foram gravados em áudio digital e posteriormente transcritos na íntegra. A validação do roteiro se deu por meio da coleta de um relato comunicativo piloto, prestado por uma participante da pesquisa.

Já no grupo, utilizamos a lista de elementos dificultadores para elucidar a discussão. Desta forma, elaboramos juntamente com as participantes uma lista de recomendações com sugestões que visam a integralidade nas ações da assistência obstétrica.

5.2.4 Análise dos dados

Os dados obtidos nos relatos comunicativos foram transcritos (Apêndice C), ordenados e analisados a partir do nível básico de análise da Metodologia de Investigação Comunicativa,

formulando um quadro de análise como se pode observar no Quadro 1. Segundo Gómez et al. (2006), o nível básico de análise nesta metodologia compreende a ordenação dos elementos dificultadores e dos facilitadores obtidos nos relatos comunicativos em categorias: “sistema” (que compreende os relatos relacionados a instituições, espaços, sistemas de organização ou diretrizes reguladoras) e “mundo da vida” (que compreende os relatos relacionados às vivências cotidianas das pessoas participantes). Ambas as categorias surgem da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (2012) e podem ser ampliadas, subtraídas ou modificadas de acordo com os objetivos da pesquisa e com os relatos que surgem. Assim, n_1 configuram os elementos dificultadores relacionados à categoria “sistema” e n_4 , os elementos facilitadores relacionados à categoria “mundo da vida”.

Quadro 1 -Nível básico de análise: categorias e elementos

	Sistema	Mundo da vida
Elementos dificultadores	n_1	n_2
Elementos facilitadores	n_3	n_4

Fonte: Gómez et al. (2006, p. 103).

5.2.5 Etapas da pesquisa

Em um primeiro momento, tivemos uma fase exploratória, que consistiu na revisão bibliográfica do tema a ser estudado e da identificação dos conhecimentos a serem contrastados por meio da participação em grupos de gestantes e visitas domiciliares em três USFs. Nestas ocasiões, foi possível estabelecer contato com mulheres que eram usuárias destas unidades e cujo nascimento de seus filhos tenha ocorrido na única maternidade do município que é conveniada com o SUS. Deste modo, por meio do diálogo com estas mulheres, adquirimos subsídios para a construção do roteiro de relato comunicativo.

Com o roteiro em mãos, definimos os critérios de inclusão para a participação do estudo. Sendo assim, as participantes deveriam ser puérperas com idade maior que 18 anos, que tiveram filhos com idade gestacional a termo e que não apresentem anormalidades. No que se refere à aproximação, esta se deu inicialmente por meio do contato com doulas que acompanham partos no referido município, na busca de mulheres que pariram no SUS.

Desta forma, a pesquisadora solicitou o apoio delas em rede social, explicando o

objetivo da pesquisa e solicitando que lhe encaminhasse o contato de mulheres que atendessem aos critérios de inclusão do estudo. Por meio deste acesso, foi recebida a indicação de duas mulheres por duas doulas. Havia ainda uma doula que conduzia voluntariamente grupos de gestantes em uma UBS e que nos encaminhou três mulheres para participar da pesquisa.

Além disso, retomamos o contato com uma das USFs onde foi realizada a aproximação com o tema e com o auxílio de uma ACS foram localizadas mais três mulheres e também fizemos contato com três UBS's com o intuito de encontrar novas participantes. Comparecemos em uma destas unidade em dias de consulta de pré-natal para fazer contato com as mulheres antes do parto e falar sobre a pesquisa. Algumas se mostraram interessadas a princípio, mas no contato após o parto se recusaram a participar. Com as demais unidades, foi feito um contato telefônico para agendar uma reunião com a enfermeira responsável, porém não obtivemos retorno.

Participaram do estudo mais duas mulheres que foram encaminhadas por uma aluna do DEnf que estava desenvolvendo sua pesquisa de iniciação científica. Estas atendiam aos critérios de inclusão dos dois estudos.

A partir deste contato inicial, de acordo com a disponibilidade e o interesse em participar, agendamos uma data para a realização do relato comunicativo com cada uma das mulheres indicadas. Iniciamos o encontro com uma breve explicação do projeto, bem como sua relevância social e a importância da participação delas para o desenvolvimento do estudo.

Foi-lhes solicitada a autorização mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). O encontro foi gravado em áudio para facilitar sua transcrição e análise posterior. O local dos encontros foi definido de acordo com o desejo e a disponibilidade das participantes, em todos os casos os relatos foram realizados em suas residências e se deram em um ambiente acolhedor e respeitoso. Desse modo, elas não foram somente ouvidas, mas também foi possível dialogar com elas, não negando o papel da pesquisadora no método.

A próxima etapa consistiu na transcrição e na análise dos dados obtidos, usando o nível básico de análise, conforme será exposto posteriormente. De posse dos elementos facilitadores e dos elementos dificultadores da experiência de parto, a pesquisadora realizou um segundo encontro que visava à validação das interpretações e conclusões feitas a partir do diálogo, bem como para esclarecer dúvidas e acrescentar informações. Em virtude dos novos dados obtidos a partir do segundo encontro, estes foram analisados pela pesquisadora compondo um novo quadro de análise que deu origem à matriz final.

A partir dos elementos dificultadores, elaboramos um roteiro para a realização do Grupo de Discussão Comunicativo que foi realizado em apenas um encontro, tendo em vista o tempo hábil para a sua realização. Para convocá-las, foi solicitado à ACS da unidade que onde elas fizeram o pré-natal que fizesse contato com elas, informando a data do encontro. Participaram deste grupo duas, das três mulheres que foram indicadas por ela. Nessa ocasião, realizamos uma lista de recomendações que visam à melhora da assistência ao binômio mãe-bebê.

6 RESULTADOS: ANÁLISE INTERSUBJETIVA

A seguir, apresentaremos um quadro com dados básicos de caracterização das participantes. É importante destacar que das 10 participantes, 5 delas fizeram o acompanhamento pré-natal em UBSs, 3 em USFs, 1 na saúde suplementar e 1 não realizou o pré-natal. Destas, 5 mulheres participaram de grupos de gestante na unidade onde fizeram o pré-natal, 3 em USF e 2 em UBS (na USF o grupo era conduzido pelas ACSs e contava com a participação de convidados que falavam sobre temas relevantes acerca do ciclo gravídico puerperal, já na UBS, o grupo era conduzido por uma doula que realizava os encontros de maneira voluntária), 1 participou de apenas um encontro, 1 participou de grupos realizados na UFSCar, e 3 não participaram de qualquer grupo.

Quadro 2 - Caracterização das participantes

Caracterização das participantes										
	Nome	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Renda	Escolaridade	Antecedentes obstétricos	Pré-natal	Participação em grupo	Via de parto
1	Leonilda	30	casada	4	1 SM	EM incompleto	4 G / 4 PV	USF	sim	vaginal
2	Elisabeth	24	amasiada	2	1 SM	EM completo	4 G / 2A, 1C, 1 PV	USF	sim	vaginal
3	Vilma	24	amasiada	2	3 SM	EM completo	1 G / 2C	USF	sim	cesárea
4	Débora	31	casada	2	2 SM	EM completo	4 G / 2 A / 2 C	UBS	sim	cesárea
5	Val	26	amasiada	3	2 SM	EF completo	2 G / 3 C	UBS	sim	cesárea
6	Ana	18	amasiada	1	1 SM	EM incompleto	1 G / 1 PV	UBS	não	vaginal
7	Ana Maria	34	solteira	2	4-5 SM	EM completo	2 G / 2 PV	UBS	não	vaginal
8	Célia	25	amasiada	1	4-5 SM	ES incompleto	1 G / 1 PV	suplementar	não	vaginal
9	Zilda	18	casada	1	2 SM	ES incompleto	1 G / 1 PV	-	sim	vaginal
10	Marina	28	casada	1	5 SM	Doutorado	1 G / PV	UBS	sim	vaginal

Fonte: Elaboração própria.

Apresentaremos agora os dados obtidos a partir do relato comunicativo

6.1 A História de Cada Uma

Participante 1: Leonilda⁴

O primeiro relato comunicativo foi realizado em 22 de setembro de 2015 e teve duração de 40 minutos. Para validar o quadro que se segue abaixo, foi realizado um segundo

⁴A participante escolheu ser identificada pelo nome de sua mãe, que, de acordo com o seu relato é uma mulher admirável por sua força e generosidade.

encontro em 22 de junho de 2016.

Leonilda, 30 anos, dona de casa, casada, mãe de 4 filhos (um menino e três meninas). Vive com o marido e os filhos na periferia de um município do interior paulista. Refere que a renda familiar é de cerca de um salário mínimo.

Todos os seus filhos nasceram de parto normal, três deles em ambiente hospitalar, sendo que uma delas nasceu de oito meses, em casa, porque não teve tempo de chegar à maternidade.

Fez o acompanhamento pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e conta que o apoio que recebeu dos profissionais da unidade, bem como de seus familiares, foi essencial para que pudesse ter vivido o parto normal.

Quadro 3 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Leonilda

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
cuidado pré-natal	cesárea só se for necessária
Apoio	histórias “ruins” sobre parto
influência materna	medo de perder o bebê
vantagens do parto normal	medo de ser submetida a uma cesárea
menos intervenção gera mais satisfação	vivência da dor
presença do acompanhante	descaso médico
importância do acompanhante pró-ativo	
alívio vindo com o nascimento do bebê	
instinto de sobrevivência do bebê	
9	6

Fonte: Elaboração própria.

Reconhecendo a importância do **cuidado pré-natal**, Leonilda nos conta que compareceu a todas consultas agendadas e também participou do grupo de gestantes, que ocorre semanalmente na unidade e é conduzido pelas agentes comunitárias de saúde (ACS):

Fiz o meu pré-natal todinho! Faltei em uma consulta, porque fiquei confusa... é tanto curso, que acabei me perdendo... mas todos eles eu fiz, desde o

começo até o final!

Os cursinhos também! Só faltei quando eu fiquei ruim mesmo, mas quando eu tinha dúvidas eu perguntava pra elas!

De acordo com Leonilda, o **apoio** que recebeu por parte de família e da equipe de saúde durante toda a gestação foi um elemento que contribuiu para a experiência satisfatória de parto, fato que pode ser confirmado neste recorte de fala:

Minha mãe, meu pai, meu esposo, minhas filhas... nossa, minhas filhas. me ajudaram muito! Lá no posto também [...] eu tinha muita dúvida, às vezes! Então, não tenho do que reclamar não!

Durante o trabalho de parto, refere ainda que recebeu **apoio** de uma das enfermeiras:

E teve uma enfermeira que me ajudou fazer a força, fazer certa. Não disse quando deveria fazer força, mas como deveria ser.

Ela conta que estava fazendo força antes das contrações e que em virtude disso estava se cansando excessivamente, contudo, com a intervenção da enfermeira ela pode poupar energia e finalizar o expulsivo.

A **influência materna** sempre teve um papel importante em sua escolha pelo tipo de parto. A mãe, desde o início, encorajou-a a ter parto normal, conforme podemos verificar nos trechos seguintes:

Sempre pensei que queria parto normal, por causa da minha mãe, a minha mãe sempre explicou que era bem melhor! E outra, sempre tive medo de agulha, esses negócios! Parto normal não tem nada disso!

[...] mas a minha mãe comentou comigo: [...] Vai dar tudo certo", o importante é a gente ouvir que vai dar tudo certo, né?

Sobre o momento de ir para a maternidade, a mãe lhe deu a seguinte orientação:

[...] minha mãe já tinha falado: "se você for no começo, aí você vai sofrer porque eles ficam só mexendo, mexendo...".

Vale ressaltar que na USF também foi orientada a se dirigir à maternidade quando já estivesse em trabalho de parto. Neste modelo, além do atendimento realizado pela médica, as gestantes de risco habitual têm consultas com a enfermeira, conforme recomendação do MS, que lhe esclarece dúvidas e traz informações sobre o parto e a amamentação.

[...] eu tive a consulta com contração! A enfermeira ainda brincou comigo: "Não é hora de ver não...", mas [depois] ela falou que sabia que era contração. Era só pra eu não correr!

Parte da experiência satisfatória de seus partos, se deve à concretização das informações e expectativas que fazia em relação às **vantagens do parto normal**:

Depois que a gente vê o bebê e esquece tudo! [...] a gente pode andar assim que nasce, pode comemorar junto com eles, né?

[...] aí a maioria que eu ouço que fez cesárea abriu ponto, infeccionou... ainda eu brinco: “eu sou chique não aconteceu nada disso comigo!”.

Das outras, [...] só senti aquela “coliquinha” de menstruação, rompeu a bolsa e ela nasceu. Tanto que [...] nunca deu tempo de eu chegar naquela salinha lá, pra pendurar a perna!

O fato de ter tido contato com o que se recomenda na assistência ao parto durante o pré-natal e ter vivido os partos anteriores com um certo incômodo pelo excesso de intervenções, permitiu a ela comparar estes momentos e perceber que a assistência melhorou neste sentido. Durante o trabalho de parto, embora a equipe de enfermagem verifique seu estado e o do bebê com certa frequência, não o fazem de maneira abusiva, permitindo que ela fique à vontade, de modo que a assistência ao parto com **menos intervenção gera mais satisfação**:

Eles vieram só a hora que rompeu a bolsa mesmo. Agora mudou bastante, né? Porque antes eles ficavam o tempo todo. Às vezes a gente até ficava nervosa... tanto que quando rompeu a bolsa eles queriam me levar pra bola eu não quis nem sair de lá! E a gente fica muito... ouve coração, fica fuçando, então eu acho meio... mais legal só a gente, né?

Com relação ao parto cirúrgico, Leonilda afirma que faria uma cesárea só se for necessário:

[...] eu sempre pensei que cesárea só se for necessário, né? [...] porquê é muito risco! Olha quanta gente esquece coisa lá dentro, né? É muito risco!

Uma outra prática recomendada e que é lei no estado de São Paulo, é a **presença do acompanhante**. A pessoa que esteve ao seu lado em todos os partos foi sua mãe, o que representou um elemento facilitador para uma experiência satisfatória:

[...] eles tiraram um pouquinho a minha mãe, e eu: "mãe!", eu parecia aqueles neném, "mãe volta!". Só segurando a mão dela parece que eu “tava” segura! sabe quando... você quer cair alguém te segura?

Cabe salientar, que sua mãe não era uma acompanhante passiva, ela contribuiu para que o

parto acontecesse conforme desejado por Leonilda, e o elemento **importância do acompanhante** pró-ativo revela isso:

[...] porque me deram um conselho pra fazer cesárea: "ah, faz cesárea, sua boba!?" e, eu não fiz das 3, porque vou fazer dele? Lá também, teve opção de fazer cesárea, porque ele não nascia e o doutor que foi fazer o toque falou: "mas não tá dilatando, vamos pra cesárea", mas a minha mãe foi a primeira e falou: "Não, ela disse que quer parto normal"! eu não "tava" conseguindo falar, porque "tava" doendo muito!

Apesar de sua convicção quanto ao tipo de parto que desejava, Leonilda admite que a **histórias "ruins" sobre parto** que lhe contavam chegaram a deixá-la com receio.

Queria ter um parto normal, mesmo assim...mas eu fiquei com medo, né? porque a gente ouve cada uma...

E deste receio, surge o **medo de perder o bebê**, elemento que pode ser identificado nas seguintes narrativas:

Essa (vez) doeu! A outras nem senti, mas essa, foi muito difícil! Eu fiquei com medo, dele morrer e eu morrer porque a coisa aperta mesmo! Ter parto normal sozinha (sem assistência médica) é difícil, mas depois foi tranquilo!

Colocaram ele aqui em mim, aí ele deu um chorinho [...], mas teve que correr com ele rapidinho, porque ele não "tava" muito bem, assim. Aí eu queria ir lá buscar, eu falei: "mãe eu vou lá buscar"!

Quando Leonilda relata "ter o parto normal sozinha", referia-se ao fato de o médico só aparecer quando o bebê já estava nascendo. Isto porque as mulheres associam a presença do médico durante todo o trabalho de parto com qualidade de assistência. Não há valorização de outros profissionais, o que perpetua a imagem da assistência à saúde vinculada com a consulta médica.

Além do medo de perder o bebê, a demora na evolução do trabalho de parto (sob seu ponto de vista) gerou **medo de ser submetida a uma cesárea**, elemento que podemos ilustrar com este recorte:

[...] não dilatava de jeito nenhum, nem a bolsa rompia...

A sensação de demora para o nascimento se deve ao fato de Leonilda, há dois dias estar em pródromos e bastante incomodada com a dor. Contudo, depois que entrou em trabalho de parto e a bolsa rompeu, o medo cedeu lugar à sensação de **alívio vindo com o nascimento do bebê**:

[...] aí depois que rompeu, de meia hora ele nasceu.

Leonilda não trouxe em nenhum momento do seu relato, que a dor do parto era algo que a preocupava, entretanto, a **vivência da dor** na expulsão da placenta e na sutura de uma laceração fez-se presente, conforme os trechos a seguir:

[...] eu já sofri tanto quando ele nasceu, mas a placenta doeu mais!

[...] Porque na hora que nasce e dá o ponto, a gente não sente tanto, mas a anestesia não queria pegar [...] aí eu chorei! Não gritei, mas eu chorei!

Ela foi submetida ao procedimento de sutura de uma laceração que foi identificada horas após o parto. O médico que estava de plantão no momento do nascimento de seu filho não avaliou se era necessário e, de acordo com seu relato, quem notou que precisava suturar foram as enfermeiras. O procedimento foi realizado por outro plantonista, o que ela entendeu como **descaso médico**:

Aí me levaram lá no quarto, o doutor veio, era umas 3 horas da tarde. Ele olhou, viu como estava... e ele falou: "mas como não deram ponto?" porque tinha (que dar)... quem viu foram as enfermeiras! [...] Aí teve que dar três pontinhos! Depois, me levaram na sala de novo pra começar a dar o pontinho. Foi isso que eu achei horrível. Porque quando você pensa que acabou tudo...

O último elemento que emergiu no relato comunicativo de Leonilda foi o **instinto de sobrevivência do bebê**. Ela se dizia impressionada com a capacidade do recém-nascido já saber mamar, sem que isso lhe tenha sido ensinado:

[...] quando elas colocaram, ele ficou quietinho, nem queria que eles tirassem! E quando trouxeram ele, a primeira coisa, foi por pra mamar e ele mamou! já nasceu gulosinho!

Participante 2: Elisabeth⁵

O primeiro encontro, a fim de realizarmos o relato comunicativo, ocorreu em 23 de setembro de 2015. O segundo, por sua vez, aconteceu em 22 de junho de 2016.

Elisabeth, 24 anos, dona de casa, é amasiada e tem um casal de filhos. Reside na periferia de um município do interior paulista juntamente com seu marido, os filhos e sua mãe. A renda familiar é de cerca de um salário mínimo.

Elisabeth conta que já sofreu 2 abortos. Este fator, somado ao relato de sua mãe sobre

⁵A participante afirma que admira a rainha Elisabeth por sua força e porque é uma mulher poderosa.

sua experiência traumática de parto, contribuíram para o seu receio com relação ao parto normal.

Seu pré-natal foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde afirma que recebeu informações sobre os tipos de parto em grupo de gestante e teve um VBAC (sigla em inglês para, parto normal após uma cesárea) da última gestação.

Quadro 4 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Elisabeth

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
apoio profissional	inexperiência em relação ao parto vaginal
presença do acompanhante	medo da dor
mistura de sentimentos	vantagens e desvantagens de cada tipo de parto
	experiência traumática
	influência materna
	preconceito de classe social
	Descaso
	métodos para alívio da dor
	falta de autonomia
3	9

Fonte: Elaboração própria.

Mesmo afirmando que recebeu informações sobre os tipos de parto durante o pré-natal, Elisabeth sentia-se **inexperiente em relação ao parto vaginal**, algo que dificultou sua vivência no parto. Em seu primeiro filho, cujo desfecho foi a uma cesárea, as informações eram muito superficiais, como podemos verificar nesta narrativa:

A gente escuta muito, né?! a gente sabe que dói, pessoal fala que dói, que é mais difícil, mas depois a recuperação é melhor, né? a cesárea também eu não sabia... sabia assim por cima, que vai lá toma anestesia, leva ponto..

Mesmo participando de grupo de gestantes na quarta gestação (teve uma cesárea e depois dois abortos), o **medo da dor** era algo que lhe preocupava imensamente, especialmente por conta das histórias que ouviu sobre parto normal...

Então, [...] foi tudo informado, tudo a gente sabia como é que era, só que o medo, acho que do parto normal... pelo que a gente escuta e outras

mulheres é bem maior!

Tanto na interação com outras mulheres quanto no grupo, foram discutidas as **vantagens e desvantagens de cada tipo de parto**, e embora o parto normal fosse mais incentivado pela equipe da unidade, Elisabeth não estava segura quanto à essa decisão:

[...] o pessoal diz que dói muito na hora... mas que depois....pronto! depois você sai andando, que a cesárea não, que a cesárea você demora um pouco, e você fica lá, tem que se recuperar...

Além disso, Elisabeth sofreu dois abortos anteriores e esta **experiência traumática** provoca ainda mais receio e insegurança:

[...] eu já estava com sangramento, então eu fiquei assustada porque eu já tive dois abortos antes...

[sobre o nascimento da primeira filha] Aí acho que comecei a ficar nervosa porque virou a noite, era meia noite, meia noite e meia e eu sempre com a mesma dilatação [...] aí eles fizeram o cardiotoco, e viram que começou a diminuir os batimentos cardíacos dela.

Cabe ressaltar, que a **influência materna** teve um grande importância na maneira que Elisabeth vê o parto, tendo em vista que sua mãe se diz bastante insatisfeita com sua única experiência:

Minha mãe fala que nunca esqueceu a dor dela e por isso mesmo que ela só tem eu!

Nesta última gestação, Elisabeth conta que demorou para ser atendida quando chegou à maternidade, e atribui essa demora ao **preconceito de classe social**, pois ela afirma que o médico plantonista (do SUS) estava auxiliando em duas cesáreas (de paciente com plano de saúde).

[...] a gente ficou um bom tempo lá pra fazer o pré-atendimento! Porque só tinha um médico e ele “tava” fazendo duas cesáreas.

Já ouvi médico dizendo que pobre tem que sofrer mesmo, senão volta lá todo ano com mais um filho.

Refere ainda que houve **descaso**, elemento que se confirma no trecho a seguir:

[...] da parte da enfermagem não tenho que falar, mas eu achei assim, que o médico deveria estar presente!

O médico deveria pelo menos, dar um pouco mais de atenção às mulheres!

Ele apareceu no final do parto, olhou... nem cortou o cordão, nem nada...

[...] só que aí eu acho assim, tá voltando a ser o que era, aquele negócio de antigamente. Então, se fosse assim a gente não precisava procurar um hospital! Fica em casa! [...] Dá a entender que querem que seja parteira! Achei bem estranho, porque tipo assim, o médico pelo menos podia passar... sabe? ver... porque às vezes a gente... aquela figura do médico ali às vezes acalma um pouco mais!

O fator que Elisabeth classificou como descaso é a percepção de que o médico deveria ficar mais ao lado da parturiente, associada a ideia de que o parteiro simboliza um tempo em que a assistência era ruim. Elisabeth, até então, nunca tivera a oportunidade de entrar em contato com estudos (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; PRATA; PROGIANTI, 2013) que comprovam que a assistência ao parto de baixo risco conduzida por enfermeiros obstetras ou obstetras tem melhores resultados perinatais, como recomendado pelo MS e OMS. Fica evidente que está incorporada uma atenção obstétrica centrada na figura do médico, dado que este é o modelo de atenção que vemos mais frequentemente.

Apesar do descontentamento com relação à atuação do obstetra, o **apoio profissional** recebido da equipe de enfermagem foi reconhecido por ela como um elemento facilitador:

[...] à noite eu comecei a ficar ansiosa, [...] porque até então eu estava tranquila! O pessoal falava assim: " ai, anda na maternidade que ajuda a dilatar". Aí eu andava aquela maternidade inteirinha...

Aí falaram pra mim: "Vai pro chuveiro que ajuda a dilatar", aí eu ia pro chuveiro. Se pode me ajudar, então eu faço!

Embora seja possível identificar neste recorte, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor pela equipe de enfermagem é meramente prescritivo. Elisabeth afirma que eles não trouxeram o alívio prometido e tampouco recebeu informações de como usá-los, mas gostaria que lhe fosse oferecido outros **métodos para alívio da dor**, inclusive medicamentoso. Fica evidente que para Elisabeth uma boa assistência à saúde se mede pelo uso de tecnologias (medicamentos, consulta médica, aparelhos), especialmente em relação ao alívio da dor.

[...] você tá ali com aquela dor, e você saber que pode aliviar? Se pode aliviar, eu acho que é bom!

Algo que lhe ajudou a lidar com a dor e o trabalho de parto foi a **presença do acompanhante**:

[...] os dois (a mãe e o marido) ficavam revezando! assim, um entrava, o outro saía... um pouquinho, aí vinha, e minha mãe ficava, só que na hora do parto, quem ficou foi minha mãe!

[...] Eu sabia que ele ficava pra lá e pra cá, pra lá e pra cá.. não ficava comigo no quarto. Acho que por não aguentar me ver com dor, então ele saía! Eu queria uma pessoa que ficasse ali comigo o tempo todo! Então ela (a mãe) ficou comigo. E ela ficou lá e ficou assim... ela auxiliava... "Elisabeth, se mexe mais um pouco!", "Ajuda, vai passar, vai mais rápido se você fizer isso, é mais rápido pra você poder... nascer logo!", então ela que me auxiliava lá!

Elisabeth evolui para um parto normal e em seu relato prevalece uma experiência não satisfatória, pois compara sua recuperação pós-cesárea com a que viveu do parto normal. Depois do nascimento, teve muita dificuldade de assumir os cuidados com o bebê, diferentemente do que tinha vivido na cesárea.

Dela eu me recuperei muito melhor! muito melhor mesmo! eu não tenho o que falar! Dela, passou o efeito da anestesia, eu já levantei, já tomei banho, já fiz minhas coisas, já cuidei dela, já andava maternidade inteira! Dele não! Dele, na hora que eu voltei de lá, que costuraram, na hora eu que eu fui levantar, já comecei a sentir muita fraqueza, tontura.

Tendo vivido as duas experiências, considera que teria condições de escolher para ela qual é o melhor tipo de parto, de maneira consciente. Fica evidente a preferência pela cesárea e lamenta a **falta de autonomia** para escolher.

Se pudesse escolher, seria uma cesárea.

Eu acho que a gente poderia ter o direito de escolha. Eu preferia a cesárea, porque... que nem falaram pra mim: " ah, no parto normal você levanta e você se recupera!".

O nascimento de seu filho trouxe consigo uma **mistura de sentimentos**:

É uma mistura de alegria com... dor, com raiva! [...] Aí na hora, depois que nasce, que o bebê está com você... aí é outra coisa!
É amor mesmo, mas na hora do parto, ali, é uma mistura de emoções!

Participante 3: Vilma⁶

Relato comunicativo realizado em 15 de outubro de 2015, e o segundo encontro foi em 22 de junho 2016.

Vilma, 24 anos, trabalha como operadora de caixa em um supermercado, é amasiada. Reside na periferia de um município do interior paulista juntamente com seu marido, os filhos e outros familiares. A renda familiar é de três salários mínimos.

Quando engravidou pela primeira vez, recebeu a notícia de que eram gêmeos, o que a motivou a pesquisar informações sobre tipos de parto e os resultados que obteve a

⁶A homenageada, neste caso, também foi a genitora da participante.

desencorajaram a ter um parto normal.

Seu pré-natal foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), afirma que neste local foi informada sobre os tipos de parto, além disso buscou informações com um obstetra que já havia assistido diversos partos normais gemelares.

Quadro 5 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Vilma

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
busca de informação	medo do parto
influência materna	conflito com relação a escolha do tipo de parto
	espera que gera ansiedade
	sensação de abandono
	frustração com relação à escolha do tipo de parto
2	5

Fonte: Elaboração própria.

O fato de estar grávida de gêmeos por si só gerou ansiedade no casal. Na tentativa de conhecer mais sobre partos normais de gemelares e diminuir sua ansiedade, Vilma conversou com várias pessoas de seu círculo familiar e de amigos, além de buscar informações técnicas com um médico que lhe foi recomendado, o que classificamos como elemento facilitador, ao mobilizar Vilma na busca de informação.

[...] bastante gente conversou comigo e eu pesquisava muito na internet também, coisas sobre o parto. Conversei com as mulheres da minha família, amigos, e também procurei um profissional.

Ela conta que passou a conversar sobre o parto com mulheres que já passaram por essa experiência e refere que elas foram unânimes em dizer que a cesárea seria a melhor opção, exceto por sua tia, que teve parto normal e afirma que foi muito bom, sobretudo pela recuperação que é mais rápida do que de uma cesariana. No entanto, prevalece o **medo do parto** como primeiro elemento dificultador a surgir em seu relato:

[...] no comecinho, eu queria parto normal, assim, pelas condições, né? Mas depois, que as pessoas falaram pra mim que parto normal não era muito bom, aí eu comecei a ficar assustada, e eu optei pela cesárea...

O obstetra também falou que o parto normal seria melhor, uma opção boa, mas, eu fiquei com medo!

Dividida entre as recomendações de sua tia relatando as vantagens do parto normal, e **ainfluência da mãe**, Vilma se vê em **conflito com relação à escolha do tipo de parto**. Apesar de conhecer que o parto normal é melhor, tanto para o bebê quanto para a mãe, que o risco de morbimortalidade materna e fetal é menor neste tipo de parto; decidiu-se pela cesárea, o que mostra a importância da mãe em suas decisões que, por fim, legitimaram sua escolha, como vemos na narrativa a seguir:

E.. eu sou muito fraca, porque é qualquer dorzinha eu desmaio, assim... aí minha mãe queria cesárea, mas a minha tia que teve parto normal, ela falou que parto normal ia ser bem melhor, né?

A minha mãe principalmente queria que eu fizesse cesárea, né? Até por ser gêmeos...

A ansiedade inicial pela escolha do tipo de parto é retomada quando da decisão de ir a maternidade aos indícios das primeiras contrações. Ela reconhece que não estava em trabalho de parto mas a **espera que gera ansiedade** foi mais forte. Ela e seu marido se dirigem a maternidade e no dia seguinte sua cesárea é marcada:

[...] comecei a sentir dor de manhã, aí quando foi umas 21h da noite, meu marido chegou do trabalho, aí a gente foi. Só que assim, eu não estava em trabalho de parto, mas eu estava sentindo contração, aí eles marcaram a minha cesárea para às 17h da tarde do outro dia.

A internação no dia anterior e a ausência de informação ou explicação acerca dos procedimentos realizados, despertaram em Vilma uma **sensação de abandono**.

Só me colocaram no soro e marcaram a cesárea, mas não falaram nada. [...] Só falaram que era pra eu ficar de jejum, que eu não podia comer nada até o outro dia...

A vivência de um pós-parto doloroso e com receio de que algum ponto se rompesse lhe causou **frustração com relação a escolha do tipo de parto**. Este foi o último elemento dificultador de sua experiência de parto, o que revela a complexidade deste fenômeno, como emergiu em seu relato.

Eu acho que eu não me adaptei a cesárea. [...] O corte, é... eu ficava com muito medo de abrir. Então, eu não andava, eu ficava com medo..

Doeu! Eu ficava muito tonta, ficava tomando remédio. Acho que o meu corpo não adaptou não!

Participante 4: Débora⁷

O primeiro encontro, a fim de realizarmos o relato comunicativo, ocorreu em 14 de outubro de 2015. O segundo, por sua vez, aconteceu de 13 de agosto de 2016.

Débora, 31 anos, dona de casa, está em seu segundo casamento. Do relacionamento anterior, tem uma filha de 13 anos. Conta que na ocasião do nascimento dela tinha apenas 17 anos e não tinha muita responsabilidade com a filha, refere que a mãe assumiu “as rédeas de tudo” (palavras dela), desde o tipo de parto à criação de sua filha, contudo, afirma que num dado momento, decidiu assumir o seu papel de mãe. Refere ainda que sofreu dois abortos e que fez um tratamento para engravidar novamente, entretanto, desistiram após várias tentativas frustradas. No entanto, Débora conseguiu engravidar novamente, e afirma que seus familiares ficaram felizes com a novidade.

O acompanhamento pré-natal foi realizado em uma UBS e lá participou de grupos de gestantes que eram realizados de forma voluntária por uma doula, que inclusive chegou a acompanhá-la até a maternidade, mas não pode acompanhar o parto pois Débora teve que escolher entre a doula e o seu marido.

A seguir apresentamos o quadro com os elementos facilitadores e os dificultadores da experiência do parto de Débora.

⁷A eleita para ser homenageada foi uma amiga da participante, que segundo seu relato, é uma mulher muito corajosa e já lhe ajudou em inúmeras situações.

Quadro 6 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Débora

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
parto normal como possibilidade	como se fosse mãe de primeira viagem
influência materna	insegurança em relação a escolha do tipo de parto “se você quiser eu espero você ter um parto normal, mas você vai sofrer muito!”
“o salvador da pátria”	medo de sofrer com a dor do parto
indícios de uma autonomia	perpetuação da cultura de sofrimento do parto normal
	ausência de diálogo na atenção obstétrica
	linha de produção: a cesárea como produto de mercado
	a figura onipotente do médico gerando insegurança
4	10

Fonte: Elaboração própria.

Há quase 14 anos, Débora foi mãe pela primeira vez, exercendo esse papel na vida de sua filha como coadjuvante, tendo em vista que permitiu que sua mãe ocupasse esse papel. Desse modo, no nascimento do segundo filho, ela se sente **como se fosse mãe de primeira viagem**. Este é o primeiro elemento dificultador de sua história, dado que a ela avalia que era muito imatura para ser mãe, tanto que não conseguiu fazer a transição de filha para mãe, e a vivência deste parto passou quase que despercebida.

Então, eu não lembro muita coisa, porque quando eu engravidei dela, eu fiquei com a minha mãe. E minha mãe que tomou rédea de tudo. E aí, ela que cuidava mais, ela que fazia mais as coisas, sabe? agora eu tô sentindo um pouco de medo, porque... pra mim parece que é a primeira vez.

Nesta ocasião, sua filha nasceu de cesariana, Débora confessa que nunca havia pensado na possibilidade de parir, porque esta nunca lhe foi apresentada. Até que uma doula passou a conduzir os grupos de gestante na UBS onde fez o pré-natal. Desta forma, Débora passou a enxergar o **parto normal como possibilidade**, destacando o primeiro elemento facilitador da gestação de seu segundo filho:

Na verdade, eu ia fazer cesárea, aí quando ela (doula que fez grupo de gestante) foi pra lá, ela começou a falar sobre o parto, aí eu me interessei,

né? Aí eu peguei falei pra ela: “eu tô com medo”, e ela: “não, D., não precisa ter medo, eu vou estar lá, se você quiser, eu vou te ajudar... né?” Aí eu falei, então tá! Seja o que Deus quiser. “Eu vou tentar até o final”, eu falei pra ela...

Embora tenha recebido o apoio da família, independente de qual fosse sua decisão, Débora afirma que teve **insegurança com relação à escolha do tipo de parto**, demonstrando as dificuldades que perpassam por esta escolha que, muitas vezes está atrelada a ideia de que se pagar será melhor atendida.

Além dessa preocupação com o aspecto financeiro, Débora admite que teve **medo de sofrer com a dor do parto**, outro elemento dificultador relacionado ao anterior:

Eu acho que todo mundo quer ter parto normal! Não tem uma mãe que não quer ter, eu acho que todas querem, mas o medo da dor...

Ela (a mãe) falou que agora, do jeito que a maternidade está, preferia mesmo que fosse cesárea, porque ela tinha medo que eu sofresse! Todas nós, eu e minha outra irmã. Minha irmã também tem dois filhos e também foi cesárea, dos dois!

Essa ideia, entretanto promove uma **perpetuação da cultura de sofrimento do parto normal**, que se estende para outras mulheres de seu círculo e é retro-alimentada por uma assistência obstétrica que ainda não é a ideal:

A minha vizinha teve nenê há seis meses, e ela tem uma menina de um ano. Não era pra ela fazer parto normal, era pra ela ter feito cesárea! Minha filha do céu... ela sofreu, hein?! O pai dela teve que subir em cima da barriga dela, pra poder ela ter o nenê!

E esta assistência que tem tentado se adequar às normas e recomendações de órgãos como a OMS e o MS, deixa a desejar quando não promove conhecimento e informação para seus usuários, quando não atende a indicação de não realizar determinados procedimentos e intervenções considerados obsoletos e prejudiciais porque a prática baseada em evidências não comprova a sua eficácia. Essa ausência de diálogo na assistência obstétrica foi o terceiro elemento dificultador da vivência do parto e, fica clara nos trechos a seguir

As enfermeiras (da UBS) deveriam ser mais atenciosas com a gente, porque você chega lá pra ser consultada, e às vezes você não sabe nem o que falar. O médico também, você chega lá, “tá tudo bem?”, ele mede sua barriga, escuta o coraçãozinho e tchau! Acabou!

Meu primeiro aborto foi uma gestação molar, e eu não fui buscar o resultado da curetagem, então ficou lá... aí eu perdi o segundo, aí depois me ligaram, dizendo que eu tinha que buscar esse exame urgente e que eu tinha que procurar um médico. Aí eu levei no médico e ele falou, “ah, é normal isso”, e também não explicou nada, sabe? ficou elas por elas...

Isto fica evidente quando ela nos conta da perda de um bebê que ela denominou como perdas irreparáveis. Esta perda aconteceu dentro de sua casa, após ter ido três vezes à maternidade e ter sido dispensada, como mostra o recorte abaixo:

[...] eu fui 3 vezes pra maternidade, com dor, e me mandavam embora. Até então eu não tinha sangramento, só estava com dor... e me mandavam embora... 3 vezes eu fui lá e na última vez que eu tive dor, eu falei, “ah eu não vou mais!”

Perdi aqui, nesse quarto... eu chorando de dor... não aguentava mais!

De qualquer forma, ela estava decidida pelo parto normal da quarta gestação. Com 36 semanas procurou a maternidade com queixa de contrações e ficou internada uma noite. No decorrer da noite, o médico disse a ela que seu “útero tinha subido” e que era necessária uma cesárea. Como ela tinha muito medo de perder o bebê, esta atitude foi vista como de salvamento e ele “o salvador da pátria”:

[...] eu queria ter parto normal, só que eu tenho muito medo. tinha medo de morrer, de não aguentar a dor, de o bebê não sair.

Eu achei o médico muito bom! Eu penso que ele caiu do céu, sabe? Ele fez plantão de 48 horas nesse dia!

Além de “salvador” outro aspecto que reforça uma imagem idealizada é a **figura onipotente do médico gerando insegurança**:

Na verdade eu acho que ele quis mesmo fazer o meu parto cesárea. Não foi nem tanto pra me ajudar, não, foi mesmo porque ele queria fazer!

Porque eu fiquei com medo na hora... eu fiquei com medo de brigar! Ele foi muito atencioso comigo, e as outras vezes, nos outros médicos que eu fui, não foi assim!

Ele foi bem calmo, ele cuidou bastante, toda hora ia no quarto ver! Então eu fiquei com medo depois, de falar pra ele, “não, não quero fazer cesárea, eu quero parto normal!”. Aí foi onde que ele falou, “Vamos fazer a cesárea?”, falou que era pra ser às 7:00 da manhã, às 6:00 eu já tava na mesa, foi muito rápido!

Aqui fica claro a gratidão de Débora pelo fato do médico ter sido atencioso, diferente de outras pessoas que a atenderam. Ao longo do diálogo, Débora ia ressignificando sua experiência e percebeu que a quantidade de cesáreas realizadas por este obstetra ao longo de seu plantão de 48 horas, não ocorriam em decorrência de complicações no parto. Denominamos este elemento como, **linha de produção: a cesárea como produto de mercado**.

Eu acho que é por causa de dinheiro (sobre o número alto de cesáreas)! Porque é assim... no meu caso, ele “tava” lá fazia 48 horas, quanto mais ele fizesse cesárea mas ele ia ganhar, entendeu? Enquanto eu estava lá, acho que ele fez umas oito cesáreas... é muita coisa né!?

A narrativa a seguir ilustra a contradição entre o “salvador” e o “pecador” quando recebeu um tratamento ameaçador por parte do médico que lhe acompanhou, cujo elemento nomeamos com um trecho de sua fala: “se você quiser eu espero você ter um parto normal, mas você vai sofrer muito!”...

Eu achei que não ia nascer, porque, né? Eu achei que ia me dar o remédio e eu ia embora, porque “tava” de 36 semanas. Aí eu esperei e a dor não passava, dali a pouco ele veio e falou, “olha, vou ter que fazer a cesárea mesmo!”. Falou que meu útero tinha subido e se quisesse parto normal eu ia sofrer muito [...]! Ele falou, “Olha, se você quiser eu espero você ter um parto normal, só que eu já vou falar, você vai sofrer muito! Eu vou colocar um sorinho, em você aí, daqui a 6, 7 horas, ou 8 horas... não sei... a gente espera!”. Aí eu fiquei com medo! eu não vou ficar sofrendo tudo isso, né!?

Na maternidade ou você põe no soro, ou você faz na faca!

A vontade de Débora não foi respeitada, porque ela sequer teve a oportunidade de dizer qual era. Os elementos a seguir retratam a dificuldade de Débora em tomar decisões em vários aspectos de sua vida, o que ressalta a **heteronomia** no lugar da autonomia, como demonstrado no primeiro recorte. Tanto que, em diversos momentos durante o relato, reconhece a **influência materna** na tomada de decisões, como se pode evidenciar no segundo e terceiro recortes.

Até hoje eu não tenho muita voz ativa, eu me deixo levar muito pelos outros, pra não magoar minha mãe, não magoar esposo, sabe?

[...] Da minha filha mais velha não deu, porque meu leite secou... e minha mãe também influenciou bastante em dar o leite, porque eu morava com ela, e minha mãe vivia falando, “ah o seu leite é fraco!”

Minha mãe que veio com a história de dar chá! Eu falo que não precisa, tanto que ela ficou comigo aqui, né? Então às vezes eu tenho dó de falar pra ela, “não mãe, não vai fazer isso, não precisa...”. Minha mãe tem depressão, sabe? Então às vezes eu tenho dó de magoar ela...

Fruto das reflexões provocadas pelo diálogo que estabelecemos, foi despertado em Débora o desejo de ser protagonista em sua vida, o que denominamos como **indícios de uma autonomia**, ao revelar que, apesar do insistente apelo de sua mãe para oferecer chá para o seu filho, não se intimidou e seguiu com o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.

Apesar da minha mãe insistir pra que eu oferecesse chá, eu consegui

amamentar exclusivamente até o 6º mês. Paramos no nono mês, porque ele não quis mais!

Participante 5: Val⁸

O primeiro encontro, a fim de realizarmos o relato comunicativo, ocorreu em 22 de dezembro de 2015. O segundo, por sua vez, aconteceu em 28 de julho de 2016.

Val, 26 anos, trabalha como atendente de lanchonete e como vendedora autônoma, é amasiada e tem três filhas. A renda familiar é de cerca de dois salários mínimos. Já tinha as filhas gêmeas, de um relacionamento anterior e, embora tivesse o desejo de ter mais um filho com o atual companheiro, não planejavam para este momento. Reside com o marido e as filhas. Na primeira gestação, Kátia conta que foi submetida a uma cesárea devido a uma pré-eclâmpsia. Nesta última, embora também tenha feito cesárea, afirma que houve muitas mudanças no atendimento, inclusive participou de grupo de gestantes na unidade de saúde onde fez o pré-natal.

Quadro 7 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Val

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
mudanças no atendimento de pré-natal e parto	medos e mitos a respeito do parto normal
enfim, o alívio	falta de autonomia
apoio virtual da doula no parto	dificuldades na recuperação pós-cesárea
	conflito de condutas
	medo de “passar do tempo”
	vencida pelo cansaço
	falta de esclarecimentos sobre as condutas
	sensação de impotência
	a dor delas também dói em mim
	sensação de abandono
3	10

Fonte: Elaboração própria.

Val é mãe das gêmeas de 8 anos e afirma que houve **muitas mudanças no atendimento de pré-natal e parto**, configurando o primeiro elemento facilitador para sua experiência de parto:

⁸A participante escolheu o nome de sua mãe.

Na minha primeira gravidez não teve nada disso, e nesse foi diferente porque nesse já teve doula! Não tinha para quem a gente pedir informação, nem nada. Então acho que nem em internet a gente pesquisava as coisas, porque eu não lembro disso, então nessa já foi tudo bem mais fácil da gente saber as coisas e saber o que está acontecendo.

No grupo de gestante falavam do parto normal, de cesárea, o que a gente preferia, sabe?

E tinha bastante disso, umas preferiam normal, outras preferiam cesárea, porque estavam com medo, que nem eu estava com medo.

[com relação à amamentação] [...] na primeira gravidez não teve isso, eles mandaram para o quarto depois para amamentar. E desta foi diferente, lá mesmo no corredor a enfermeira já veio e colocou ela para mamar. Ela mesma segurou a nenê e colocou no peito para mamar, porque como eu já tinha saído de uma cirurgia, ela não deixa segurar, só senti ela.

De acordo com seu relato, no grupo de gestantes as usuárias podiam esclarecer dúvidas sobre seus **medos e mitos a respeito do parto normal**, além de outras questões relativas ao ciclo gravídico puerperal:

[...] eu queria cesárea, porque como minha pressão subiu na minha primeira gravidez, eu “tava” com medo do normal.

O grupo de gestantes era conduzido por uma doula que fazia uma trabalho voluntário nesta unidade e se ofereceu para acompanhar as mulheres em trabalho de parto. Já internada na maternidade, o **apoio virtual da doula** foi importante para tranquilizá-la, como retrata o recorte abaixo:

Ela (a doula) até queria ir, mas como meu marido estava comigo eu tinha falado para ela que não precisava, mas ela ficou conversando comigo pelo whatsapp, então a gente ficou conversando até 2h da manhã, ela perguntando se estava tudo bem, se eu queria que ela fosse lá, sempre me perguntando as coisas assim.

Nos últimos anos, tem-se incentivado mais o parto normal, no entanto, Val compreende este aspecto como **falta de autonomia**. A realização da cesárea com indicação restrita a determinadas situações, o incentivo ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a presença do acompanhante, entre outros aspectos, nem sempre é reconhecido pela usuária como melhorias no atendimento ao parto, fato que denuncia a dissonância entre a prática e a maneira como as usuárias a percebem. Ainda se perpetua a ideia do “SUS para pobre” e que as mulheres não têm direito de escolha, conforme ilustra a seguinte fala:

Como é pelo SUS, então a gente não pode escolher, tem que ser o que eles acham que é melhor para gente, né?

Para escolher pelo sus não dá, e até mesmo pelo convênio, pelo que eu ouvi de umas outras lá, eles não estão fazendo mais cesárea. Eles só fazem cesárea se você pagar para fazer, até mesmo pelo convênio. Em ultimo caso que eles vão fazer cesárea em você.

As críticas com relação à assistência, entretanto, vão além, o que fica evidente pela falta de informação e ausência de diálogo durante o pré-natal, bem como no **conflito de condutas** por parte da equipe de saúde, no que se refere ao término da gestação, o que lhe causou desespero, por **medo de passar do tempo**:

[...] eu recebi a carta com 39 semanas, para ter ela de cesárea, porque eu fiz ultrassom e a nenê não estava na posição, não estava encaixada [...]. Eu fui com a carta para a maternidade, chegou lá, a doutora “tava” lá... ela nem examinou, só apertou minha barriga e falou assim: “ó, “cê” vai esperar mais um pouco, você vai ter normal”, daí eu falei assim, “não, mas eu estou com a carta do médico aqui e ele falou que eu vou fazer cesárea”, aí eu perguntei para ela, “mas a nenê está encaixada?”, aí ela falou assim: “Não, a nenê não tá encaixada, você vai ter que esperar” [...], aí eu fiquei desesperada!

É que meu medo foi esse mesmo, de não saber o tempo certo (de gestação), porque uns falavam que eu estava de um tempo e outros falavam que eu estava de outro, e se passasse do tempo?

[...] Ai eu esperei, já tinha entrado nas 40 semanas, aí me falaram assim: “vai com 41 semanas na maternidade que eles vão ter que fazer seu parto”.

A princípio, Val preferia a cesariana. e ficou satisfeita quando o médico plantonista afirmou que ela seria submetida à cirurgia. Refere ainda que “os médicos sabem o que é melhor pra gente”, delegando a eles o desfecho final:

[...] como eu queria já que ela nascesse logo, eu falei tudo bem então, pq eles são médicos e sabem o que é melhor para a gente, né? Então não quis nem discutir mais, porque como eu já tinha passado nervoso antes, falei, “ai, então que seja!”, aí eu fiquei a noite inteira la de jejum.

A aceitação passiva das condutas médicas revela outro elemento dificultador da sua história de parto. O elemento **falta de esclarecimentos sobre as condutas** se revelou em dois momentos de sua internação, quando foi avaliada na maternidade e no pós-parto.

E o médico falou: “eu vou induzir o seu parto, se você não quiser, pode voltar pra casa”.

[...] eu acho que eu tive começo de hemorragia, por isso que eu também passei tão mal assim, mas eles não falaram o que aconteceu. Eu ouvi por bochicho delas (enfermeiras), porque toda hora elas vinham e apertavam

meus pontos e “tava” sangrando muito! Aí uma cochichava com a outra: “ai você viu?”, “ai eu vi...” e daí ia e apertava de novo meus pontos, mas ninguém falou nada do que aconteceu e até hoje não sei o que aconteceu.

Como tinha cesárea anterior, Val estava de posse de uma carta do médico que fez o acompanhamento pré-natal, que a orientou a procurar a maternidade, caso houvesse alguma intercorrência. Acreditando que seria submetida a uma cesárea de imediato, Val se dirigiu a primeira vez a maternidade. Como estava na fase de pródromos e com a carta em mãos, o médico da maternidade ofereceu duas opções: a indução ou voltar para casa. Essa situação gerou um certo conflito e a percepção de que ninguém assumia tomar qualquer conduta ou responsabilidade com o caso. Neste contexto, não se sentiu acolhida quando procurou o serviço e este fato despertou uma **sensação de abandono**:

No começo da minha gravidez foi tudo ótimo, no finalzinho que eles mandaram ir para a maternidade e coisa assim, eu não tinha nenhuma responsável por mim, porque ninguém queria ficar responsável, tanto que eu pedia para os médicos que me atendessem, assinar um termo de responsabilidade, caso acontecesse alguma coisa, eles eram os responsáveis, mas ninguém... todo mundo pulou fora até eu chegar nas 41 semanas, então eu queria que o médico fosse responsável até o final. O médico que está te atendendo que seja responsável por você até o final, porque o meu médico abriu mão de mim, disse que agora a responsabilidade era da maternidade e a maternidade não quis se responsabilizar.

Val foi dispensada e com 41 semanas voltou a maternidade quando então foi encaminhada para a cesárea. Isso representou um alívio para ela, quando sua filha nasceu bem e ela pode amamentar:

[...] eu fiquei feliz de ver o rostinho da minha filha, sabe, eu queria muito que ela nascesse, então para mim foi maravilhoso saber que ela nasceu bem e saudável!

Contudo, após o nascimento de sua filha, Val enfrentou **dificuldades na recuperação pós-cesárea**, o que a fez pensar que talvez tivesse sido melhor ter tentado o parto normal:

[...] eu nem sabia como que era o normal, mas lá na maternidade você vendo as meninas que teve normal, elas estavam andando, estavam bem, enquanto eu estava ruim lá. É bem diferente!

Então, assim, até o atendimento da hora da cesárea para mim foi tudo ótimo, só depois que eles me mandaram para o quarto que eu comecei a passar mal,

que dai nessa hora eu já “tava” sozinha, porque meu marido já tinha ido embora e “tava” eu e a nenê.

Começou a dar tremedeira, comecei a vomitar, porque eu estava há mais de 12 horas em jejum, e na hora que eles foram oferecer alguma coisa para eu comer, não conseguia descer, dai eu comecei a vomitar e a passar mal, e as meninas (outras puérperas) chamaram as enfermeiras.

[...] O médico passou lá na frente e falou: “olha, não dá mais nada para ela”, então fora o jejum que eu estava antes, eu fiquei mais um dia inteiro de jejum, tendo que amamentar sem comer nada, eu não conseguia nem ficar de pé de tanta fraqueza. Eu estava meio sonolenta, mas eu fiquei acordada, mais por causa dela, porque às vezes eu cochilava com ela no colo mesmo, é cansativo.

No decorrer do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e Val, surge outro elemento dificultador que se associou a ideia de abandono e impossibilidade de agir frente a sensação de não ter sido acolhida nas suas necessidades e da falta de autonomia na escolha do tipo de parto, gerando uma **sensação de impotência**:

Nem se ela fosse a primeira filha que eu tivesse, eu não ia querer ter outro, só para não voltar para lá, e saber como foi o finalzinho da minha gravidez. Você não tem mais aquela vontade, porque você sabe como vai ser. Porque não vai ter ninguém responsável por você, vai ser só você mesmo!

Então por mim eu não ia querer mais ter filho não, porque eu peguei medo, eu vejo uma mulher grávida e fico morrendo de dó delas.

Durante sua internação, Val presenciou uma situação de aborto, sendo esse mais um elemento dificultador em sua experiência, que nomeamos como **a dor delas também dói em mim**:

[...] tinha menina lá na maternidade que estava sofrendo viu, por forçar o parto normal, tanto que no dia que eu estava lá morreu um nenê, porque a menina... tudo bem ela entrou em trabalho de parto, só que o nenê não nascia, aí não sei se passou da hora, mas o nenê nasceu morto. Daí ela “tava” desesperada lá na maternidade! Tinha bastante menina que teve normal e não aconteceu nada, outras passaram mal e tiveram que ir para a cesárea com urgência. Mas a maioria “tava” tudo induzindo, tanto é que as que já entravam em trabalho de parto ia rapidinho, mas as que não, estavam sofrendo bastante

A falta de esclarecimentos foi um dos aspectos mais significativos na vivência de Val. O fato de não saber em quem confiar e o medo de “passar da hora” deixaram-na apavorada, além disso, Val ainda teve que lidar com uma recuperação difícil no pós parto. Todos esses fatores

provocaram uma série de questionamentos acerca da assistência recebida, o que lhe fez supor que poderia ter sido diferente se tivesse optado pelo parto normal. Entretanto, o desrespeito não está atrelado unicamente à via de parto. Desse modo, partos normais podem ocorrer permeados por intervenções e reproduzir a mesma falta de ética ou empatia.

Participante 6: Ana⁹

Relato comunicativo realizado em 2 de março de 2016, e o segundo encontro foi em 8 de agosto de 2016.

Ana, 18 anos, é estudante, mora com o marido e seu filho. Quando engravidou de seu filho, estava no ensino médio e relata que contar para a família foi uma tarefa difícil, porque não sabia qual seria a reação de seus pais. Durante a gravidez, parou de estudar, não concluindo os estudos.

Fez o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e conta que teve uma gestação tranquila, sem intercorrências e que pesquisou sobre o tema na internet, leu diversos relatos que contribuiriam para vivência do parto. Afirma ainda que tinha expectativas de que a dor e o sofrimento seriam maiores do que vivenciou.

Quadro 8 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Ana

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
busca de informações na internet	Falta de incentivo ao parto normal
conhecimento das vantagens do parto normal	Problemas na infraestrutura
desmistificação da dor no parto normal	pouco contato pele a pele
influência materna	falta de incentivo à amamentação na primeira hora de vida
presença do acompanhante	desumanização do cuidado
	Falta de informação sobre o estado do bebê
	Falta de apoio e de avaliação da mamada
	Falta de informação
	Dificuldades na transição para a maternidade
5	10

⁹Por mais uma vez, a mãe da participante foi a escolhida para ser a homenageada.

Fonte: Elaboração própria.

Aos 17 anos, Ana descobriu a gravidez e, apesar do receio em contar para a família, eles receberam bem a novidade e a apoiaram durante toda a gestação. Ela conta que, por meio da **busca de informações na internet**, ampliou seu conhecimento sobre a gestação e o parto, conforme revela este trecho:

Então, eu busquei [informações] pela internet, mas eu lia bastante sobre relatos de parto, sobre pré-parto e como foi [...]. Ajudou bastante... sobre as intervenções, sobre o que pode e o que não pode, o que eu quero e o que eu não quero!

As informações obtidas permitiram que Ana adquirisse **conhecimento das vantagens do parto normal**:

[...] você não sofre tanto igual na cesárea, é rápido. É rápido a recuperação, é mais fácil, você consegue amamentar, você consegue fazer tudo. Quando seu bebê mais precisa de você, você está impossibilitada na cesárea, parto normal não, você consegue fazer tudo.

Ana tinha duas concepções que poderiam ter sustentado uma vivência não satisfatória do parto: acreditava que a dor seria insuportável, e que sofreria com a assistência prestada no parto. O que viveu (uma dor suportável e uma assistência que considerou boa) contribuíram para a **desmistificação da dor no parto normal**:

Para mim achei que ia ser pior do que foi na verdade, [...] então pra mim foi um pouco mais tranquilo, não que não foi dolorido... foi dolorido, mas eu estava esperando aquela dor que todo mundo falava. Em relação ao atendimento também, eu achei que seria pior, mas fui bem recebida.

Vale ressaltar que a **influência materna**, também afetou diretamente a escolha do tipo de parto, tendo em vista que sua mãe teve apenas partos normais. Este elemento pode ser ilustrado com o recorte de fala que se segue:

[...] desde o começo eu queria parto normal... minha mãe tem 7 filhos, e foram todos partos normais.

O apoio da família, do namorado e de amigos foram fundamentais para seguir adiante com o seu desejo de ter um parto normal, no entanto, o mesmo não se pode dizer a respeito do médico que a acompanhou durante o pré-natal. Deste modo, o primeiro elemento dificultador que aparece em sua vivência de parto foi denominada como **falta de incentivo ao**

parto normal:

Disse a meu médico que queria um parto normal, aí ele me falou que a maioria das mulheres lá da UBS queriam cesárea. Elas não queriam sentir a dor do parto e por conta disso queriam cesárea. Ele me acompanhou pra ter um parto normal, só que quando ia completar 42 semanas, ele deu só 20 dias pro meu neném nascer, se não iria marcar cesárea. Só que mesmo assim eu ia esperar, mas eu não tinha esse apoio dele.

Apesar disso, outro elemento facilitador que colaborou de maneira positiva para a experiência de parto de Ana, foi a **presença do acompanhante**. Seu namorado e a madrinha de seu filho estiveram presentes e lhe deram todo o apoio e suporte que precisou.

Então, estava meu namorado, a madrinha do meu filho, que se passou como doula, mas para mim ela foi uma doula. Porque ela fez o papel de doula, então foi muito bom, se ela não tivesse no parto junto comigo, eu não ia conseguir ter o parto normal.

Contudo, a partir do nascimento de seu filho, Ana elenca uma série de situações que lhe desagradaram, sobretudo com relação aos **problemas na infraestrutura** e à falta de privacidade, considerando que não existe um espaço reservado para cada mulher em trabalho de parto:

[...] como eu “tava” sentindo muita dor, eu queria só ficar no chuveiro e ela (outra parturiente que dividia o mesmo quarto) também, e só tinha um chuveiro, entendeu? Então não foi muito bom não, e quando eu fiquei no chuveiro, quando eu fui no banheiro mesmo porque eu “tava” sentindo vontade de fazer força, eu achei que era força de ir ao banheiro, a enfermeira começou apressar sabe, pra sair logo, porque ela queria usar o chuveiro.

Um dos problemas é a falta de privacidade. Cada mulher deveria ter o seu espaço.

A falta de privacidade bem como a rotina hospitalar, que não permite individualização no cuidado, podem gerar insatisfação. Como foi o caso de Ana, que gostaria de ter ficado mais tempo com seu filho no colo, a este elemento foi dado o nome de **pouco contato pele a pele**:

Então, na hora que ele (o bebê) saiu elas colocaram no meu colo, mas ele ficou coisa de no máximo uns 10 minutos, depois elas tiraram e ele foi pra observação.

Fato que impossibilitou a primeira mamada logo ao nascer. Este elemento, então recebeu o nome de **falta de incentivo à amamentação na primeira hora de vida**:

Então eu não cheguei a amamentar na primeira hora de vida, eu amamentei depois, amamentei acho que depois de umas 2 horas.

Ana conta que teve uma perda de sangue importante e afirma que ficou constrangida pela maneira que foi atendida pelas enfermeiras, que de acordo com sua percepção, pareciam estar com nojo, elemento que denominamos como **a desumanização do cuidado**:

[...] eu fiquei em torno de umas quase 3 horas, porque minha placenta não descolou, então perdi muito sangue. Aí, na hora do banho, eu estava cheia de sangue na cama, e vieram... acho que trocou o horário das enfermeiras, aí chegou umas (enfermeiras) que eu não tinha visto, nunca vi, e elas foram me dar banho, e eu estava sangrando, então elas me trataram como... sei lá, com nojo porque eu estava cheia de sangue, eu estava suja.

Até esse momento, seu bebê ainda não havia sido levado para o quarto, gerando ansiedade em Ana, por conta da **falta de informação sobre o estado do bebê**:

É muito ruim, porque eu não via o que eles estavam fazendo, eu não sabia o que estava acontecendo, eu tava meio alucinada e queria meu filho, ele só foi pro quarto comigo umas 8h da noite, mais ou menos. Ficou um tempão (ele nasceu às 10h da manhã) [...].

Quando finalmente foi levado para o quarto, Ana iniciou a amamentação do bebê, contudo, afirma que não recebeu orientação sobre qual a melhor posição, como deve ser a pega e outras questões relativas ao aleitamento, o que resultou em fissuras nas mamas logo nas primeiras tentativas, configurando em **falta de apoio e de avaliação da mamada**. Ela refere ainda, que após receber alta, buscou ajuda de uma enfermeira que faz um trabalho autônomo de visita domiciliar, o que a auxiliou neste sentido.

No começo elas não me explicaram bem lá na maternidade. Como mãe de primeira viagem eu não sabia muito, eu não pesquisei muito sobre amamentação, pesquisei mais sobre o parto, achei que amamentação seria um pouco mais fácil, então eu não pesquisei tanto. [...] Ela (a enfermeira) chegou, só me explicou como era, assim meio por cima e não veio mais, e para mim era aquilo então eu dei, o peito começou a rachar logo no primeiro dia.

Sob o ponto de vista de Ana, a **falta de informação** no pré-natal vai além das questões sobre amamentação, contribuindo inclusive para o alto índice de cesáreas no país. Segundo seu relato, o médico e tampouco outros profissionais da equipe falam sobre os tipos de parto durante o pré-natal.

Eu acho que é um pouco de falta de informação, dessas mulheres que querem cesárea, porque lá onde eu fiz o meu pré-natal, eram muitas que queriam uma cesárea pra não sentir a dor do parto. Porque pra mim é uma coisa muito linda o parto normal.

Eu gostaria que olhassem mais, que dessem mais assistência para algumas mulheres, mais informação... porque está precisando. Acho que é isso, mais informações para as mães lá na maternidade, porque elas não tem informação! Se não fosse eu procurar na internet, eu também não ia saber! Mais assistência para saber mais do parto, amamentação.

As dificuldades, no entanto, não terminam no parto. O puerpério se revela mais solitário do que parecia. As noites mal dormidas, o medo de errar e o cansaço fazem parte das **dificuldades na transição para a maternidade:**

[...] me senti insegura para cuidar, eu fiquei com medo de não conseguir sabe? Porque nos primeiros dias meu peito “tava” inchado, aquela canseira... você tem que acordar de madrugada, então pra mim foi bem desafiador! Fiquei com medo de não ser capaz de cuidar, fiquei com isso na cabeça de não conseguir cuidar do meu filho, amamentação também “tava” sendo difícil. Então por isso que eu desanimei de amamentar, “tava” bem fissurado, meu peito também vazava muito leite e eu vivia molhada de leite, então pra mim isso é bem difícil no começo se adaptar.

Mesmo diante da falta de apoio por parte do médico que lhe acompanhou no pré-natal, Ana não se intimidou e continuou em busca de informações que lhe deram subsídios para uma escolha informada com relação ao tipo de parto. Ana afirma que teve uma experiência de parto bastante satisfatória e considera que o conhecimento adquirido contribuiu para esta percepção de sua vivência.

Participante 7: Ana Maria¹⁰

Relato comunicativo realizado em 24 de março de 2016, e o segundo encontro foi em 22 de julho de 2016.

Ana Maria, 34 anos, trabalha como cozinheira, é solteira e tem dois filhos. Mora na companhia de seus filhos, dos pais, além de seu irmão e a cunhada. A renda familiar é de 3 à 5

¹⁰Escolheu este nome por admirar a apresentadora Ana Maria Braga, que de acordo com ela, já enfrentou muitas situações difíceis e venceu.

salários mínimos.

Conta que na primeira gestação estava preparada tanto financeira como psicologicamente e tudo aconteceu de um modo natural e tranquilo. Já na gravidez de seu segundo filho, enfrentou diversos problemas e acredita que as discussões, bem como o fim do relacionamento com o pai de seu segundo filho possam ter influenciado.

Seu pré-natal foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Quadro 9 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Ana Maria

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
disponibilidade para atender demandas	falta de orientação com relação ao parto por parte da equipe de saúde
influência materna na decisão pelo tipo de parto	influência das afirmações negativas e do estado emocional na vivência do sofrimento
cada parto é uma experiência única	falta de apoio materno
presença do acompanhante	incômodos e preocupações durante a gestação
apoio profissional da equipe de enfermagem	medo de perder o bebê
contato imediato com seu bebê logo após o parto	falta de privacidade
ressignificação da experiência do parto	esgotamento físico
	sensação de impotência
	intervenção necessária: o uso da ocitocina
	trabalho de parto doloroso e sofrido
	contato imediato com seu bebê logo após o parto
	Ressignificação
7	12

Fonte: Elaboração própria.

Oito anos após dar à luz pela primeira vez, Ana Maria se viu grávida novamente e nos conta que a **disponibilidade para atender demandas** foi uma qualidade das enfermeiras da unidade onde fez o pré-natal, que sempre esclareceram dúvidas sobre os exames e medicamentos prescritos. No entanto, ela se queixa da **falta de orientação com relação ao parto por parte da equipe de saúde**, bem como a ausência de espaços para discussões sobre outros aspectos relacionados à gestação e ao puerpério:

[...] Mas ali na UBS, o que você precisar, elas estão dispostas a responder, elas ajudam muito, auxiliam muito, mas eu não vi grupos de gestante não sei se tem.

[...] isso não falavam, só que eles estavam muito preocupados, porque meu sangue é O negativo e como eu já tinha tido anemia... então na verdade assim, eles estavam mais preocupados com a parte de saúde do que com gestação, daí é remédio e mais remédio, eles focam em remédios para poder melhorar, mas ela falou tem que esperar pra gente ver, daí eu tive um grupo de estudantes de medicina também que me acompanharam. Mas dizer assim do parto, eles vão te ajudar, vão te orientar... não.

Embora este não tenha sido um aspecto discutido durante a atenção pré-natal, a mãe de Ana Maria sempre foi referência quando o assunto em questão é o parto normal. Ela teve 7 filhos e 5 deles nasceram de parto normal. Deste modo, denominamos este elemento de **influência materna na decisão pelo tipo de parto**:

[sobre os partos da mãe] [...] os dois últimos foram cesárea. Ela teve meu irmão, com quase 40 anos, então teve que ser cesárea e o da minha irmã também, porque ela aproveitou pra operar. E ela sempre falou: “eu prefiro parto normal do que cesárea!” Eu sempre tive muito medo de cesárea, eu falei, “a menos que tenha uma complicação, e o bebê não estiver bem, mas ao contrário eu quero parto normal”.

Durante sua primeira gestação, Ana Maria ouviu de conhecidos que um parto é diferente do outro. Esta afirmação, no entanto, sempre despertou preocupação, tendo em vista que sua primeira gestação e parto ocorreram em um momento de sua vida em que estava absolutamente segura de suas escolhas. A segunda gestação então, confirmou o que se dizia e Ana Maria enfrentou uma série de dificuldades desde complicações na gestação até o tumultuado término do relacionamento com o pai de seu segundo filho, validando a expressão, **cada parto é uma experiência única**:

Quando estava grávida do meu primeiro filho, eu estava preparada, financeira e psicologicamente.

[...] eu fui pra maternidade preparada, meu psicológico não estava tão abalado quanto estava do segundo, então foi super tranquilo, eu fui lá e tinha aquela mulherada gritando, mas nada me incomodou e ele nasceu muito fácil, mas agora do meu segundo filho. Eu ainda não consegui esquecer.

O primeiro parto foi super rápido! Tanto que ele estava quase nascendo na cama, então eu fui pra sala de parto e ele já nasceu, foi coisa de cinco minutos e eu não tive dor, agora do L. eu tive muita dor durante o parto, porque o útero não baixava e elas pediam pra eu fazer força.

Deste modo, Ana Maria nos conta que, acreditando que esse era o seu destino, “se programou para sofrer”. Assim, a dor se potencializou pela **influência das afirmações negativas e do estado emocional na vivência do sofrimento**.

Como eu não sofri no primeiro parto, todo mundo falava: “Agora no segundo você vai sofrer”, e eu tinha medo de engravidar de novo porque eu falava “eu vou sofrer!”. Tanto que eu sofri mesmo! Durante a gestação toda, eu coloquei na cabeça que nesse parto eu ia sofrer.

Eu acho, que é assim... você já está nervosa, está irritada e na hora eu tinha muita raiva do pai dele, e mesmo estando lá, eu sentia dor eu lembrava do pai dele, eu falava assim “gente, saindo daqui eu vou matar aquele infeliz, então porque ele falou que não podia ter filho, que ele era estéril?”, aí de repente fico grávida, aí ele simplesmente vira e fala assim “não, o filho não é meu, daí ele vem com essa história, “vamos tirar, vamos tirar”, “eu não vou tirar, quem tá carregando sou eu, você não quer o filho, bom pra você, eu quero”.

Na ocasião da sua primeira gestação, ela se planejou para ter o filho em uma tribo indígena. Sua bisavó era índia, e, de acordo com Ana Maria, o ritual do nascimento nessa tribo é muito valorizado e tratado com muito respeito. Na segunda gestação, tinha o desejo de fazer um parto domiciliar, no entanto, em ambas as situações ela se deparou com a **falta de apoio materno**:

[...] eu queria ter tido o meu filho (mais velho) na tribo. E você tinha que ir um mês antes para ficar lá com elas, minha bisavó era índia, e eu queria ter tido essa experiência [...] mas minha mãe não deixou. E eu consegui autorização delas, ia ter acompanhamento... e é muito lindo assim. Todas elas estão ali juntas para ajudar, elas tomam conta de você, elas cuidam do bebê, então é muito lindo, é um ritual sagrado, eles dão muito valor a isso.

Então na verdade eu queria o parto em casa, eu queria uma doula para acompanhar, aí minha mãe não quis, aí ela falou “acho melhor não, porque como você teve muita complicação”, ela ficou com medo de ter algum problema, que nem, eu “tava” na maternidade, eles iam me levar para a sala de cirurgia e talvez se eu tivesse em casa, não sei... porque precisou do soro

para induzir o parto, mas eu queria o parto natural em casa, daí não deixaram.

Ana Maria elenca uma série de **incômodos e preocupações durante a gestação** (da segunda gravidez), que perpassam pela dor, que a impossibilitou de trabalhar durante boa parte da gestação, insônia e o seu estado emocional. Todos estes aspectos marcaram fortemente sua vivência deste ciclo:

Nossa, desse eu não vi a hora que ele nascesse! Eu fiquei muito ansiosa, queria que passasse logo! Minha barriga ficou muito grande, eu não conseguia dormir a noite, doía muito e ele ficava uma pelota em cima e em baixo. Acho que era a cabeça e o bumbum dele, e essa pelota não se desfazia, então você não podia nem encostar doía muito! E eu queria que nascesse logo. Daí veio a fase da microcefalia, aí você fala “meu Deus do céu eu quero que ele nasça, porque eu quero ver se ele tá bem, se tem alguma coisa”.

[...] eu tinha muitas dores, e eu não aguentava ficar muito tempo de pé ou sentada, daí eu tinha que deitar e por fim acabei não indo [ao grupo de gestantes da USE].

Segundo Ana Maria, as preocupações a acompanharam desde o início da gestação, em virtude de um descolamento de placenta que apresentou logo nos primeiros meses. Ela conta ainda que, quando esteve na maternidade por conta desta intercorrência, teve contato com duas mulheres que sofreram aborto, ficando sensibilizada com a dor delas, temendo que sua história tivesse o mesmo desfecho, a este elemento foi dado o nome de **medo de perder o bebê**:

[...] quando eu fui parar na maternidade pelo descolamento da placenta eu fiquei com duas moças que perderam o bebê. Então isso deixa a gente chocada! Então você fala: “nossa, é pouco tempo, mas eu não quero perder”, daí você faz todo um repouso, você cuida, você toma cuidado, você muda totalmente sua alimentação, você procura se alimentar bem pro bebê, tanto que ele nasceu “coradinho” assim, e eu nunca fui de me alimentar bem, só durante a gestação mesmo.

Eu tive muito sangramento, e eu estava com medo de acontecer alguma coisa com o bebê! Eu estava fazendo muita força (durante o trabalho de parto), então não baixava e ele parou de mexer. Aí você leva um susto!

Ana Maria, quando percebeu a perda do tampão mucoso, decidiu ir para a maternidade, mas ainda não estava em trabalho de parto ativo. Refere que comunicou seu irmão que se aprontou calmamente para levá-la. No hospital, Ana Maria teve companhia de sua cunhada e de uma amiga, que se revezaram, além da prima que é enfermeira e se

comunicava sempre com ela para saber como estava e a orientava quanto à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor. A **presença do acompanhante** foi um elemento facilitador em sua vivência, conforme podemos confirmar a seguir:

Minha cunhada me ajudou muito, tanto ela quanto minha amiga, elas me seguravam pra levantar da cama, elas me ajudavam na bola, tanto que minha cunhada saiu de lá, com o braço todo dolorido de tanto que eu apertava. Elas me levavam pro chuveiro, conversavam comigo e falavam “calma, não precisa ficar nervosa!”.

Devido à falta de infraestrutura, a maternidade não oferece espaços adequados para as parturientes ficarem mais confortáveis e terem privacidade. De acordo com Ana Maria, ouvir o sofrimento de outras mulheres em trabalho de parto é estressante, de modo que a **falta de privacidade** passa a ser um elemento dificultador de sua experiência:

[...] lá só e o parto está sendo naqueles locais, você ouve elas gritando, aí você vê fazendo o parto ali né, dá pra você ouvir o sofrimento, não tem privacidade, acho que estressa mais.

A falta de privacidade, o cansaço e a dor emocional contribuíram para que as contrações uterinas diminuíssem, ocasionando uma parada de dilatação e em um dado momento, o trabalho de parto estacionou. O **esgotamento físico** a impedia, inclusive, de ingerir qualquer alimento que lhe fosse oferecido:

[...] teve uma hora que eu já estava esgotada, cansada, estressada e falei: “gente, não tenho mais força, não consigo mais fazer força”, nem suco, nada, nem água eu tomava.

Na tentativa de abreviar este sofrimento, Ana Maria solicitava às enfermeiras que realizassem intervenções, como o uso da ocitocina sintética, manobra de Kristeller ou até mesmo o fórceps. Quando lhe disseram que não poderiam fazer uso de tais procedimentos uma **sensação de impotência** tomou conta de Ana Maria:

[...] e eu até falei para elas: “Vocês não podem colocar soro?”, isso já era na hora do almoço, já “tava” bem cansada e disse “eu sei que vocês também tem fórceps que pode ajudar”, daí elas falaram: “Mas a gente não pode puxar seu bebê”, então eu falei: “mas vocês não podem empurrar também?”, porque se você empurrar talvez... e elas: “não pode”, eu disse “Gente do Céu que vocês podem fazer então?”.

Neste momento, o obstetra que estava de plantão chegou a sugerir que Ana Maria

fosse encaminhada para a sala de cirurgia para ser submetida a uma cesárea. No entanto, ela afirmou que preferia ter o parto normal, e uma das médicas autorizou o uso de ocitocina sintética, elemento que nomeamos de **intervenção necessária: o uso da ocitocina:**

[...] até que 4:00 horas da tarde eles falaram que iam me mandar pra sala de cirurgia, que ia fazer cesárea. Daí foi “aonde” uma das médicas autorizou colocar o soro e baixou e foi super rápido, acho que se tivesse colocado antes, não teria sofrido tanto.

Sob o seu ponto de vista, este foi um trabalho de parto doloroso e sofrido, que aconteceu sob condições adversas, sobretudo em razão do seu estado emocional que permeou toda a sua vivência:

Acho que foi o parto mais difícil! Porque foram 14 horas de dor! Chegou uma hora que parou, às 4 horas da tarde parou de dar até a contração. Foi então que puseram o soro para poder voltar, porque o útero estava alto e não baixava.

[...] eu tive muita dor durante o parto, porque o útero não baixava e elas pediam pra eu fazer força. [...] Então você fica fazendo força e era pior ainda, daí aplicaram o soro, daí foi coisa de minutos.

Apesar do contexto de sofrimento, Ana Maria reconhece que a equipe de enfermagem sempre esteve presente para avaliar o seu estado e oferecer **apoio profissional da equipe de enfermagem:**

[...] mas todo o tempo tinha uma enfermeira ali para olhar, para ver como estavam os batimento cardíacos, [...] medindo minha pressão, vendo se estava tudo bem.

Eu achei o atendimento muito bom, inclusive as enfermeiras se apaixonaram pelo nenê! Pegavam ele pra eu descansar um pouco, levava pra dentro, e todo tempo que eu chamava elas estavam ali pra atender [...]. Mesmo depois de você ter o bebê, se você precisasse de alguma coisa... na hora do banho elas te acompanham, achei o atendimento lá muito bom

Ela também relata, que logo que o seu filho nasceu, foi colocado em seus braços, diferentemente do parto anterior, em que as enfermeiras apenas mostraram o bebê e ele foi levado para de imediato para avaliação, elemento que denominamos de **contato imediato com seu bebê logo após o parto:**

[...] só que na hora que te dá o bebê assim, parece que você esquece toda aquela dor. Então eu falei assim “só valeu a pena!”. E antes não era assim,

no parto anterior, elas (enfermeiras) não davam (o bebê) na hora, elas tiravam, te mostravam o bebê e já levavam, não deixaram você ter contato com ele.

[...] foi uma experiência muito bacana, logo que tira já te dão pra você sentir ele e ele fica olhando assim, sem entender o que tá acontecendo, daí faz tudo valer a pena, daí você fala “nossa, toda a dor que eu senti valeu a pena, você tá aqui, tá bem”. Você olha, você pode ver que ele tá bem.

Ter esse contato com o bebê logo ao nascimento permitiu uma **ressignificação da experiência do parto** e do período gestacional. Ana Maria afirma que toda a dor ficou no passado e agora seu único desejo é o de proteger e cuidar do filho.

[...] apesar de todo o sofrimento que eu tive, a hora que ele nasceu, que me deram ele, a coisa que você mais quer é cuidar e proteger. Então, depois que eu saí da maternidade, em momento algum eu fiquei estressada, meu filho mais velho está me ajudando em tudo, o leite está indo super bem, não precisei complementar, ele tá ganhando peso, o leite está sendo suficiente, acho que depois que ele nasceu eu deixei tudo lá na maternidade.

Participante 8: Célia¹¹

Relato comunicativo realizado em 16 de outubro de 2015, e o segundo encontro foi em 19 de outubro de 2016.

Célia, 25 anos, estudante de arquitetura, vive com o namorado e a sogra, desde que sua mãe faleceu, há 4 anos. A renda familiar é de 4 à 5 salários mínimos.

Ela conta que não pretendia ter filhos neste momento, mas afirma que a notícia da gravidez foi oportuna e toda a família a apoiou em sua decisão de ter um parto normal.

O acompanhamento pré-natal foi realizado na saúde suplementar e o parto na rede do SUS.

¹¹Célia, não pode ter sua mãe, falecida há 4 anos, ao seu lado neste momento e decidiu homenageá-la.

Quadro 10 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Célia

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
histórias satisfatórias de parto	histórias insatisfatórias sobre parto
busca de informações: preparando-se e empoderando-se para o parto normal	inseguranças, incômodos e preocupações durante o parto
disponibilidade para atender demandas singulares	
mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento	
disponibilizar os métodos de alívio da dor	
apoio profissional: o papel da doula	
06	02

Fonte: Elaboração própria.

Célia teve uma gestação tranquila e contou com o apoio de uma doula que esclareceu inúmeras de suas dúvidas, fator que foi essencial para desmistificar **as histórias insatisfatórias sobre parto** que lhe contaram, inclusive colocando o parto normal como “coisa de pobre”, o que perpetua a ideia de que o melhor é a cesárea, já que esta seria acessível para quem tem condições financeiras para custeá-la, sendo este o melhor atendimento ao parto no imaginário social:

“Parto normal dói!” A única coisa que tinham me falado... eu nunca tinha me interessado tanto por partos.

[...] quando me perguntavam, e eu falava que ia fazer parto normal no SUS: “ahh no SUS? parto normal?”, eu falei, “sim!”, “ah não sei...”, então, é assim, “parto normal é coisa de pobre!”. Eu ouvi gente falar isso!

Eu acho que uma das coisas é o medo, e a outra é a má informação, é acreditar no que os outros tão falando... mesmo o médico. Você vê? Os médicos mesmos põe medo, e tem gente que fala, “ó, “cê” viu na televisão? foi fazer parto normal e morreu!”.

Ela nos conta que, embora nunca tenha se interessado pelo assunto, sempre pensou que não gostaria de ser submetida a uma cesárea. Célia afirma ainda que, também ouviu outras **histórias satisfatórias sobre parto**, e estas apenas legitimaram suas convicções acerca de sua escolha:

Eu nunca pensei na verdade na cesárea! então, porque... poxa! Vai cortar a barriga... depois, tem a recuperação e tudo mais. Então, mesmo nunca me interessando, eu tinha essa ideia de que o parto normal era melhor mesmo!

Deste modo, desde que se descobriu grávida, Célia buscou informações sobre como se preparar para o parto normal. As conversas que teve com sua doula e outras gestantes, em uma rede social, lhe ajudaram a acreditar que era importante mentalizar como ela gostaria que acontecesse o parto. Além disso, para lidar com a dor e outros mitos relacionados ao parto normal, Célia utilizou-se da informação como forma de empoderamento e buscou proteger-se de comentários que em nada ajudam uma grávida. Nomeamos este elemento de **busca de informações: preparando-se e empoderando-se para o parto normal**:

Uma coisa que as meninas do grupo e a doula falavam é que eu deveria mentalizar como eu queria o parto. Muita gente não acredita nisso, né? Que é o poder da mente. Não, não é o poder da mente! É você planejar! “Olha, vai ser tranquilo!”. Ir conversando com o bebê... então eu fiquei conversando bastante com a minha filha e falava: “Filha, quando você resolver nascer, que você tiver prontinha, nasce rapidinho, sem muita dor! Ajuda a mamãe!” e tudo mais... e funciona! [...] É uma coisa que, ... eu, vendo o parto dela (de sua irmã), achei que o meu ia ser de um jeito, e na hora foi de outro, totalmente diferente, então...

O que eu falo pras minhas amigas que estão grávidas ainda, é que você tem que preparar o seu psicológico, porque o seu psicológico vai mandar no seu corpo!

[...] Vamos à fundo! Vamos ver o que realmente aconteceu, “ah não, mas cê viu? fulana de tal vai fazer cesárea...”, e, “ah nossa! que legal, né?”. Então, eu acho que trocar informações, que vão te acrescentar coisas boas, sim, mas ficar nesse “disse me disse”, assim eu acho que atrapalha muito na escolha!

Você senta na cadeira do médico pra esperar ser atendida, a pessoa senta do seu lado, “ah cê tá grávida?”, “sim”, “você vai fazer que tipo de parto?”, “ah vou fazer normal!”, “ah então, se eu fosse você, hum.. não sei, porque esse médico, ele não faz normal”, “ah porque esse médico, vai chegar na hora ele vai te por na faca!”, “ah porque... nossa! ele foi fazer um parto normal, olha, o bebê morreu! nasceu sem cabeça!”.

Entretanto, mesmo seguindo o conselho que lhe foi dado, durante o trabalho de parto, Célia ficou preocupada porque a bolsa das águas ainda não havia rompido, e, embora soubesse que alguns bebês nascem empelicados¹², isso a deixou muito incomodada. Antes da intervenção médica, refere que teve medo de ser submetida a uma cesárea, pois como já havia passado de 41 semanas, a cirurgia já estava marcada. A este elemento denominamos

¹²Dentro da bolsa amniótica.

inseguranças, incômodos e preocupações durante o parto:

Ela nasceu no dia em que eu tinha marcado a cesárea! porque como já tinha passado as 41 semanas, tinha que marcar, e aí eu marquei para uma segunda às 7:30 da manhã! [...] ela nasceu na segunda às 4:00 horas da manhã! Eu estava com tanto medo de ir pra cesárea, tanto medo, que eu tinha certeza, que se eu fosse pra cesárea eu ia morrer! acho que eu ia morrer de medo, ao invés de morrer do... pela situação!

Eu comecei a gritar e sentir uma dor mais forte, foi com 8 centímetros, a bolsa não tinha estourado, e eu ficava pensando na bolsa, e veio aquela contração um pouco mais forte e eu assustei! Parei de respirar, parei de tudo [...], eu fiquei pensando, “porque isso? porque ela não rompe?”. E aí, eu me perdi! Parei de respirar, comecei a gritar, e aí eu me desliguei do parto. Foi nessa hora que foi ruim!

Sendo assim, o obstetra que estava de plantão, percebeu seu incômodo e apresentou **disponibilidade para atender demandas singulares**, lançando mão de intervenções, que neste contexto contribuíram para o bom andamento do parto:

Fiquei preocupada! Aí... pra voltar pro parto, o médico foi lá e estourou, rompeu a bolsa... Eu não sei se é psicológico, ou não, mas parece que minha dor diminuiu um pouco e chegou nos dez centímetros rapidinho! E aí, quando ela encaixa e vem pro puxo, aí já não tem mais dor!

Após o parto, Célia teve ainda mais convicção de que fez a melhor escolha, pois pode observar também as mulheres que fizeram a cirurgia. Célia se diz satisfeita também por ter escolhido o SUS, e ela pode fazer uma comparação com a saúde suplementar. Meses antes do nascimento de sua filha, acompanhou sua irmã que pariu em uma outra maternidade do município. Refere ainda que o atendimento que recebeu pelo SUS, foi melhor do que o desta outra instituição. Sua vivência de parto é bastante diferente daquela relatada por outras mulheres que tiveram seus filhos há alguns anos na mesma maternidade. Estas diferenças se devem às **mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento**, que estão inseridas no atendimento de acordo com determinadas leis de proteção como, por exemplo, a lei do acompanhante e orientações de atendimento humanizado ao parto de órgãos como a OMS:

Eu fiquei num quarto com mais três mulheres, duas tinham feito cesárea e uma outra tinha sido normal também. E ela falava: “nunca mais eu quero fazer isso! Se eu tiver outro filho vai ser cesárea, porque eu não quero nunca mais...”, aí eu falei, “gente, mas, olhando pras que fizeram a cesárea, cê ainda quer fazer cesárea?”, sabe? “Porque a gente tá andando, tá tomando banho, tá lavando a cabeça e elas não podem nem levantar da cama!”. Tão com sonda! Sabe?

Porque eu vou pagar 5 mil reais só pra escolher o médico? Eu falei isso pra minha obstetra! Falei, “olha, F., desculpa, mas se for normal eu vou fazer no SUS!, e se eu tiver que ir pra uma cesárea, aí eu te ligo, te acordo, aí você vai!”. Porque é só pra pegar o bebê! E ela concordou comigo! Ela falou, “mas é verdade! E os médicos do SUS são muito competentes!”[...]. A minha irmã teve no particular (três meses antes). E eu presenciei tudo, o tempo todo... e mesmo depois que o bebê nasceu, eu fiquei com ela no quarto um pouco, pra ela descansar e tal... e eu achei o atendimento do SUS melhor!

É por isso que eu acho que hoje tá muito melhor! Porque eles perguntam, eles veem se tem necessidade mesmo (de intervenções), e tudo mais...

Desta forma, Célia compreende que cada caso deve ser avaliado separadamente, e cada mulher deve receber a assistência que necessita, e mesmo discordando do uso de analgesia, ela pode perceber particularidades no atendimento, e compreende o quão importante é **fornecer os métodos de alívio da dor**, sempre que a parturiente julgar necessário:

Agora, essa coisa de, “ai, dá injeção pra parar a dor, porque a mulher num tá aguentando”, isso aí eu acho uma besteira, [...] mas cada um conhece o seu limite.

O empoderamento contribui para que a mulher seja protagonista na hora do parto e, segundo Célia, é preciso ter determinação e acreditar nos seus princípios para dizer não às intervenções desnecessárias e outras condutas desrespeitosas e destaca o **apoio profissional: papel da doula** como essencial nessa busca:

[...] eu acho que se elas tiverem pulso firme e falar não, eu acho que ajuda muito! Eu acho que se elas falarem “não, eu não quero que faça isso! é meu corpo”, e tudo mais, eu acho que tem que ser respeitado e não, não tem quem vai falar que, “você não quer, mas eu vou fazer!” se não fosse a doula, o resultado poderia ter sido diferente.

Participante 9: Zilda¹³

Relato comunicativo realizado em 16 de fevereiro de 2016, e o segundo encontro foi em 22 de outubro de 2016.

Zilda, 18 anos, casada, é estudante de arquitetura e trabalha como atendente no comércio. Conta que descobriu a gestação quando estava de 18 semanas, mas decidiu

¹³Escolheu o nome da mãe, de acordo com seu relato, é uma mulher muito forte!

esconder da família, devido ao seu receio com relação à reação deles. Em virtude disso, não fez o acompanhamento pré-natal para não despertar desconfiança. Refere que se sentiu perdida, mas não tinha medo do parto.

Quadro 11 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Zilda

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
histórias sobre parto: no que eu acredito?	como eu descobri a gravidez
confiança é tudo	escondendo a gravidez
satisfação com a experiência vivida	medo de buscar informação sobre o parto
histórico de cesárea na família: eu faço meu caminho	o que será de mim?
	falta de esclarecimentos sobre a indicação de cesárea
	falta de incentivo e apoio à amamentação
04	06

Fonte: Elaboração própria.

Aos 17 anos Zilda procurou a unidade de saúde com a queixa de vômitos e dores estomacais. Quando retornou à unidade para ver o resultado dos exames, ficou surpresa com a novidade, pois estava grávida. A este elemento demos o nome de **como eu descobri a gravidez**:

Eu tive alguns enjoos, mas eu não sabia que eu “tava” grávida! Pra mim era... o estômago... aí eu fui fazer um ultrassom, cheguei lá e ele [o médico] perguntou o que que eu tinha, e eu falei assim, “eu vim descobrir o que que eu tenho!”. Aí ele, “você tem um bebê!”, 18 semanas e seis dias!

Com medo da reação da família, Zilda decidiu esconder a gestação, deixando de fazer o acompanhamento pré-natal para não despertar desconfiança. Contou apenas para o, então namorado, que lhe apoiou. A decisão de não fazer pré-natal também foi alimentada pela percepção de que o atendimento prestado pela unidade de saúde de seu bairro não é adequado, e Zilda compareceu a apenas uma consulta de pré-natal, fator que gerou certa insegurança. A este elemento denominamos, **escondendo a gravidez**:

[...] então eu descobri que eu “tava” grávida com 18 semanas e eu não contei pra ninguém! Contei que eu “tava” grávida com 7 meses!
Não dava pra descobrir porque a minha barriga era muito pequenininha.

Fui uma vez na consulta, porque ali no postinho não é legal! E como eu não tinha informação e não contei pra ninguém que eu tava grávida, eu fiquei perdida

Zilda revelou a gravidez para a família apenas no 7º mês de gestação, e refere que a partir daí, passou a contar com o apoio de sua mãe, que reside em outro município, mas permaneceu ao seu lado no final da gestação para auxiliar no que fosse necessário. Instintivamente, Zilda sentia que saberia parir, assim como seu bebê saberia nascer, afirma ainda que também sentiu-se apoiada pelas enfermeiras durante o parto. Chamamos este elemento de “**confiança é tudo**”:

Só eu e ele (o namorado) que sabia.

Foi assim... foi no sábado, eu fui tomar banho de piscina, aí quando eu saí da piscina, senti minha barriga mexendo... eu vi descer. Aí eu senti meu bebê mexendo assim, na minha virilha. Eu fiquei tranquila, e minha mãe, nessa altura do campeonato eu já tinha contado tudo! Aí minha mãe falou assim, “não, vamos pra maternidade”, e eu falei, “não, não precisa! não “tô” sentindo nada!”. Aí a gente foi! A gente “tava” na chácara nesse momento.

Cheguei na maternidade, “tava” com 3 dedos de dilatação. E era o mesmo médico que me atendia aqui no postinho, ele perguntou se eu queria voltar pra casa ou se eu queria ficar lá, em observação. Preferi voltar pra casa. Nessa altura, era meia noite. Quando eu cheguei em casa, aí que eu comecei a passar mal! Aí fiquei passando mal até 3h30 da manhã, com contração. Até então eu não “tava” sentindo nada. Aí a gente foi pra maternidade. Cheguei lá, “tava” com 4 dedos de dilatação. Aí me internaram e eu fiquei lá, passando mal... aí 7h ela nasceu! 7h5 da manhã.

Elas foram bem amorosas, as enfermeiras!

[...] eu acho que, a mulher tem que ter confiança nela na hora do parto.

Deste modo, para obter informações mínimas sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, Zilda recorreu à internet. Contudo, como tinha **medo de buscar informações sobre o parto**, este tema não foi incluído em sua pesquisa:

Pesquisei na internet, sobre como “tava” crescendo o nenê, essas coisas... mas sobre o parto, não. Porque, tipo, eu tinha até medo!

As dúvidas provocadas por esta lacuna de conhecimento a deixaram um tanto insegura, mas ainda assim, preferiu não procurar o serviço de saúde. Denominamos o

elemento a seguir de “**o que será de mim?**”:

Eu não tinha nem informação direito! Como é que seria o parto, [...] eu não sabia de nada! Foi difícil!

O medo e a insegurança, contudo, por vezes davam espaço à confiança de que tudo daria certo, o que pode ser percebido no recorte a seguir, onde Zilda fala das histórias que ouviu em sua única participação no grupo de gestantes da unidade de saúde. Denominamos este elemento de, **histórias sobre parto: no que eu acredito?**:

Fui numa roda de gestante que eu fui ali no postinho, aí [...] todas tinham medo do parto! Só eu que não!

Quando se casou, Zilda mudou-se de cidade e soube que na maternidade do município o parto era preferencialmente vaginal, e a cesárea, por sua vez, era realizada apenas quando necessária. No entanto, sua vivência revelou que muitas mulheres são submetidas à cirurgia e há **falta de esclarecimentos sobre a indicação de cesárea**. Zilda relatou, inclusive, que a maioria das mulheres que ficaram internadas no mesmo período que ela, inicialmente, tinham preferência pelo parto normal, conforme ilustra o trecho a seguir:

E lá, só eu tinha feito parto normal. Na sala que eu estava todas tinham feito cesárea, uma estava esperando normal, do meu lado, só que, como a criança passou da hora de nascer, foi cesárea! Uma ou duas fizeram normal, o resto tudo cesárea. E eu fiquei sabendo que aqui [...] aqui não fazia cesárea. Ia pro normal primeiro...

Acho que a maioria foi por causa de complicação, porque a que estava do meu lado, queria muito um parto normal, e como não deu, acabou na cesárea!

Com relação à cesárea, Zilda relata que a maioria das mulheres de sua família foram submetidas à cirurgia, e que sua mãe a incentivou a fazer o mesmo. No entanto, quando chegou à maternidade, estava determinada a ter um parto normal. A este elemento denominamos **histórico de cesárea na família: “eu faço meu caminho”**:

Minha mãe teve dois filhos e um aborto. Os dois nasceram de cesárea e ela me disse que estava com medo de eu não dar conta! Ela falou assim, “se você não der conta, você vai fazer cesárea”. Na minha família, nenhuma fez normal! Do lado da minha mãe, ninguém conseguiu! Eu fui a primeira!

O mesmo não se aplicou ao aleitamento, Zilda refere que sua mãe amamentou todos os

filhos e lhe orientou a fazer o mesmo, considerando os aspectos positivos relacionados à saúde do bebê. Contudo, afirma que teve dificuldades com a pega e buscou ajuda no banco de leite do município, onde, ao invés de encontrar apoio, lhe disseram para desistir de amamentar e dar o complemento. Ela, entretanto, persistiu e, junto com sua filha, “encontrou o caminho”. Zilda está oferecendo a ela apenas o leite materno (na ocasião da entrevista, a bebê estava com 1 mês). Este elemento foi nomeado de **falta de incentivo e apoio à amamentação**:

Ela (a pediatra) sugeriu que eu fosse ao banco de leite. Eu fui, só que as enfermeiras disseram que ela não ia pegar não! Falaram pra eu desistir.

A confiança na fisiologia do parto, mesmo sem nunca ter ouvido falar disso, e sua persistência e determinação para enfrentar os obstáculos, colaboraram para uma experiência positiva do parto e do aleitamento materno. Quando foi solicitada a dizer uma palavra sobre o parto que pudesse sintetizar sua vivência, Zilda falou sobre o quanto ficou feliz. Este elemento foi denominado como **satisfação com a experiência vivida**:

Deixa eu ver... posso dizer felicidade! Porque foi um parto agradável, [...] não foi difícil na hora, [...] um parto que foi tudo certinho!

Participante 10:Marina¹⁴

Relato comunicativo realizado em 16 de abril de 2016, e o segundo encontro foi em 21 de outubro de 2016.

Marina, 28 anos, é estudante de doutorado, casada. Mora com seu marido e a filha. A renda familiar é de 5 salários mínimos.

Conta que apesar do desejo de ampliar a família, ficou surpresa com a notícia. Marina afirma que as histórias de parto de sua família contribuíram de modo positivo para a vivência do seu parto. Seu marido, entretanto, vem de um histórico diferente, mas a busca de ambos culminou na realização de um parto respeitoso.

Fez o pré-natal em uma UBS e afirma que o médico sequer falou sobre o parto durante as consultas, mas ela já havia decidido que queria ter um parto normal.

¹⁴Marina escolheu o nome de sua doula, que teve um papel muito importante em sua vivência do parto.

Quadro 12 - Elementos facilitadores e dificultadores da vivência do parto de Mariana

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
busca de informações como forma de empoderamento e autonomia	o susto
influência materna	não atendimentos às necessidades individuais
o outro lado da moeda: ressignificando a concepção de parto	falta de informação e esclarecimentos
disponibilidade para atender demandas individuais	movimento de humanização ainda é elitizado
respeito à legislação e às evidências científicas com relação à atenção ao parto	
métodos não farmacológicos de alívio da dor	
nascimento: o primeiro encontro	
07	04

Fonte: Elaboração própria.

Embora desejassem ter filhos, a notícia da gravidez chegou em um momento conturbado, em que ela e o marido planejavam passar uma temporada no exterior. Este sentimento, entretanto, foi superado, e a notícia foi recebida com entusiasmo pela família de ambos. Marina afirma que os avós já cobravam um neto há algum tempo. A este elemento denominamos “o susto”:

Eu “tava” tomando a pílula contraceptiva, e aí, foi no momento que o meu esposo ficou sabendo que ele tinha ganhado uma bolsa pra viajar pro exterior. Então, a gente estava fazendo a preparação, ele começou a fazer curso de inglês, a gente “tava” focando nisso, pra viajar, tentar viajar juntos. Eu ia tentar buscar uma bolsa também, pra viajar pra lá. A gente queria sim ter filho, mas quando o doutorado estivesse acabando, e estivesse mais próximo de retornar pro nosso país, mas aí quando deu positivo tirou o chão dos pés! Foi uma surpresa, a gente ficou sem saber o que fazer! Pensamos que tínhamos que mudar de plano, que ele ia ter que cancelar a viagem, foi bem estressante, na verdade!

[...] mas depois a gente se tranquilizou, pensando direito em cada coisa, e tudo foi dando certo, graças a Deus! No final a gente contou pra família, todo mundo ficou alegre... a família esperava que a gente já tivesse filho!

A partir da descoberta, o casal saiu em busca de informações sobre os tipos de parto, vantagens e desvantagens de cada escolha e, desta forma, apresentou um novo universo ao seu companheiro. Marina acredita na informação como forma de empoderamento, e compreende

que o medo da dor, bem como a falta de informação, são dois dos responsáveis pelo alto índice de cesáreas no país. Desta forma, aparentemente, apenas as mulheres que decidem buscar informação têm a possibilidade de se empoderar e exercer autonomia durante o trabalho de parto. Chamamos este elemento de **busca de informações como forma de empoderamento e autonomia:**

Meu esposo, na verdade, já aceitou a notícia e começou a se organizar pra isso, a gente começou a estudar muito! Ele é bem aberto ao que eu conversava com ele! A gente começou a buscar grupos de apoio ao parto.

O alto índice de cesáreas se deve a falta de informação, eu até discuti e discuto isso muito com meu esposo durante o processo de nossa busca, de informação e leitura... ele falava, “nossa, mas tudo isso acontece porque o casal, as mulheres não se informam!”. A gente só escuta a versão do médico e de outras mulheres que passaram por isso, mas não toda mulher, e os médicos nem sempre tem a melhor decisão, né? Eles são influenciados pela tecnologia, e... eu acho, acredito que é a falta de informação, a ignorância! E as mulheres ficam com muito medo de sentir dor! Que dói, né? E elas perguntam, “Você sentiu dor?”, senti! Mas elas não entendem que é uma dor que passa rapidíssimo, que a gente não lembra disso depois...

[quando foi solicitada a escolher uma palavra que definisse seu trabalho de parto] Autonomia! E liberdade! Me senti livre, autônoma! Eu podia fazer o que eu quisesse! [...] comer, dormir, beber, caminhar... ninguém me falava pra não fazer! E pra mim isso foi muito bom! Pra mim isso me ajudou a relaxar, me ajudou a vivenciar meu trabalho de parto com maior felicidade, maior aceitação. Então, essa autonomia, essa liberdade, pra mim foi indispensável! A equipe me oferecer isso! Me deixar ser autônoma e livre, dentro do possível, né? Também não é libertinagem, mas dentro do possível, pra mim, foi fundamental! Pra ter essa experiência boa de parto que eu tive!

Bem como no relato de outras mulheres que participaram deste estudo, Marina nos contou que **a influência materna** foi decisiva na escolha do tipo de parto que considerou mais adequado:

Sobre o parto, eu já tinha muito dentro de mim que quando eu fosse ter filhos eu teria por parto natural. Minha mãe teve duas filhas, eu e minha irmã, e as duas fomos por parto natural. Aí minha mãe contava como que foi, que eu dei muito trabalho pra ela, mas que minha irmã foi muito mais fácil, mas que deu certo! Aí, a mãe do meu esposo, ela teve 3 filhos, e foram os 3 por cesárea. Então, meu esposo, ele tinha outra experiência, ele não sabia de parto natural, nem fazia ideia da diferença entre os dois partos, nem a influência para a mãe, pro filho.

Mas no final, no meu coração, eu sabia que eu queria parto natural quando eu fosse ter filho! E deu certo, acho que por influência da minha mãe. Minha mãe falava, “Não tem problema! Vai doer sim, mas é bom! Olha, é o seu filho que vem...”. Então eu já tinha mais ou menos uma preparação pra isso. Então, minha experiência, da perspectiva do parto, do que eu esperava, era o parto natural mesmo!

Embora estivesse segura de sua decisão, Marina refere que ainda durante a graduação, algumas de suas amigas escolheram fazer cesárea e isso a permitiu conhecer **“o outro lado da moeda”**: **ressignificando a concepção de parto**:

Então, eu sempre quis parto normal, porém, durante a faculdade, minhas amigas que engravidaram faziam cesárea, falavam que era mais fácil, que tinha um dia e uma hora certa, de conhecer o filho... aí comecei a duvidar! Durante a minha gravidez, eu tinha certeza que queria parto natural, mas antes disso, de eu engravidar e tudo mais, eu às vezes tive momentos de “Ai, se fosse cesárea, também não teria problema nenhum!”.

Apesar desses questionamentos, por meio do diálogo com outras gestantes e puérperas, Marina pode esclarecer dúvidas e trocar informações acerca do ciclo gravídico puerperal. Estas conversas, no entanto, por vezes geravam ansiedade, sobretudo com relação ao possível **não atendimento às necessidades individuais**, conforme podemos conferir no trecho a seguir:

Minha amiga contou que quando ela tinha 40 semanas, ele (o médico) queria fazer um toque, aí ela não queria, porque ela tinha medo de ele fazer alguma coisa, e de fato fez! Ele fez descolamento de membranas¹⁵, e ela estava sozinha! Ela falando pra ele que não queria, porque o marido estava em São Paulo, que ela queria esperar e ele não esperou! Então eu fiquei com medo, daquele meu médico do pré-natal fazer o mesmo comigo!

No entanto, apesar da percepção de ausência de diálogo com seu obstetra durante a atenção pré-natal, sentiu alívio porque ele adotou uma conduta diferente daquele que atendeu sua amiga, respeitando seu desejo de esperar entrar em trabalho de parto. O mesmo ocorreu com relação ao atendimento prestado na maternidade, que atendeu às suas expectativas e necessidades. Este fator, somado ao respeito à lei do acompanhante, contribuíram para o ambiente acolhedor durante o seu trabalho de parto, propiciando o clima essencial para o parto fisiológico, onde tudo acontece a seu tempo e sem o uso de intervenções desnecessárias. Esta é a concepção de Marina para um parto ideal, com **respeito à legislação e às evidências científicas com relação à atenção ao parto**:

Mas, quando foi o meu caso, foi bem tranquilo! Eu cheguei, 40 semanas, com aquele medo de que ele poderia tentar fazer a mesma coisa pra adiantar o parto. Aí ele foi de boa! Falou, “Ah, “cê” tá com 40 semanas, mas dá pra esperar! A próxima semana, quando você completar as 41, te vejo. Se está

¹⁵O descolamento de membranas, ou amniotomia, é realizado pelo profissional de saúde durante o exame de toque. Os dados disponíveis sugerem que o descolamento reduz a duração da gravidez sem aumentar o risco materno ou neonatal de infecção. Apesar de ser considerado seguro, o procedimento é doloroso, pode ser desconfortável para as mulheres e traz alguns "efeitos colaterais" como contrações irregulares, pródromos prolongados e sangramentos. Tudo isso deve ser ponderado para a tomada de decisão de se realizar, ou não, o descolamento de membranas (FERNANDES, 2013; SOUZA et al., 2010).

tudo bem, então... se ela não nascer ainda até essa data, então a gente vai e faz uns exames. Cardiotoco, não sei o que...”, mas nunca falou de fazer cesárea! Então eu me tranquilizei!

A enfermeira falou assim, que era obrigatório (a presença do acompanhante), que eles não deixam a mulher sozinha. Eu falei, “Ah mas eu também queria que a minha doula entrasse...”, e ela falou, “Pode! A doula também pode!”. Então tive acompanhante, o meu esposo desde sempre e a minha doula, quando eu precisei.

É... eu acho assim, que a tecnologia é muito bem vinda quando necessária, Ela de fato salva vidas, melhora a saúde das pessoas, facilita a vida, mas o parto é uma questão que a gente faz desde sempre.

Marina relata que na maternidade todos os procedimentos que eram realizados foram esclarecidos, encontrando na equipe que lhe prestou atendimento ao parto, **disponibilidade para atender demandas individuais**:

Aí, na hora do atendimento, lá na maternidade, também... a gente foi pra lá porque eu achei que tinha estourado a bolsa, só que não! A médica, que recebeu a gente também foi muito delicada com isso, ela explicou muito bem, com detalhes, o que ela ia fazer, que ela precisava me internar porque já estava com 41 semanas e 3 dias, e... que era pra me internar, mas ela me explicou tudo! Que era pra ela fazer, aí ela queria fazer os procedimentos de colocar o... induzir o parto e colocar ocitocina, a gente falou com ela que a gente não queria ocitocina que tudo bem ela colocar o misoprostol pra tentar Induzir.

Eu acho que o tratamento lá, desde que a gente entrou até quando a gente saiu, foi muito respeitoso nesse sentido, né? Não impuseram nenhum tratamento, nenhuma decisão médica, elas consultaram, explicaram pra gente... a gente não quis ocitocina, não colocaram ocitocina e nem precisamos, porque quando iam colocar o terceiro comprimido já tinha começado as contrações, então foi muito tranquilo! Só, que durante a minha internação, todo mundo os médicos, todo o pessoal... foi muito bem!

Deste modo, acredita que o profissional que assiste a mulher em estado de parturição deve utilizar das principais evidências científicas da área para oferecer uma série de **métodos não farmacológicos de alívio da dor** e, dessa forma, humanizar a assistência ao parto:

[...] eu usei a bola, eu usei o chuveiro... eu me movimentava, fazia a posição que eu queria. Isso sim! Mas aliviar a dor com analgesia, medicação... ninguém ofereceu, nem tentou me forçar... ninguém!

Pensando nesse aspecto, a **falta de informação e esclarecimentos** deve ser minimizada, e uma das possibilidades pode ser a divulgação dos grupos de apoio ao parto natural, além de outros meios que possam promover o conhecimento por meio da informação,

de modo que um maior número de pessoas tenha acesso. A atenção pré-natal pode ser um excelente meio para romper os muros dialógicos e promover o esclarecimento de dúvidas e mitos acerca do ciclo gravídico puerperal. As queixas de Marina, inclusive, se restringiram à falta de informação e esclarecimento durante o acompanhamento pré-natal. Suas recomendações para a melhora da assistência, versavam sobre este tema:

Eu acho que falta divulgar os grupos de apoio que tem na cidade! Porque existem, mas a gente não sabe! Porque as pessoas que não tem nada a ver com saúde, não conhecem! Essa informação não é divulgada nem nos postos de saúde, nem nos hospitais! Então eu acho que ajudaria muito também...

Só acho que no pré-natal, o médico deveria estabelecer uma conversa com o casal, né? Sobre o parto, porque a gente já começa com os medos mesmo antes de ficar grávida! E.. a gente fica muito ansiosa, pelo menos eu... eu não conversei com o meu médico, do pré-natal, mas eu já sabia o que que eu queria, mas as mulheres que vão sem saber as possibilidades de parto, o momento certo pra conversar sobre isso, acho que é no pré-natal, com o médico! E se o médico não se abrir, não se importar em perguntar, “Oi, como você está planejando o seu parto? O que vocês querem?” [...], não há espaço para conversar!

A ausência de divulgação desses grupos, associada à falta de espaços para diálogo durante o pré-natal, reforçam a ideia de que o **movimento de humanização ainda é elitizado**. De fato, uma pequena parcela de mulheres têm acesso a esse modelo de assistência, Marina, inclusive, afirma que teve acesso a esta informação porque estava inserida no contexto acadêmico e este era um assunto comum entre os seus pares:

Nos grupos só eu que era do SUS! Quando falavam do médico, todos falavam de médicos particulares ou do plano de saúde. Quando falei, “Ah o meu médico é o que estiver lá no plantão quando eu chegar!”. Era a única!

Essa experiência, que Marina se refere como boa, teve seu ápice no **primeiro encontro** com sua filha, quando finalmente pode tê-la em seus braços:

Foi a enfermeira que fez o meu parto, né? Aí, imediatamente que ela nasceu a enfermeira colocou no meu colo. Eu abracei, peguei ela, nós dois... meu esposo estava atrás de mim sentado, porque eu pari sentada numa banqueteta. Nós dois conseguimos pegá-la, acariciar, olhar... e depois a enfermeira perguntou se meu esposo queria cortar o cordão e ele cortou! Então a gente teve o nosso momento!

A seguir será apresentado a matriz final, resultado da análise de todos os elementos conjuntamente.

7 MATRIZ FINAL

De acordo com Gómez et al. (2006), a matriz final é o resultado da aplicação dos diferentes níveis de análise e é construído ao longo do processo de investigação, dado seu caráter dinâmico e flexível. Partindo do nível básico de análise, conforme proposto pela Metodologia de Investigação Comunicativa, temos como resultado deste estudo um número muito semelhante entre os elementos facilitadores e os dificultadores classificados nas duas categorias de análise, de modo que podemos inferir que, tanto o sistema de saúde vigente, quanto a cultura, no que se refere aos costumes da família e ao que se passa de geração para geração, interferem de maneira significativa nos resultados e na percepção que se tem da assistência recebida durante o ciclo gravídico puerperal.

Quadro 13 - Quadro de análise

Elementos analisados			
Elementos	Sistema	Mundo da vida	Total
Facilitadores	07	07	14
Dificultadores	07	06	13
Total	14	13	27

Fonte: Elaboração própria.

Para melhor compreender como chegamos a esse resultado, apresentaremos a Matriz final dos Elementos Facilitadores e, em seguida, a Matriz final dos Elementos Dificultadores.

Quadro 14 - Matriz final dos Elementos Facilitadores

	Mundo da vida	Nº de menções	Sistema	Nº de menções
E F L A C I M I E L N I T T O A S D O R E S	influência materna	7	mudanças no modelo de atenção no pré-natal, parto e nascimento	7
	cada parto é uma experiência única	7	apoio profissional	5
	busca de informações	6	disponibilidade para atender demandas singulares	4
	contato precoce pele a pele como facilitador do vínculo mãe-bebê	5	respeito à Lei do acompanhante no parto	3
	apoio e presença do familiar na gestação e no parto	4	disponibilidade de métodos para alívio da dor	3
	histórias satisfatórias sobre partos	2	conhecimento sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto	2
	desmistificação da dor no parto normal	1	“o salvador da pátria”	1
	Total	07	32	07

Fonte: Elaboração própria.

Embora haja um número idêntico de elementos relacionados ao mundo da vida e ao sistema, o número de menções da primeira categoria citada é superior. Este resultado nos indica que a **influência materna** e o conhecimento transmitido através de gerações em uma mesma família possui grande valor nas decisões relacionadas à vivência da gestação e parto. Em uma perspectiva dialógica, ensina-se e aprende-se a todo momento e com todos que fazem parte do meio (FREIRE, 2005a), de modo que, a opinião da mãe é tão ou mais valiosa que as informações obtidas junto à equipe da unidade onde fizeram o pré-natal. A possibilidade de aprender com o outro permite que **cada parto seja vivido como uma experiência única**, podendo proporcionar a ressignificação de vivências traumáticas.

A **busca de informações** tem um papel importante neste sentido, podendo ter como resultado a superação de obstáculos inerentes ao sistema ou à cultura preestabelecida, por meio da ação comunicativa (HABERMAS, 2012). Esta busca pode ser individual, através da internet, ou nos espaços de diálogo realizados no âmbito da saúde. Por obstáculos, neste caso, compreendemos as normas e procedimentos de rotina, os mitos em torno do parto normal e demais crenças que impedem o protagonismo da mulher e a vivência desta experiência como satisfatória.

Outro elemento que se mostrou importante nas histórias dessas mulheres, é o **contato precoce pele a pele como facilitador do vínculo mãe-bebê** (BRASIL, 2016b, 2009). De acordo com o relato das participantes, ter o bebê nos braços logo ao nascer, gerou grande satisfação, especialmente nas multíparas, que compararam este momento com o de seu(s) parto(s) anterior(es), em que não era permitido este mesmo contato com o bebê, que era levado rapidamente para ser avaliado.

O mesmo se pode dizer do **apoio e presença do familiar na gestação e no parto**, tendo em vista que a presença de alguém de confiança é comprovadamente eficaz e traz conforto emocional às mulheres em estado de parturição (SOUZA; DIAS, 2010; SANTOS; NUNES, 2009). As **histórias satisfatórias sobre partos** também podem contribuir para a **desmistificação da dor no parto normal**, trazendo incutido o princípio da universalidade da linguagem e da ação (GÓMEZ et al., 2006), haja vista que conhecer essas histórias pode contribuir para a vivência satisfatória do parto de outras mulheres.

Quanto aos elementos facilitadores relacionados ao sistema, aquele que recebeu mais menções foi **mudanças no modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento**. Estas mudanças foram percebidas no atendimento ao longo de todo o ciclo gravídico puerperal, sobretudo para aquelas que fizeram o acompanhamento pré-natal em USF. Os grupos de gestantes realizados nestas unidades ofereceram uma rede de apoio à essas mulheres, promovendo conhecimento de forma dialogada, tal qual como foi proposto por Freire (2005). Estes espaços de diálogo são muito potentes e devem ser explorados neste sentido, tendo em vista que cada sujeito é capaz de refletir sobre sua realidade e promover mudanças a partir do conhecimento adquirido (GÓMEZ et al., 2006).

Um dos agentes responsáveis por esta mudança no modelo de atenção é o profissional de saúde, de modo que a qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras da maternidade, por exemplo, foi mencionada diversas vezes neste estudo, o que nos sugere que a enfermeira obstétrica é qualificada para realizar o acompanhamento das gestantes de risco habitual, resgatando o parto normal como evento fisiológico (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010;

PRATA; PROGIANTI, 2013).

Este **apoio profissional** pode ser percebido por meio da **disponibilidade para atender demandas singulares**, de modo que o cuidador não tenha uma atitude verticalizada e entenda a mulher como parte importante do processo (MIRANDA; BARROSO, 2004).

O respeito à **lei do acompanhante de parto** e a **disponibilidade de métodos para alívio da dor**, também foram apontados pelas participantes como aspectos positivos na assistência. Ambos trazem diversos benefícios à mulher em estado de parturição e favorecem a satisfação durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016b), assim como o **conhecimento sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto**. Em virtude do medo ou insegurança, a escolha pelo tipo de parto às vezes é delegada a outra pessoa, que pode ser alguém da família ou o próprio médico, que é percebido como alguém que sabe qual é a melhor decisão a ser tomada para preservar a saúde da mãe e do bebê. Melchiori et al. (2009), apontam que a falta de conhecimento pode levar a parturiente a permitir que lhe digam o que fazer, no que tange à decisão pela melhor via de parto.

Desta forma, “o salvador da pátria” nos mostra o médico obstetra como o sujeito que vai libertar a parturiente do sofrimento. Embora tenha sido percebido como um elemento facilitador, tradicionalmente, a relação médico-paciente é verticalizada (o que pode acontecer com todos os profissionais da saúde), onde ele é o detentor do saber e o educando, no caso, a mulher em trabalho de parto, é mero objeto, tal qual na educação bancária proposta por Freire (2005). Neste momento, a mulher se encontra vulnerável a uma série de situações que podem caracterizar a relação oprimido-opressor, expressa pelo autor citado. A comunicação, portanto, quando tem apenas a pretensão de poder, por parte da equipe de saúde, não é capaz de promover o empoderamento dos usuários (FLECHA; RUIZ; VRECER, 2013), tornando-se necessário pensar em alternativas que possam humanizar as relações no âmbito da saúde.

Diversas estratégias podem ser utilizadas para este fim, dentre elas podemos elencar: o oferecimento de um ambiente aconchegante para a parturiente e seu acompanhante, livre deambulação, a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, entre outros. Para além do trabalho de parto e parto, é necessário também investir em educação em saúde, visando uma prática libertadora e crítica, de modo que as mulheres possam ser empoderadas para que sejam protagonistas de seus partos (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Quadro 15 - Matriz final dos Elementos Dificultadores

	Mundo da vida	Nº de menções	Sistema	Nº de menções
E D I F I C I L T A D O R E S	inseguranças e medos com relação ao parto	11	desumanização e descompromisso na assistência obstétrica	13
	vivendo um trabalho de parto e pós-parto doloroso e sofrido	04	falta de informação e de esclarecimentos sobre gestação e parto	12
	histórias insatisfatórias sobre partos	04	não atendimento às necessidades individuais	04
	vivendo incômodos e preocupações durante a gestação e o parto	03	falta de autonomia na escolha do tipo de parto	04
	dificuldades na transição para a maternidade	02	falta de incentivo e apoio à amamentação	3
	a dor delas também dói em mim	01	Ambiência	02
	falta de apoio materno	01		
	Total	07	27	06

Fonte: Elaboração própria.

Assim como na matriz anterior, encontramos um equilíbrio entre os elementos dificultadores categorizados como mundo da vida e sistema. Estes dados, mais uma vez, demonstram que a linha que separa a esfera privada (mundo da vida) da sociedade (sistema) com suas normas e regras, é muito tênue, de modo que um influencia o outro.

Como foi feito anteriormente, iniciaremos a análise dessa matriz pelos elementos relacionados ao mundo da vida. Sendo assim, aquele que recebeu o maior número de menções foi **inseguranças e medos com relação ao parto**, o que implica em dizer que os mitos em torno do parto ainda tem levado mulheres a fazer escolhas baseadas neste sentimento, perpetuando a cultura de sofrimento do parto normal. De acordo com Bezerra e Cardozo (2006), as conversas sobre parto são transmitidas através das gerações em uma família e podem suscitar o medo nas gestantes, especialmente no que se refere a dor do parto. A família revela-se, então, um importante meio para a disseminação de informações relacionadas ao tema (SILVA; RIBEIRO; COSTA, 2011), fazendo-se necessário incluí-la nesse processo,

especialmente durante o pré-natal.

Os relatos obtidos neste estudo nos mostram que as **histórias insatisfatórias sobre parto** reforçam e perpetuam a **vivência de um trabalho de parto e pós-parto doloroso e sofrido**. Melchiori et al. (2009) então, nos apontam algumas estratégias para resolver esta questão, por exemplo, oferecer uma assistência pré-natal adequada, que forneça às gestantes informações claras e atualizadas sobre o ciclo gravídico puerperal, que lhes dê subsídios para fazer uma escolha consciente baseada no conhecimento adquirido. Pensando nessa perspectiva, Chagas et al. (2009) recomendam que o profissional em saúde deve abandonar o tecnicismo e adotar uma postura empática e respeitosa, oferecendo um cuidado que permita a reflexão junto às usuárias e quiçá, possa ser emancipadora.

Além dos aspectos inerentes à prática dos profissionais que acompanham a gestante, os **incômodos e preocupações vividos durante a gestação e o parto** podem ser agravantes e potencializar o sofrimento. Esta fase, repleta de transformações, exige um período de adaptação e quando não vem acompanhada de compreensão e apoio, poderá ser percebida enquanto um fardo (STRAPASSON; NEDEL, 2010), e como resultado, **poderão ocorrer dificuldades na transição para a maternidade**, que podem estar associadas à insegurança com relação à capacidade para cuidar do filho recém-nascido, que por si só é um agente estressor. Desse modo, torna-se importante propiciar um contexto favorável que ofereça a nova mãe uma vivência harmoniosa para exercer o seu papel (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012), desta forma, a rede de apoio desta mulher se faz necessária neste momento.

Um outro elemento dificultador que marcou algumas histórias, foi **“a dor delas também dói em mim”**, que nos leva a pensar em diversos aspectos da atenção, entre eles a questão da ambiência (BRASIL, 2011). O fato de não ter a privacidade necessária, deixa as parturientes vulneráveis e expostas a tudo o que ocorre à sua volta. O sofrimento alheio, em virtude de uma situação de aborto, ou trabalho de parto prolongado, pode afetar a vivência das mulheres.

Neste sentido, a falta de sensibilidade, o descaso médico e o preconceito de classe social, legitimam uma hierarquia rígida que se faz presente na relação médico-paciente. Caron e Silva (2002), refere que é comum a crença entre os profissionais, de que as pacientes de classe econômica mais baixa são naturalmente ignorantes, o que os leva a agir de modo autoritário, para impor respeito. Segundo Leal et al. (2014b), o excesso de tecnicismo e ausência de empatia levam à **desumanização e o descompromisso na assistência obstétrica**. Sendo assim, simples modificações nas práticas assistenciais não fazem sentido se não forem

acompanhadas de mudanças nas atitudes e na relação entre profissionais e usuárias.

Essa relação verticalizada pode culminar na **falta de informação e de esclarecimentos sobre a gestação e o parto**, que foi mencionada 12 vezes, e nos revela que, diferentemente do que é recomendado na PHPN (BRASIL, 2000) e na Rede Cegonha (BRASIL, 2011), as mulheres não recebem informações referentes às boas práticas e cuidados obstétricos adequados (LEAL et al., 2014b) na atenção primária, de modo que suas incertezas, juntamente com a banalização do sofrimento, dão espaço à cultura de pessimização do parto (DINIZ, 2009).

É importante ressaltar que a simples transmissão de informação não é suficiente para romper os muros anti dialógicos, que são uma espécie de barreira entre a cultura dominante (o saber médico) e o conhecimento prévio das usuárias do serviço. Embora as mulheres que participaram deste estudo afirmem que receberam informações acerca da gestação e o parto durante o pré-natal, estas eram superficiais e não foram capazes de promover o empoderamento. Deste modo, o saber médico é legitimado e enaltecido, preservando o status da cultura dominante e desqualificando o conhecimento prévio das usuárias (FLECHA, 1997).

De acordo com o relato das participantes da pesquisa, a consulta de pré-natal realizada nas UBSs se resume à medição da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais, não havendo espaços de escuta atenta e, em virtude disso, as mulheres não são orientadas no pré-natal de que é um direito ser informada sobre os procedimentos que serão realizados.

Esses dados dizem respeito a uma assistência que, apesar das melhorias apontadas pelas participantes deste estudo, ainda trazem arraigado uma naturalização dos maus tratos, que ocorrem sob a forma de ameaças e reprimendas, com o intuito de disciplinar a mulher em parturição (MACHADO, 2016). Sendo assim, “[...] o controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, [...] fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher” (LEAL et al., 2014b, p. 29), o que justifica a presença do elemento não atendimento às necessidades individuais.

Algumas mulheres relataram que é comum a realização de indução quando se é admitida na instituição antes de entrar em trabalho de parto. Segundo Leal et al. (2014b), neste contexto, elas ficam mais expostas às rotinas hospitalares e são encaminhadas para a cesárea. Estas indicações, por vezes, são tão sutis (e inadequadas) que aparentam ser uma escolha da mulher, que já exausta, concorda com a sugestão do obstetra de fazer a cirurgia.

De acordo com a percepção das mulheres entrevistadas, a indicação de cesárea como último recurso foi vista, pelas mulheres que tinham preferência pela cesárea, como **falta de**

autonomia na escolha do tipo de parto. Essa percepção se baseou no diálogo estabelecido entre seus pares e/ou vinculada à experiência prévia. Embora no setor público as taxas de cesariana sejam menores, sobretudo entre as mulheres menos escolarizadas e não brancas; dicotomicamente, na saúde suplementar, o número de cesáreas é maior e acomete principalmente as mulheres com maior nível de escolaridade (LEAL et al., 2014b). Estes dados dão às mulheres participantes deste estudo, a falsa impressão de que na saúde suplementar tem-se o direito de escolha e que àquelas que não podem arcar com as despesas da cirurgia devem tolerar o sofrimento proveniente do parto normal.

Os descasos e descompromissos apontados anteriormente não se restringem ao parto. A ausência de sensibilidade às necessidades individuais da mulher no pós-parto também foi manifestada e denominada como **falta de incentivo e apoio à amamentação**. Boccolini et al. (2011), sugerem que as mães podem ter pouca autonomia, no que se refere à decisão de amamentar seu filho na primeira hora de vida, ficando refém das práticas institucionais, que, como dito anteriormente, não permitem a individualização no cuidado. Conforme salientam Caminha et al. (2010) e Belo et al. (2014), embora o incentivo à amamentação seja reconhecido mundialmente enquanto uma prioridade, os resultados obtidos estão muito aquém dos esperados e, a amamentação na primeira hora de vida ainda é uma meta a ser alcançada.

Outro aspecto enfatizado pelas mulheres e que merece a devida importância foi a **ambiência**, em especial pela falta de privacidade e excesso de exposição no parto. Enquanto política de saúde é uma “[...] estratégia para qualificação da atenção obstétrica e neonatal e implementação das práticas assistenciais baseadas em evidências científicas” (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2012) e das recomendações da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2008), de modo que ofereça às mulheres em parturição um ambiente que deveria proporcionar a privacidade que necessita.

8 LISTA DE RECOMENDAÇÕES

A lista de recomendações para a melhora do atendimento ao binômio “mãe-bebê” foi elaborada em um grupo de discussão comunicativo - GDC, que é indicado para estudos que pretendem descrever e compreender as percepções sobre uma determinada situação. Por meio dele, é possível obter informações exaustivas sobre as necessidades, interesses e preocupações de um determinado grupo social (GÓMEZ et al., 2006). Segundo Flecha, Gómez e Puigvert (2001), as experiências subjetivas das pessoas, expressas por elas mesmas, são imprescindíveis para o conhecimento de suas ações.

Contamos com o apoio da ACS que nos indicou as mulheres que participaram do estudo e que são atendidas pela unidade onde atua. Foi solicitado à ela que fizesse o contato, convidando-as a participar do grupo, no dia e horário que havia sido previamente combinado. Das três mulheres que participaram do estudo, apenas duas (Leonilda e Elisabeth) puderam comparecer ao encontro. De acordo com a Metodologia de Investigação Comunicativa, o GDC deve ser natural, ou seja, composto por pessoas que já se conhecem e que se reúnem para realizar atividades em conjunto (GÓMEZ et al., 2006).

Deste modo, estiveram presentes Leonilda, Elisabeth, a pesquisadora e sua orientadora. Todos os membros do grupo participam por meio de um diálogo igualitário, que é horizontal e subjetivo, de maneira que todos os argumentos apresentados possuem igual valor. As pesquisadoras, por sua vez, não negam sua bagagem científica, mas compartilham seu conhecimento em modo de igualdade (GÓMEZ et al., 2006).

Diante desta perspectiva, a potência da metodologia adotada está no diálogo que é capaz de despertar o senso de responsabilidade, no sentido de que cada sujeito é capaz de promover mudanças no seu entorno, a partir de sua reflexão e ação. Trata-se de pensar em conjunto em soluções para os problemas compartilhados por meio de consenso.

Para darmos início à discussão, realizamos acordos que diziam respeito ao sigilo e à participação no grupo, retomamos os objetivos da pesquisa e as etapas pelas quais elas já haviam participado (relato comunicativo e um segundo encontro para validação dos dados analisados) e trouxemos os elementos elencados na “Matriz dos elementos dificultadores”, conforme o roteiro do GDC (Apêndice D). A partir destes elementos, iniciamos o diálogo que deu origem à lista de recomendações.

A lista resultou em 46 propostas que visam a melhora no atendimento ao parto e nascimento. Estas propostas serão apresentadas a seguir, agrupadas em blocos temáticos para

facilitar a compreensão e análise:

8.1 Questões de Gênero e Participação do Pai

- Licença paternidade ampliada;
- Responsabilização do pai;
- Divisão de tarefas;
- Participação mais ativa do pai nos cuidados com o bebê;
- Favorecer a participação dos pais com relação aos cuidados com o bebê;
- Participação do pai durante o pré-natal;
- Flexibilização do horário de trabalho do pai para participar do pré-natal;
- Postura empática do pai;
- Observar se nossas atitudes afastam o parceiro dos cuidados com o bebê;
- Atitude mais acolhedora com relação ao desejo do parceiro de cuidar do bebê;
- Ensinar aos filhos, de ambos os sexos, que devem colaborar com as tarefas domésticas;
- Valorizar a participação do parceiro;
- Utilizar o diálogo como forma de resolver conflitos e tomar decisões;
- Participação do parceiro durante o parto.

Com 14 itens, o bloco nomeado como **Questões de gênero e participação do pai** foi o que recebeu mais propostas. As participantes abordaram temas sobre a necessidade de flexibilização da jornada de trabalho, para que seu parceiro pudesse acompanhá-la nas consultas de pré-natal, a ampliação da licença paternidade e divisão de tarefas, para que ele também pudesse viver este momento plenamente e de modo ativo. A sociedade está acostumada com um homem que não se envolve no período gestacional e pouco se interessa pelo bebê após o nascimento, de modo que os serviços de saúde não estão habituados a acolher pais que se interessam com os cuidados do recém-nascido e se dirigem apenas às mães quando falam do assunto. Entretanto, a presença do pai é de extrema importância, tanto para a mãe, quanto para o bebê, sendo um fator de proteção associado a outros indicadores (TONELI et al., 2011).

8.2 Conhecimentos Sobre o Ciclo Gravídico-Puerperal

- Fornecer informações sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto;
- Oferecer um espaço de diálogo, em grupo ou no atendimento individual, em que seja possível falar de suas angústias e esclarecer dúvidas;
- Apresentar os direitos das gestantes;
- Na maternidade, receber informações sobre a evolução do trabalho de parto;
- Prestar esclarecimentos (equipe de saúde) com relação aos procedimentos adotados;
- Receber orientações a respeito de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o pré-natal;
- Compartilhar histórias sobre a experiência de parto em grupo;
- Possibilidade de escolher o tipo de parto;
- Não dar ouvidos às histórias trágicas de parto.

Embora tenham dito que receberam informações na unidade onde fizeram o pré-natal, o conhecimento adquirido não foi suficiente para empoderá-las, de modo que 9 das recomendações dizem respeito à **Conhecimentos sobre o ciclo gravídico-puerperal**. A impessoalidade no atendimento da maternidade e a superficialidade das consultas médicas não permitem o aprofundamento e o esclarecimento das dúvidas que permeiam o imaginário da mulher, sendo necessário desenvolver programas educacionais, aulas de preparação para o parto, com o intuito de reduzir o desconforto emocional das mulheres e aliviar o stress (ASKARI et al., 2014).

8.3 Ética Profissional

- Médico não deve adotar um tom ameaçador ao conversar com a mulher;
- Atendimento pautado na ética;
- Formação profissional deve valorizar aspectos éticos;
- Receber atendimento respeitoso independente de raça, classe social ou crença religiosa.

Questões como preconceito de classe e desrespeito durante o atendimento foram elencados enquanto elementos que dificultaram a experiência de parto destas mulheres. A coerção praticada pelo médico através de um tom ameaçador, por exemplo, pode conduzi-las

a uma cesárea desnecessária. Conforme nos mostra D’Orsi et al. (2014), mulheres com baixo nível socioeconômico e de escolaridade estão mais vulneráveis a este tipo de violência. Neste sentido, elas sugerem que a formação em medicina valorize os aspectos éticos, para que o atendimento prestado seja respeitoso.

8.4 Respeito à Mulher

- Respeitar as escolhas da mulher;
- Atendimento individualizado, de acordo com as necessidades da mulher;
- Escuta qualificada por parte da equipe de saúde;
- Tratamento respeitoso por parte da equipe;
- Tratamento respeitoso em situação de aborto.

O excesso de protocolos, por vezes impede que o profissional de saúde esteja disponível para atender às demandas de cada mulher, reforçando a ideia de impessoalidade e falta de empatia. Neste sentido, é importante que a equipe esteja em formação permanente para oferecer às usuárias um atendimento de qualidade (FAYE; NIANE; BA, 2011), baseado nas mais recentes evidências científicas e as recomendações da OMS e MS.

8.5 Ambiência

- Privacidade na hora de abordar assuntos íntimos;
- Privacidade no trabalho de parto;
- Setorizar os espaços na maternidade (mulheres em trabalho de parto, mulheres em situação de aborto e etc);
- Espaço adequado para mulher em trabalho de parto.

Ambiente físico e relações interpessoais devem visar uma atenção acolhedora e ações humanizadas e implica, entre outras coisas, em um ambiente adequado, que ofereça privacidade e permita que a mulher em estado de parturição fique à vontade (ANVISA, 2008).

8.6 Mecanismos de Proteção

- Fazer denúncias de maus tratos e violência obstétrica na ouvidoria;

- Divulgar os mecanismos de proteção contra o desrespeito ao direito à saúde;
- Atendimento respeitoso independente da equipe que está de plantão.

Quando a violência sofrida é implícita, às vezes é difícil identificá-la como tal e quando isto ocorre, torna-se necessário conhecer os órgãos competentes para registrar a denúncia. Para isso, é importante exigir a cópia do prontuário junto à instituição de saúde onde foi atendida, sendo normalmente cobrado o valor referente aos custos das cópias. A seguir, deve-se procurar a Defensoria Pública, independentemente de ter usado o serviço público ou privado, além de ligar para o 180 (Violência contra a Mulher) ou para o 136 (Disque Saúde)¹⁶.

8.7 Presença do Acompanhante

- Ter uma pessoa significativa como acompanhante;
- Poder levar quantos acompanhantes quiser durante o parto.

De acordo com a Lei do acompanhante (BRASIL, 2005), a parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. D’Orsi et al.(2014) nos revela que as mulheres que puderam contar com a presença de um acompanhante de sua escolha durante o parto tendem a avaliar melhor sua experiência e a relação estabelecida com os profissionais de saúde.

8.8 Influência do Estado Emocional

- Sair de relacionamentos abusivos;
- Amor e valorização de si, como fatores de proteção.

Elas reconheceram que o estado emocional influencia diretamente na percepção que temos acerca da experiência de parto e que algumas medidas podem ser tomadas para que a situação não se agrave.

¹⁶ Cf. São Paulo (2013).

8.9 Empoderamento

- Ocupar de espaços de discussão e de educação em saúde;
- Participação ativa da comunidade.

A tomada de consciência de que as mudanças necessárias estão ao alcance das nossas mãos, nos permite perceber que a inclusão social de cada indivíduo está condicionada ao conhecimento que possui (FLECHA; GOMÉZ, PUIGVERT, 2001). Neste sentido, a discussão em torno de práticas humanizadas na assistência obstétrica descortina um universo pouco conhecido entre essas mulheres e dá margem para a busca de informações.

8.10 Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor

- A maternidade deve disponibilizar métodos como o rebozo¹⁷ ou barras onde se possa segurar, por exemplo;

Mais do que oferecer métodos não farmacológicos para alívio da dor, é importante que as mulheres saibam como e porque estão utilizando-os. Quando são meramente prescritivos, deixam de ser reconhecidos pelas usuárias como um método eficiente e, considerando a importância dada à dor do parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006), torna-se importante dedicar atenção especial a este tema.

A última recomendação diz respeito à presença do estagiário na atenção obstétrica e da necessidade de que ele seja acompanhado por preceptor.

Na elaboração desta lista de recomendações, podemos acompanhar na prática o modo de agir da Metodologia de Investigação Comunicativa, dando voz aos sujeitos que vivenciam a realidade estudada. Mesmo não sendo especialistas, sua experiência cotidiana lhes permite questionar sua realidade e se colocar como membros ativos de sua comunidade.

¹⁷O **rebozo** é uma faixa de tecido de algodão resistente que se torna um instrumento poderoso para a mulher direcionar sua força enquanto se agarra ao tecido mantido com firmeza pela doula, marido ou outro acompanhante.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos e analisados nos revelam que há avanços na assistência ao parto no município onde foi realizado o estudo, tanto na atenção primária, quanto na maternidade. Sob o respaldo de leis e recomendações do MS, o direito ao acompanhante, o contato pele a pele com o bebê logo ao nascer e a adoção de métodos que são cientificamente comprovados como mais eficazes em tornar a experiência do parto mais satisfatória, têm sido frequentemente utilizados.

Entretanto, em meio aos aspectos positivos elencados pelas participantes, há uma série de questões que precisam ser revistas, especialmente no âmbito das relações. Estas ainda são permeadas por um ideário de valores que mantém o profissional de saúde em um nível hierarquicamente superior, de maneira que qualquer demonstração de respeito às usuárias do serviço é percebido por elas como gentileza, demonstrando que não há nesse olhar a perspectiva do direito ao acesso à assistência de qualidade que compreende a mulher como protagonista. Embora as equipes tenham adotado práticas recomendadas, as usuárias se queixam do modo como são tratadas, praticamente anulando os benefícios citados anteriormente.

No diálogo entre a pesquisadora e as participantes, as queixas em relação ao atendimento pré-natal foram recorrentes, sobretudo entre as mulheres que fizeram o acompanhamento em uma UBS. A ausência de diálogo e de um espaço de acolhimento são comuns nestes equipamentos e dão margem para uma atenção tecnicista e impessoal.

Por sua vez, o atendimento realizado nas USF's está mais próximo das recomendações do MS e OMS. A proximidade dos ACSs com a população atendida, bem como de toda equipe de saúde, pode ser um dos fatores que tornam a avaliação das usuárias como positiva. Os grupos de gestantes realizados nestes espaços fomentam discussões que desmistificam uma série de questões relacionadas ao ciclo gravídico puerperal. A atenção primária então, nos revela elementos facilitadores e dificultadores do sistema.

Do mesmo modo, a influência materna interfere de modo significativo na relação que mulheres estabelecem com este período de suas vidas, o que implica em dizer que mulheres cujas mães foram submetidas a um atendimento desrespeitoso tendem a perceber a experiência de parto como algo traumático.

Quanto às recomendações para uma assistência mais adequada ao binômio mãe-bebê, vários aspectos que diziam respeito à presença do pai ao longo de todo o ciclo gravídico puerperal foram mencionados, podendo tornar esta experiência mais satisfatória. Para que isto

ocorra, no entanto, há a necessidade de flexibilização nas leis trabalhistas, de modo que permita que o parceiro esteja disponível para comparecer às consultas de pré-natal, além de ter a licença paternidade ampliada.

Foram também elencadas questões sobre a necessidade de mudanças quanto ao tratamento prestado pela equipe das unidades básicas, ao desejo de ter autonomia quanto à decisão pela melhor via de parto, à necessidade de receber informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, bem como de ter espaços para discussões sobre o tema, além do desejo de se sentir acolhida e cuidada, tanto na maternidade quanto na unidade onde o pré-natal foi realizado.

Sendo assim, embora tenhamos um avanço em termos de assistência ao parto, esta ainda apresenta fragilidades e necessitam de mudanças de estratégia para que atenda a todos os requisitos mínimos. Neste sentido, a ausência de integralidade nas ações entre os serviços, tem colocado em risco a qualidade do atendimento prestado. Sem referência e contrarreferência e com uma assistência centrada na figura do médico, mesmo nos casos de risco habitual, a usuária é submetida a um cuidado que não atende às suas demandas.

REFERÊNCIAS

- ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA [ANVISA]. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 36/2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF, 3 jun. 2008. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- ASKARI, Fariba et al. Exploring women's personal experiences of giving birth in gonabad city: a qualitative study. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v.6, n. 5, p. 46-54, 2014.
- BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.
- BELO, Mércia Natália Macêdo et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p. 65-72, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2016.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561-71, 2005.
- BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moeira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, p.7.

BRASIL, Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**, Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p.109.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Governo Federal. **OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013**. Brasília: Portal Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto parto adequado**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agente comunitário de saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 10 set. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**: relatório de recomendação. Brasília, DF: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2017.

BROWN, Maria; GONZÁLEZ GÓMEZ, Aitor; PASCUAL MUNTÉ, Ariadna. Procesos dialógicos de planificación de los servicios sociales: el proceso de cambio en los barrios de La Milagrosa y La Estrella (Albacete). **Scripta Nova**: revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Barcelona, v. 17, n. 427, p. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-427/sn-427-6.htm>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

BUSSADORI, Jamile Claro de Castro. **Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto**. 142 f. 2009. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.310-315, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 set.2016.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 25-37, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 set. 2016.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p.49-59, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2016.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 set. 2016.

CHAGAS, Natália Rocha et al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a Enfermagem. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 15, n. 2, p. 35-40, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2017.

COSTA, Susanne Pinheiro; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; SANTOS, Carmelita; GONCALVES, Raquel Menezes. Conceptions about motherhood, childbirth and breastfeeding in group of pregnancies. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2016.

D'AMBRUOSO, Lucia; ABBEY, Mercy; HUSSEIN, Julia. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. **BMC Public Health**, London, v. 5, n. 1, p. 140, 2005.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, 2009; v. 19, n. 2, p. 313-326.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea?:** o que toda mulher deve saber: e todo homem também. São Paulo: Ed. da Unesp, 2004.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl. 1, p.S154-S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FAYE, Adama; NIANE, Mariama; BA, Ibrahim. Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: contributory factors in a developing country. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Malden, v. 90, n. 11, p. 1239-1243, 2011.

FERNANDES, Luciana. Indução do trabalho de parto: parte II. **Parir e Nascer**, Rio de Janeiro, out. 2013. Disponível em: <<http://parirenascer.blogspot.com.br/2013/10/inducacao-do-trabalho-de-parto-parte-ii.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

FERREIRA, Fernando Henrique. **Dialogando sobre paternidade e cuidado em saúde:** a perspectiva comunicativa crítica. 138 f. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 203-217, 2012.

FLECHA, Ainhoa; RUIZ, Laura; VRECER, Natalija. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. **Scripta Nova:** revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Barcelona, v.17, n. 427, 2013. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm>> Acesso em: 2 dez. 2014.

FLECHA, Ramón. **Compartiendo palabras:** el aprendizaje de las personas adultas através del diálogo. Barcelona: Paidós, 1997.

FLECHA Ramón; GOMÉZ, Jesús; PUIGVERT, Lidia; **Teoría sociológica contemporánea**. Barcelona: Paidós Ibérica, 2001.

FLECHA, Ramón; SOLER, Marta. Turning difficulties into possibilities: engaging Roma families and students in school through dialogic learning. **Journal of Education**, Cambridge, v. 43, n. 4, 451-465, 2013.

FREIRE, Paulo. **À sombra desta mangueira**. São Paulo: Olho d'Água. 2005a

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005b.

GÓMEZ, Aitor; HOLFORD, John. Contribuciones al éxito educativo desde la metodología comunicativa. **Revista Educación y Pedagogía**, Medellín, v. 22, n. 56, p.21-29, 2010.

Disponível em:

<<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaey/article/viewFile/9817/9016>>

Acesso em: 2 dez. 2014.

GÓMEZ, Aitor; PUIGVERT, Lidia; FLECHA Ramón. Critical communicative methodology: informing real social transformation through research. **Qualitative Inquiry**, Thousand Oaks, v. 17, n. 3, p. 235-245, 2011.

GÓMEZ, Aitor; SILES, Gregor; TEJEDOR, Maria. Contributing to social transformation through communicative research methodology. **QRE-Qualitative Research in Education**, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 36-57, 2012. Disponível em:

<<http://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/286/282>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GÓMEZ, Jesús et al. **Metodologia comunicativa crítica**. Barcelona: El Roure Ed., 2006.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. v.1.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Ambiência para parto e nascimento**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/2012/04/05/ambiencia-para-parto-e-nascimento/>>. Acesso em: 8 set. 2016. Não paginado.

INSTITUTO PAULO FREIRE. **Paulo Freire, patrono da educação brasileira**. Disponível em: <https://www.paulofreire.org/paulo-freire-patrono-da-educacao-brasileira>. Acesso em: 10 set. 2016.

LAGOMARSINO, Betina Soares et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. **REME -Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 680-694, 2013.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, Maria Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 set. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, S5, 2014a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 set. 2016.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.166-174, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2015.

LOPES, Caroline Vasconcellos et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16178>. Acesso em: 19 maio 2015.

MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. **Violência obstétrica**: sob a percepção das mulheres que a vivenciaram. 154 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

MELCHIORI, Lígia Ebner et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MELLO, Roseli. Metodologia de investigação comunicativa: contribuições para a pesquisa educacional na construção de uma escola com e para todas e todos. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 29., 2006, Caxambu. **Anais...** Rio de Janeiro: Anped, 2006. p.1-17.

MELO, Camila Pimentel Lopes de. (Des)hierarquizando os saberes: o protagonismo da mulher no parto. In: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA, 4; REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORTE E NORDESTE, 13., 2013, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, 2013.

MENDONÇA, Sara Sousa. Uma análise das denúncias a uma maternidade pública humanizada: dilemas da humanização: século XXI. **Revista de Ciências Sociais**, Rio Grande do Sul, v.4, n. 2, p.217-241, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/seculoxxi/article/view/17044/10328>. Acesso em: 27 maio de 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 2013.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-642, 2004.

NOBRE, Marcos. **Curso livre de teoria crítica**. Campinas: Papyrus, 2008.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. New York: ONU, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008. Disponível em: ≤ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292008000100013&script=sci_abstract&lng=pt ≥. Aesso em: 9 set. 2016.

PEOPLES-SHEPS, Mary D. et al. Prenatal records: a national survey of content. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 164, n. 2, p. 514-521, 1991.

PEREIRA, Letícia Magalhães. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 70-78, 2016.

PRATA, Juliana Amaral; PROGIANTI, Jane Márcia. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-28, 2013.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2014.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 582-588, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2015.

SANTOS, Rafaela Ayanne Alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, Ceará, Ano IX, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>>. Acesso em: 27 maio 2015.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Publica do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 set. 2016.

SILVA, Hesley Machado; RIBEIRO, Camila Danielle; COSTA, Angélica Rodrigues. Acompanhamento de gestantes: nível de informação e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. **Conexão Ciência**, Formiga, v. 6, n. 1, p. 32-40, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/testeconexaociencia/article/viewFile/45/73>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, p. 2783-2794, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2015.

SOME, Télesphore D.; SOMBIE, Issiaka; MEDA, Nicolas. Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: a qualitative study. **Reproductive Health**, London, v. 8, n. 3, p. 1-7, 2011.

SORDÉ, Teresa; FLECHA, Ramón; MIRCEA, Teodor. El pueblo gitano: una identidad global sin territorio. **Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales**. Barcelona, v. 17, n. 427, 2013. Disponível em: <<http://www.raco.cat/index.php/ScriptaNova/article/view/261501/348730>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **Femina**, São Paulo, v.38, n. 4, p.195-201, abr. 2010.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 493-499, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2015.

STRAPASSON, Márcia Rejane; NEDEL, Maria Noemia Birck. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.

TONELI, Maria Juraci Figueiras et al. Exercícios e atribuições da paternidade: pequeno balanço de uma década de pesquisa. In: TONELI, Maria Juracy Figueiras et al. **O Pai está esperando?** políticas públicas de saúde para gravidez na adolescência. Florianópolis: Ed., 2011. p.125-148.

VALLE, Rogério. **A teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas**. Tradução do primeiro capítulo da tese La Théorie de l'agir communicatif face aux apports d'une sociologie comparative des organisations. Universidade Paris V - Sciences Humaines Sorbonne, junho 1989. Disponível em: <http://www.academia.edu/5750298/Teoria_do_Agir_Comunicativo_A_TEORIA_DO_AGIR_COMUNICATIVO_DE_J%C3%9CRGEN_HABERMAS>. Acesso em: 10 ago. 2016.

VARGENS, Otávio Muniz da Costa, PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1: p. 46-50, 2004.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 set. 2016.

ZORZAM, Bianca A. de O. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.

GLOSSÁRIO

Bolsa rota: rompimento da bolsa das águas onde fica o bebê.

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

Distócias: São dificuldades encontradas na evolução de um trabalho de parto, tornando-o difícil, impossível ou perigoso para a mãe e para o feto.

Enema: lavagem intestinal.

Episiotomia: incisão cirúrgica realizada com bisturi ou tesoura no períneo da mulher durante a expulsão do feto.

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.

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

Parto normal: parto por via vaginal.

Posição de litotomia: posição ginecológica.

Tricotomia: raspagem dos pelos pubianos.

Violência obstétrica: nome dado às intervenções realizadas durante o parto sem a permissão da mulher.

Pródromos: fase caracterizada por contrações irregulares, de frequência e intensidade variáveis, que podem durar dias. Para algumas mulheres é quase imperceptível.

Livre deambulação: Ação ou efeito de deambular; andar ou caminhar despreziosamente.

Indução: resume-se à administração de medicamentos que estimulem as contrações do útero, para que o colo do útero comece a dilatar e assim permitir a passagem do bebê pelo canal vaginal.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, _____, está sendo convidada para participar da pesquisa “**A experiência do parto no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a percepção das mulheres**”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar. O objetivo geral deste estudo é compreender os elementos que podem facilitar e/ou dificultar as experiências de parto no SUS. O objetivo específico é identificar a trajetória de busca das mulheres para concretizar o desejo do parto humanizado e o impacto desta experiência na identidade materna, além de sugerir melhorias na assistência prestada à mãe e o bebê. Os objetivos serão alcançados somente por meio de sua participação. Você foi escolhida por ter mais de 18 anos e ter o seu parto realizado pelo Sistema Único de Saúde de São Carlos/SP. Sua participação não é obrigatória e não haverá gastos financeiros e consistirá em participar de uma “conversa” em quatro momentos, sendo dois entre você e a pesquisadora, denominados relatos comunicativos, e um ou dois encontros em grupo, denominados grupos de discussão comunicativa, juntamente com outras mulheres, que também tiveram seus filhos pelo SUS. O primeiro e segundo momentos serão realizados em locais escolhidos por você, onde se sinta confortável e haja privacidade. O local do terceiro e quarto momento serão escolhidos por todos os participantes, caso não haja consenso, a pesquisadora indicará algumas opções como: centros comunitários, unidades de saúde ou universidade. Nos momentos em grupo, a pesquisadora fará acordos entre os participantes para que haja respeito e ética durante e após a conversa em grupo, bem como conduzirá a conversa de forma que cada pessoa possa expressar livremente suas ideias, sem julgamentos. Com sua autorização, estas “conversas” serão gravadas em áudio, com gravador digital. *Os riscos presentes em sua participação envolvem* constrangimentos por falar de assuntos pessoais, seja somente na presença da pesquisadora, seja no grupo e a necessidade de ter um tempo do seu dia para participar das conversas. Caso você se sinta constrangida nas conversas individuais ou em grupo poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou penalidades a você. Em caso de necessidade de auxílio psicológico ou de outro tipo você será encaminhada a rede de atenção do município. Os benefícios serão de ordem pessoal, na medida em que relatando sua experiência terá a oportunidade de ser *auxiliada a processar experiências dolorosas e de ordem coletiva poderá compartilhar* com outras mulheres. Em

nível da assistência, suas informações ajudarão a melhorar a atenção prestada no parto e nascimento, de forma a tornar essa experiência gratificante e enriquecedora para todas as mulheres e famílias atendidas no SUS. A sua participação na pesquisa será sigilosa, as informações obtidas serão confidenciais e os dados coletados serão publicados de maneira que não permitam a sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo que contém informações e o telefone da pesquisadora e da orientadora, podendo entrar em contato com os mesmos a qualquer momento, para esclarecimento de dúvidas a respeito do projeto e de sua participação.

Renata Moura da Silva Vidal

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail: renatamouravidal@gmail.com / Fone: (16) 99183-9257.

Márcia R. Cangiani Fabbro

Orientadora. Departamento de Enfermagem/UFSCar / Rod. Washington Luís, km 235/ São Carlos/SP. E-mail: cangiani@ufscar.br/Fone: (16) 33518334.

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@ufscar.br.

São Carlos, _____ de _____ de 20____.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B

Roteiro Relato Comunicativo

Dados socioeconômicos e obstétricos

Nome: _____ . Idade: _____ .
 Estado Civil: _____ . Profissão: _____ .
 Números de filhos _____ . Data: _____ . Cor: _____ . Raça: _____ .
 Endereço: _____ . Telefone: _____ .
 e-mail: _____ .

Dados Socioeconômicos e obstétricos

Renda Familiar

- 1 salário mínimo
- 2- 3 salários mínimos
- 4-5 salários mínimos
- Mais de 5 salários mínimos

Grau de Escolaridade:

- Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo Ensino Superior Incompleto

Antecedentes Obstétricos

G: _____ PC: _____ PV: _____ FV: _____ A: _____

Houve alguma intercorrência durante a gestação ou no parto ou no pós-parto:

_____.

Tipo de último parto:

() cesárea () parto vaginal hospitalar () parto vaginal domiciliar

Local do último parto: _____.

Roteiro

Apresentação inicial – 2 min.

Psicóloga, mestranda que está realizando um trabalho de pesquisa de pós-graduação através Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Retomada do objetivo da pesquisa – 3 min.:

Geral:

- Compreender os elementos facilitadores e dificultadores de experiências de parto no SUS, segundo a vivência das mulheres, de forma a oferecer subsídios para a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê.

Específicos:

- Identificar a trajetória de busca das mulheres para concretizar o desejo do parto humanizado;
- Listar recomendações para a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê.

Combinados – 2 min.

- Falar sobre a gravação, caso tenha algum momento que queiram desligar podem ficar à vontade.
- Ficar à vontade para não responder o que não quiser, poder perguntar se não entender alguma coisa.
- Garantia do sigilo dos dados e o que elas não querem que seja publicado não será, assim faremos outro encontro para o retorno dos dados e da pesquisa, garantindo assim a fidelidade às falas delas.

- Combinar o tempo.

Metodologia de Investigação Comunicativa:

Metodologia de Investigação Comunicativa sob a ótica de Gomes (2006) que foi fortemente influenciado por diversas teorias, entre elas, pelas contribuições da Dialogicidade de Paulo Freire e da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. E segundo este método, os pressupostos da universalidade da linguagem e da ação, as pessoas são agentes transformadores, a racionalidade comunicativa, o senso comum sem hierarquia interpretativa, mesmo nível epistemológico entre as pessoas e conhecimento dialógico, sendo assim, os sujeitos são capazes de linguagem e ação (GÓMEZ et al., 2006, p. 41-46).

Abordaremos 3 temas: gestação, parto e pós-parto.

Gestação: orientações recebidas, pré-natal, fantasias, anseios, dúvidas, motivação para a escolha, apoio...

- O que você gostaria de me contar da sua gestação? (gestação planejada, desejo, anseios, duvidas, ansiedades, apoios, participação familiar, do parceiro).
- De acordo com Lopes et al. (2009), quando a mulher tem conhecimento de todos os procedimentos, do que ocorre com o seu corpo e o bebê durante a gestação e o parto, ela tem ferramentas para viver este momento de maneira plena). Alguém conversou com você sobre parto no pré-natal?
- Como era sua ideia de parto? Conte-nos o que se lembra das experiências de parto que viveu ou que tenha acompanhado na sua infância e adolescência?
- Quais foram suas facilidades e dificuldades da sua escolha? Como lidou com isso e quem lhe ajudou?
- O que sua família, marido, amigos pensam da sua escolha?

Parto: como foi o parto...

- Como foi quando chegou à maternidade?
- Como foi o seu parto?
- Uma das práticas recomendadas pela OMS é a presença de um acompanhante de escolha da parturiente, que além de oferecer suporte emocional e afetivo à ela, ainda reduz o período de internação e recuperação, bem como o número de cesáreas (BRASIL, 2005). Quem te acompanhou?
- O que achou do atendimento no parto? O que gostou? O que não gostou?
- Segundo alguns estudos (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2009; LEAL, 2014b; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013) 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?
- Outros estudos (DINIZ, 2009) apontam que o número de cesáreas 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?
- Como você imagina/ imaginava seu parto? Se pudesse resumir em uma palavra qual você escolheria para definir seu parto?
- Quais facilidades e dificuldades você imagina que outras gestantes possam ter em relação à escolha do parto?

Pós-parto: amamentação...

- O contato precoce da mãe com o recém-nascido aumenta a duração e a probabilidade

de sucesso do aleitamento materno. O governo brasileiro ratifica as recomendações da OMS em relação a iniciar a amamentação imediatamente após o parto, de preferência na 1ª meia hora pós-parto, pois é o momento em que o recém-nascido está mais alerta (BRASIL, 2009). VC SABIA?

- Você amamentou seu bebê na primeira hora? Teve alguma dificuldade nas primeiras mamadas? Recebeu ajuda? De quem?

- Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido (BRASIL, 2009). Alguém conversou com você sobre amamentação em algum momento da gestação ou na maternidade?

- Depois de quanto tempo que o seu bebê nasceu ele foi levado até você?

APÊNDICE C

Transcrição de um relato comunicativo

RC: Débora

Débora: (falando sobre a filha mais velha) Essa é minha também!

Pesquisadora: é, ela falou... eu ainda perguntei: “você que é a Débora?”, ela falou: “não, a minha mãe!” (risos). Porque eu achei ela muito nova, mas você também é!

D: 31, fia...

P: nova!

Dados da participante:

Nome: Débora

Idade: 31

Estado civil: casada

Ocupação: dona de casa

Renda familiar: 2

Escolaridade: Ensino médio completo

Antecedentes obstétricos:

P: e... o parto da Isabele como é que foi? foi normal? foi cesárea?

D: foi cesariana também.

P: cesárea?

P: Você só teve duas gestações?

D: Não. já é minha quarta gestação, mas eu tive dois abortos.

P: uhum... último feito na Santa casa mesmo?

D: foi.

P: se você pudesse definir o seu parto em uma palavra, que palavra que seria?

D: as coisas mais linda do mundo!

P: Que bom! Bom, eu sou psicóloga, estou fazendo mestrado na enfermagem, como eu te disse, a ideia é pesquisar como tá a assistência obstétrica aqui na cidade, pra ver se está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da organização Mundial de Saúde, com a rede cegonha, que é uma estratégia que foi implantada há alguns anos, e que prevê essa humanização do parto, o parto mais respeitoso, mesmo que seja por meio de uma cesárea,

que seja de um jeito mais respeitoso, né, que as mulheres não sofram violência por conta disso. De um modo geral, a ideia é identificar quais são os elementos que são facilitadores e dificultadores na hora do parto. O que torna a experiência do parto mais adequada ou não, se o desejo era de ter um parto normal, o que contribuiu para que isso acontecesse ou não, ou se fosse uma cesárea, o que contribuiu pra que acontecesse, ou não. E a ideia também, é identificar como é que foram as trajetórias das mulheres que eu vou entrevistar, até chegar o parto, como é que foi todo esse processo, além de listar recomendações que pudessem sugerir algumas mudanças para que o atendimento fosse melhor. Daí, com relação à gravação, a entrevista vai ser gravada, se tiver alguma coisa que você não quer que grave, É só você me falar que eu paro de gravar, se você não quiser responder alguma pergunta também, você pode ficar à vontade... o sigilo é garantido, então, assim, você não vai ser identificada pelo seu nome. A entrevista costuma durar cerca de 40 minutos, 50... dependendo do quanto que a gente vai conversando.

D: uhum

P: Com relação à metodologia que eu trabalho, ela é muito baseada no diálogo, então, assim, para construção desse roteiro que a gente vai usar agora, das perguntas que eu vou te fazer, eu participei de vários grupos de gestantes, conversei com mulheres que tiveram o parto pelo SUS também, pra poder escolher perguntas que pudessem responder à minha pergunta de pesquisa. Então a ideia, é sempre desse jeito, sempre baseada no diálogo, daí tem essa conversa agora, nesse primeiro momento, e futuramente, a ideia é que eu volte depois, num outro momento pra conversar com você, pra te mostrar os dados que eu coletei da sua entrevista, pra você me dizer se é isso mesmo, se tá tudo certo. E, depois fazer um grupo, talvez com outras mulheres que também fizeram o pré natal lá na mesma UBS que você fez. E nessa entrevista a gente vai falar sobre 3 temas, que é o pré natal, o parto e pós-parto. Sobre a gestação, é com relação às orientações que você recebeu, as orientações com relação ao pré natal, fantasias que você tinha, as dúvidas, ansiedade... enfim, tudo em torno da gestação e do parto. Então vou começar com as perguntas agora:

P: Com relação a sua gestação, ela foi planejada? que você pensava sobre... Como você descobriu que tava grávida como é que foi?

D: Ahh pra mim foi muito emocionante! porque eu queria outro filho, né?

P: uhum

D: Como eu tinha sofrido dois abortos, Eu já tinha até desistido!

P: uhum

D: E aí eu comecei a fazer um tratamento pra poder engravidar de novo, só que não deu certo. Aí, eu falei, ah não quero mais, não vou fazer mais nada, Seja o que Deus quiser!

P: uhum

D: Aí eu descobri que estava grávida!

P: Quando você desistiu... tava grávida!

D: Quando eu desisti, falei que não ia tomar mais remédio nenhum, aí passou dois meses e eu engravidei!

P: E era desejo seu e do seu marido de ter outro filho?

D: era

P: Você queria um irmãozinho também? (para a filha mais velha)

Filha: Sim.

P: Então, que bom, né? Foi uma gestação desejada pela família toda! Uma pesquisadora chamada Lopes, diz que quando a mulher tem conhecimento sobre o que acontece com o corpo dela, todos os procedimentos, o que acontece com o bebê durante a gestação, a tendência é que ela viva esse momento, da gestação e do parto, de uma maneira plena. Alguém conversou com você no pré natal sobre o parto?

D: Não.

P: Ninguém? nem na unidade?

D: Não

P: Mas você fez o pré natal todo lá?

D: Todo lá!

P: Não falavam sobre o parto?

D: é porque é assim, ó... no postinho você vai, passa a consulta e vem embora.

P: uhum

D: Na verdade, quando eu fui pra lá... a... como é que ela chama mesmo?

P: A J?

D: A J começou ir, assim... Foi de repente, sabe? Aí, foi aí que juntou, foi feito um grupo de gestante, Mas até então, não tinha!

P: Não tinha?

(sinal negativo com a cabeça)

P: é uma das recomendações da rede cegonha, que tenha grupos nas unidades, que conversem sobre...

D: Nessa unidade não tem, mas na anterior tinha! Porque eu era de outra UBS, aí como o meu médico foi pra lá, eu não quis ficar com o daqui, aí eu quis ir pra lá... aí eu cheguei lá e não tinha. Tanto que até as planilhas do meu... dos... porque eu comecei aqui. Tive que terminar lá, porque ele foi pra lá. Então desde que eu comecei, até o final, meu prontuário não foi pra lá!

P: Nossa! Daí eles não transferiram nada da sua documentação?

D: Nada, nada... e quando era aqui até o acompanhamento era pelo computador. Tudo o que era feito passava lá, quando eu fui pra lá nada disso foi feito.

P: uhum... entendi. Aqui tinha grupo?

D: Aqui tinha. aqui tem, né? Até hoje tem.

P: De um unidade para unidade costuma mudar, né, alguma coisa mesmo... bom, você já tinha tido I antes... Você tem quantos anos I?

Filha: 13.

P: Você teve ela há 13 anos atrás, e mudou um pouco a sua ideia de parto, depois que ela nasceu, como é que era a sua ideia? Suas lembranças... que você tem sobre experiência de parto, do que te contaram?

D: Então, eu não lembro muita coisa, porque quando eu engravidei dela, eu fiquei com a minha mãe, né? Minha mãe tomou rédea de tudo. E aí, ela que cuidava mais, ela que fazia mais as coisas, sabe? agora dele eu tô sentindo um pouco de medo, porque... pra mim parece que é a primeira vez...

P: Sei...

D: Mas dela assim... mamar mesmo, ela mamou só até um mês, porque o meu leite secou...

P: uhum

D: E eu estou fazendo de tudo pra não secar, porque eu quero amamentar até os 6 meses. Então muita coisa mudou... estou mais protetora, sabe? Eu não sei explicar! Estou com mais medo... tenho mais medo das coisas... mas dela, assim, foi tudo bem! Graças a Deus!

P: uhum... e você tinha escolhido ter cesárea? Você queria um parto normal?

D: Eu queria ter parto normal. Na verdade, eu ia fazer cesárea, aí quando ela (a J) foi pra lá e começou a falar sobre o parto, aí eu quis... eu me interessei. Aí pensei, “eu vou tentar!” Aí eu falei pra ela: “eu tô com medo”, e ela: “ não, Débora, não precisa ter medo, eu vou estar lá, se você quiser, eu vou te ajudar!” Aí eu falei, então tá! então, Seja o que Deus quiser. “Eu vou tentar até o final”. Eu queria ter parto normal, só que eu tenho muito medo.

P: Do que você tinha medo?

D: Tinha medo de morrer, de não aguentar a dor, de o bebê não sair... essas coisas, minha filha...

P: Sei...

D: Aí, ela falou, “não, Débora, não é assim!”, aí eu falei, “ então tá!”. Eu fui até onde que eu aguntei, mas não deu! E o meu medo falou mais alto! Filha... na hora eu não aguntei não!

P: Da I, você chegou a tentar parto normal?

D: Não. Dela não. Foi tudo planejado também, sabe? Queria muito ter ela, só que aí minha pressão subiu. Eu tive que pagar a cesárea porque eles não iam fazer, e eu passando mal! Aí a hora que eu falei que eu ia pagar, o médico mais que depressa... aí fiz!

P: Você estava passando mal...?

D: Já, já... eu tive começo de pré-eclâmpsia... depois... foi mais porque foi pago, porque senão, “fia”... até hoje! Capaz dela nem ter nascido, se não tivesse pago!

P: Entendi... você disse que queria fazer cesárea, mas depois que a J começou a participar lá...

D: ... do grupo aí eu quis ter parto normal!

P: E como que foi? Você ficou frustrada por isso? Como é que foi? Por querer um parto normal e de repente, mudar de ideia...?

D: É, eu fiquei frustrada sim! Porque foi assim... eu cheguei lá na maternidade, eu pensei... eu nem sabia que ia ter ele, cheguei lá com dor, com contração... aí o médico fez exame de toque. Foi uma dor insuportável, nunca tinha sentido aquela dor! Pensei que ele ia nascer ali mesmo! Aí o médico falou, “nãos tá na hora de nascer, mas vou te deixar você aqui meia hora. Vamo fazer um Buscopan, vai passar a dor, se melhorar muito, eu mando você embora!”... o plantão dele foi até às 7 horas da manhã.

P: uhum...

D: Eu achei que não ia nascer. Eu achei que ia me dar o remédio e eu ia embora! Porque estava de 36 semanas. Aí eu esperei, a dor não passava, dali a pouco ele veio e ele falou, “olha, vou ter que fazer a cesárea mesmo!”.

P: Mas porquê que ele ia ter que fazer? Ele chegou a falar?

D: Falou que meu útero tinha subido e tinha que fazer a cesárea... E se eu quisesse parto normal eu ia sofrer muito! A J estava lá, na hora que ele falou isso. Ela olhou pra mim e fez assim (sinal de negativo com o dedo). Ele falou, “Olha se você quiser eu te espero, você ter um parto normal, só que eu já vou falar, você vai sofrer muito! Eu vou colocar um sorinho, em você aí, daqui a 6, 7 horas, ou 8 horas... não sei... a gente espera!”. Aí eu fiquei com medo! eu não vou ficar sofrendo tudo isso, né!?

P: É, é que assim... de repente você nem estava em trabalho de parto... você estava com contração em casa, e decidiu ir pra lá, foi isso?

D: É, foi. Estava com contração aqui, aí eu comecei a sentir dor...

P: Mas, as contrações estavam próximas?

D: Estavam... aqui em casa não tanto... na hora que eu fui... cheguei lá, aí começou! Era uma atrás da outra, uma atrás da outra...!

P: uhum... é que, quando você tem dor da contração por conta do sorinho, ela costuma ser maior do que quando ela vem naturalmente. Se você deixar o trabalho de parto correr normal, poderia ser que demorasse mais, mas também, provavelmente não ia doer tanto quanto doeria com soro! Porque os médicos tem essa coisa de querer apressar de... enfim, dá o soro para acelerar o trabalho de parto... se eles não dessem, e te deixassem à vontade pra esperar, podia ter dado certo!

D: Ah mas não é assim não, “fia”! Na maternidade, ou você põe no soro, ou você faz na faca!

P: Deixa eu ver o que mais... e como você já tinha tido a I de cesárea, o que que a família, o

marido falaram quando você... quer dizer, você chegou comunicá-los que queria fazer o parto normal?

D: falei, falei.

P: O que eles disseram?

D: Ficaram com medo, porque, como o parto da I foi pago, nós ficamos com medo de acontecer a mesma coisa, de chegar na hora e não consegui fazer o parto, e não tínhamos dinheiro pra pagar... então ficamos com medo! Eu falei, “ah então a gente vai tentar normal até o final!” Aí ficou todo mundo esperando um parto normal, mas não deu.

P: Então, ninguém ficou contra, quando você disse que ia ser...

D: Não, não... Todo mundo ficou a favor!

P: Sua mãe também?

D: Minha mãe também!

P: Sua mãe tem quantos filhos?

D: Minha mãe tem 3.

P: E como que eles nasceram?

D: Tudo cesárea também!

P: Tudo cesárea?

D: Tudo cesárea!

P: O que que ela fala do parto normal?

D: Ela também fala que sempre quis ter parto normal, ela fala que teve gêmeos também, por parto normal, mas há muitos anos, quando ela era bem nova, ela falou que foi a coisa mais linda do mundo! Mas ela falou que agora, do jeito que a maternidade está, preferia mesmo que fosse cesárea, Porque ela tinha medo de sofrer! todas nós, né? Eu e minha outra irmã. tenho outra irmã também que ela tem dois filhos. também foi cesárea, os dois filhos!

P: uhum

D: Ela tem mais medo por causa disso! Medo de sofrer, sabe?

P: Sei... então quando você chegou na maternidade, o médico te examinou, viu que estava alto ainda e disse que ia demorar pra nascer se fosse de parto normal?

D: É.

P: E na cesárea, você teve que escolher quem entraria com você, então?

D: Tive.

P: Daí foi o seu marido?

D: Foi.

P: uhum

D: Só pode um acompanhante, né?

P: É. Teoricamente pode ir quem quantas pessoas você quiser, quem você quiser que vá, né? É que a maternidade acaba restringindo pouco, porque, eles colocam um monte de

empecilho: “ah porque não tem espaço, porque não dá pra acomodar todo mundo”... mas poderia! Se você conhece mesmo, poderia entrar, por exemplo, a Juliana, se fosse o caso, sua mãe e seu marido.

D: É então, não deixaram não. Minha mãe queria entrar, não deixaram! Até para filmar, negócio de filmar... também não deixou filmar. Meu marido com o celular lá, levou câmera e tudo...

P: Não deixaram?

D: Não, falou que não podia, que era só foto! Tanto que eu tenho as fotos...

P: uhum

D: Mas eu queria ter filmado.

P: uhum

D: Mas não deixaram! Uma colega minha fez, só que foi pago, né? Aí, pode.

P: Mas mesmo pago, só pode com alguns fotografos, então, mas agora diz que não pode mais...

D: Ah não?

P: Não, não pode mais levar fotografia nenhum...

D: (sinal de negativo com a cabeça)

P: Ah tá... porque eu tinha... eu fiquei sabendo há algum tempo atrás, que assim, até poderia, mas só os fotografos que eles permitem.

D: Então, agora não pode mais... pelo que eu estou sabendo...

P: uhum... entendi... então, tanto que a próxima pergunta até é com relação ao acompanhante, que é uma das práticas que a Organização Mundial de Saúde recomenda, eles dizem que a presença do acompanhante, além de oferecer suporte emocional e afetivo à gestante, também costuma reduzir o período de internação, Porque ela se sente mais acolhida, mais confiante, sabe que tem ali confiança... alguém que ela goste junto. Desta forma acaba reduzindo o tempo de internação e o número de cesáreas também, né? Então, isso é muito importante, e assim, uma coisa que a gente só fica sabendo ali na hora, porque eles não deixam, né, mas poderia entrar todo mundo. Talvez seja porque na hora do parto, na hora que o bebê vai nascer, a gente... ó ele com soninho...

D: É.

P: A gente fica meio sem noção das coisas, não é?

D: E ninguém quer brigar... quer sai logo!

P: É, isso é! E o que você achou do atendimento? o que você gostou? O que que você não gostou? assim de um modo geral...

D: Foi super bem! só que eu tive dores antes... , eu fiquei duas vezes lá, eu fui duas vezes pra maternidade... e foi péssimo! Porque eu fiquei lá rolando... porque eu tive cólica renal, e aí eu tive que ir pra lá. Fiquei rolando lá no chão, e aquele monte de enfermeira passando, os

médicos passando, fazendo de conta que você não estava lá, sabe? Mais de hora que eu fiquei lá... mas dessa vez, não! Dessa vez eu cheguei, e rapidinho ele veio, me atendeu, dessa vez foi bem!

P: E quando ele nasceu, você foi bem atendida?

D: Quando ele nasceu... é, fui bem atendida!!

P: uhum... por todo o mundo?

D: Não sei se é porque não tinha bastante gente... o médico também! Achei muito bom! Eu penso que ele caiu do céu, sabe? E ele fez plantão de 48 horas nesse dia!

P: Nossa!!

D: 48 horas!

P: Teve alguma coisa que você não gostou? do atendimento...

D: Só na hora que eu vim embora, eu tive alta e ele não, porque ele teve um problema no rim. Então quando foi fazer os exames, ela (a enfermeira) perguntou pra mim, o que tinha acontecido na minha gestação, aí eu falei, que tinha que fazer um ultrassom, e eu fui lá pra maternidade, porque o ultrassom não é ali, é na Santa Casa, você tem que atravessar a rua, e tal... então ele vem com um carro pra te levar. E aí começou a chover... aquela chuva, aquele tempo que formou, minha filha! E nós esperando lá... um monte de gestante esperando por esse carro. E na hora de ir embora, as mulheres tudo grossa, sabe?

P: uhum...

D: Aí eu até chorei! Eu falei que eu queria ir embora, mas você não pode sair de lá, não é? Porque eu queria ir embora correndo, eu não estava mais suportando! Tanto que eu fiquei 3 dias chorando sem parar, depois que eu vim embora!

P: Sei...

D: Aí todo mundo falou, “ah você vai entrar em depressão, para com isso”, mas graças a Deus já está tudo bem!

P: Que bom!

D: Foi isso que eu não gostei, sabe? Ter que ficar esperando! Porque foram 6 meninas fazer a ultrassom com seus nenês...

P: uhum.

D: E o moço tinha que ir lá, não sei onde...

P: A alteração em você, ou era nele?

D: Era nele. O ultrassom teve que pegar...

P: Mas, no seu caso, você falou que nasceu com problema no rim...

D: É.

P: Aí foi por isso que ele precisou fazer?

D: Isso. teve que sair da maternidade pra depois encaminhar pro nefro.

P: uhum

D: ... e o moço demorando pra vim, e tinha aquele tempo formando... e demorou! Acho que uma hora! Nós ficamos lá esperando o homem, sendo que era só atravessar a rua. Eu acho que devia ter ultrassom dentro da maternidade.

P: Dentro, não é? Até UTI! Se precisar de UTI não é lá dentro! É lá do outro lado, tem que atravessar! várias coisas, podiam mudar... Bom, outros pesquisadores, a Diniz, a Leal, a Salgado, elas dizem que o parto sofreu muita influência da tecnologia, passando a ser visto como uma doença, como seu corpo de mulher não fosse capaz de parir naturalmente. Como se ele fosse imperfeito e precisasse de ajuda pra que o parto acontecesse. O que você pensa disso? quer dizer, você tem alguma opinião formada? Você já pensou sobre isso? Alguém já te disse isso?

D: Não, nunca ninguém falou nada sobre isso daí não!

P: Porque, por exemplo, quando você falou sobre o sorinho, o médico resolve dar o sorinho, porque ele tem pressa, porque ele quer que não demore muito. Porque se a gente for deixar o parto acontecer naturalmente pode ser que demore 36 horas, a gente ouve falar de trabalho de parto que durou 48 horas. E eles não tem todo esse tempo ali... entre aspas, mas que deveria ter, até porque, eles estão ali de plantão! Como esse médico que você falou, que ficou de plantão 48 horas, ele teria todo tempo do mundo para ter acompanhar, para deixar seu parto fluir naturalmente. Daí, tem várias coisas... tem aquele corte que eles fazem, que é a episiotomia, também é algo que não é comprovado cientificamente que precisa ser feito. Tem uma manobra de Kristeller, que eles empurram a barriga... não sei se você conhece alguém que já aconteceu isso...

D: Já! Já, a minha vizinha aqui, ela teve nenê faz seis, 5 meses, e... ela tem uma menina de um ano, não era pra ela fazer parto normal, era pra ela ter feito cesárea. Minha filha do céu... ela sofreu, hein?!

P: uhum

D: O pai dela teve que subir em cima da barriga dela, pra poder ela ter o nenê! o pai dela...

P: Então, não precisaria, se eles deixassem acontecer... uma orientação que se tem, é que a mulher só vá pra maternidade quando as contrações estejam muito próximas. Daí é a hora de ir pra maternidade, porque daí você não vai ficar esperando tanto, eles não vão querer te dar o sorinho, não vão querer fazer a episiotomia, você vai chegar lá parindo, praticamente! Que é o melhor jeito de ter um parto normal, caso seja o desejo...

D: uhum

P: Porque daí, quando acontece Isso de ir muito cedo, acaba, demorand., Daí eles acabam intervindo, dando o sorinho, empurrando a barriga pro nenê nascer mais rápido, porque ela não tem contração... quer dizer, ainda não tá na hora, às vezes a barriga tá alta mesmo, não tava na hora de nascer... então, às vezes esse negócio de dizer que precisou ter feito, pode ser que não precisasse ter feito nada disso se tivesse esperado...

D: Ah não, é que as enfermeiras e os médicos deixaram ela jogada lá! Ela teve a nenê em cima da cama! Ninguém veio ver ela gritando de dor, ninguém ia lá, quanto mais você gritar, mais eles estão nem aí!

P: Cinco meses você falou?

D: 5 meses!

P: É... recente até, né?

D: Recente!

P: Se fosse há mais tempo atrás, é uma coisa... outros pesquisadores, como a Diniz, do estudo anterior, Browser e Hill, dizem que o número de cesáreas aumentou e não foi por necessidade, foi mais por uma...

D: Eu acho que é por causa de dinheiro.

P: Você... quer dizer... você acha que é...

D: Eu tenho noção, porque é assim... no meu caso, ele tava lá fazia 48 horas! quanto mais ele fizesse cesárea mas ele ia ganhar, entendeu? Acho que ele fez umas oito cesárea... é muita coisa né!?

P: É! E assim, são 8 partos! Provavelmente daria pra ele esperar...

D: Daria!

P: ...o tempo do bebê, o tempo da mãe! mas, claro né, vamos produzir!

D: Na verdade eu acho que ele quis mesmo fazer o meu parto cesárea.

P: uhum

D: Não foi pra me ajudar, não, foi mesmo porque ele queria fazer!

P: E como você se sente pensando nisso?

D: Então, é porque eu fiquei com medo na hora... eu fiquei com medo de brigar! Porque ele foi muito atencioso comigo, e as outras vezes, nos outros médicos que eu fui, não foi assim! Então ele foi bem calmo, ele cuidou bastante, toda hora ia no quarto ver! Então eu fiquei com medo depois, de falar pra ele, “não, não quero fazer cesárea, eu quero parto normal”, aí eu fiquei com medo, aí foi aonde que ele falou, “Débora, vamos fazer cesárea?”, falou que era pra ser às 7:00 da manhã, a cesárea... às 6:00 eu já estava na mesa, foi muito rápido!

P: .. cesárea é rapidinho. Débora, além disso né, tenho que eles chamam de pessimização do parto. Muita mulher sente medo da dor, mesmo, tem medo de prejudicar o bebê, às vezes, porque tem muito médico que fala, “olha, se você não fizer agora, o seu bebê pode ter algum problema...”

D: isso mesmo!

P: E às vezes, eles dizem ainda, “ahh pode ser que não dê tempo de salvar caso você não queira fazer agora”. Isso acaba contribuindo para que o número de cesárea aumente. Porque é claro que você vai ficar com medo! Que nem você falou, já estava com medo, ele foi super atencioso e você acabou...

D: É, eu deixei me levar, na verdade, viu?

P: uhum... e de um modo geral, que nem a sua vizinha, você contou que tiveram que empurrar a barriga e ela sofreu bastante pra ter o bebê... e de um modo geral, quais são as facilidades e as dificuldades que você acha que as mulheres tem com relação à escolha do parto... O que você acha que elas encontram de difícil, ou que contribua para ela ter o parto do jeito que ela deseja?

D: Ahh eu acho que dinheiro ajuda bastante. Porque tem aquele negócio da peridural, sabe?

P: uhum

D: Eu acho que todo mundo quer ter parto normal! Não tem uma mãe que não quer ter, eu acho, todas querem! Mas o medo da dor...

P: Você falou da peridural, você acha que se tivesse anestesia, mesmo pro parto normal, as mulheres iam querer ter parto normal?

D: Muitas mulheres iriam querer ter o parto normal.

P: uhum.

D: Eu acho que é a coisa mais mágica que tem, né?

P: uhum

D: Mas não tem isso no SUS, né?

P: E nem no particular aqui em São Carlos também não tem, não!

D: Não tem, né?

P: Não. Se quiser... se chegar pedindo anestesia, eles falam, “ou você espera, ou você tenha uma cesárea...”, eles não dão essa opção da anestesia...

D: É mais nos Estados Unidos, né?

P: Não! Em outras cidades aqui, tipo São Paulo, tem muitas maternidades fazem isso, mas aqui em São Carlos, eles não fazem! Com relação à amamentação, ah aliás... e depois do parto, como é que foi? Ele nasceu... e eles colocaram ele em você, ou não?

D: Não eles levaram ele lá pra dentro.

P: Antes de trazer pra você ver, eles já levaram?

D: Fizeram uns negócio nele lá, aí veio... só colocou ele no meu rostinho, assim do ladinho, pra tirar uma foto, e já levou.

P: uhum... o seu marido ficou junto o tempo todo?

D: Ficou! Foi lá, aí depois foi ver onde levaram ele, lá na incubadora. Trouxe pra mim só um pouquinho, aí depois, eu acho que de 3... quantas horas foi?

P: Que horas que ele nasceu?

D: ele nasceu...

P: 7h da manhã, né? você tinha falado...

D: Não, não foi essa hora não... aí agora nem lembro... foi 7... foi 7:00 e pouquinho.

P: uhum

D: Aí depois, acho que umas 10:00, trouxe ele pra nós, pra ir pro quarto. Daí já veio, mas daí não pode dar banho. Porque antigamente, quando a I nasceu... Se bem que, da I só foi pra mim depois de 8:00 horas... por que eu dormi, porque... foi totalmente diferente!

P: uhum

D: Da I, eu lembro que eu tive ela às 8:06 da noite... aí depois de manhã cedo, que ela veio pro quarto comigo, mas já veio tomada banho, já veio tudo bonitinha, sabe?... ele já não, ele veio todo sujinho, só depois de 4 horas que podia dar banho...

P: É que, isso que vem na pele dele, é o vernix, é uma camada de proteção, na verdade... protege a pele, hidrata, tal...

D: É, veio tudo cheio de sanguinho... eu não sabia disso! Fiquei até meio assustada! Porque a I não veio assim...

P: aham

D: E ele não, ele já veio tudo assim, teve que ficar um tempão lá...

P: Como ele estava na sua barriga, ele não estava sujo, é só o que tinha lá dentro, e isso protege a pele dele! Tanto que depois de 4 horas, com certeza não tinha quase mais nada, do que tinha...

D: É...

P: Dessa melequinha, que é o vernix, mas isso protege a pele, é bom! Daí, então, você conseguiu amamentar logo que trouxeram ele pra você?

D: Consegui.

P: Você chegou amamentar ela só um mês, não é

D: Só um mês!

P: E com ele você quer...

D: Até... quando ele quiser! Tomara que você queira bastante, não é?

P: Que bom! Porque essa decisão de amamentar agora, já que com a I você amamentou só um mês?

D: Da I não deu, porque meu leite secou e minha mãe também influenciou bastante em dar o leite (artificial), porque eu morava com ela, e minha mãe vivia falando, “ah o seu leite é fraco, vamos dar...”, tanto que, olha o tamanho dela! De tanto tomar mingau de maizena!

P: Sei... se alguém te disser que o seu leite é fraco, não acredite, porque ele não é!

D: Hoje eu não acredito, mas a minha mãe de vez em quando fala, “Débora, não é melhor dá um leitinho pra ele?”, aí eu falei, “não!”...

P: Não precisa!

D: Não! Eu quero amamentar ele até o final!

P: O seu leite é o melhor alimento que o seu filho pode ter! Primeiro, porque é produzido especialmente pra ele! Todas as necessidades de nutrientes, é você quem vai poder suprir! Se ele, por exemplo, acabou de mamar, daqui há 2 horas ele tá com fome de novo? Ele vai

estar com fome mesmo, porque o leite materno acaba sendo digerido mais rápido, então ele vai sentir fome mais vezes. Não é porque o seu leite é fraco, é só porque a digestão é rápida! Então, se a gente come e a digestão é rápida, é claro que agente vai sentir fome mais cedo! É o caso deles! E o ideal, é que a amamentação seja em livre demanda! Tipo, se ele tem vontade de mamar, dê o peito!

D: Ah eu faço assim, a hora que ele quer! Ainda meu marido fala assim, “nossa, mas é toda hora!?”, eu falei, “é toda hora!, é a hora que ele quer, ué!”

P: aham

D: Agora ele começou a regurgitar, e ele fala, “é de tanto que ele mama!”, mas não é!

P: Não! E você tá dando em livre demanda? Se ele tá com vontade, você dá? Mesmo de madrugada?

D: Mesmo de madrugada, “fia”! Ele acorda...

P: Quantas vezes ele acorda de madrugada?

D: Ele acorda duas vezes! Duas, às vezes três vezes...

P: É super pouco, não é! Porque tem...

D: Mas é que ele já vai dormir tarde!

P: Sei...

D: 2:00 horas, a hora que ele vai dormir...

P: 2:00 da manhã?

D: 2:00 da manhã! É a hora que ele pegou no sono mesmo...

P: aham

D: E eu também fico até tarde acordada, né?

P: E nesse começo, é difícil mesmo essa adaptação do sono.

D: É... aí 2h a gente deita... 2h, 2h e pouquinho... aí ele dorme até umas 4:00, 4h e pouco...

P: Daí acorda, mama...?

D: Aí mama, mama, mama, hein fia! fica um tempão mamando

P: unhum

D: Aí depois quando é 6:00, ele mama de novo! Aí depois 8h, aí depois 9h30, e assim vai... nem durmo mais direito!

P: É... mas assim, isso não vai durar o tempo todo, não vai ser sua vida toda, é só enquanto ele é bebê. E isso muda rápido! Esse padrão de mamar assim a noite, durante a madrugada... mas o ideal é que seja desse jeito mesmo! É bom pra você! É bom pra ele! Ainda mais se tá te fazendo bem, né? Como você disse, você tem o desejo de amamentar até...

D: Quero amamentar ele até o final!

P: uhum

D: Minha mãe que veio com a história de dar chá!

P: Não precisa! Tudo que ele precisa está aí no seu leite!

D: Eu falo que não precisa! Tanto que ela ficou comigo aqui, então não tinha... às vezes eu tenho dó de falar pra ela, “não mãe, não vai fazer isso, não precisa...”

P: uhum

D: Minha mãe é depressiva, ela tem depressão, sabe?

P: Sei.

D: Então às vezes eu tenho dó de magoar ela...

P: uhum

D: Por fim, ela deu uma chuquinha de chá para ele, mas que nem agora, ela não tá vindo, eu não estou dando, não!

P: uhum

D: Aí ela fala, “eu chá, Débora?”, “dei mãe, dei!” (risos)

P: O que mudou da Débora que foi mãe da I, para agora, a Débora mãe do J? O que mudou? Você amadureceu bastante, pelo jeito, né?

D: Amadureci muito!

P: O que que mudou em você?

D: Ahh acho que mudou tudo! Vixi, quando ela nasceu, eu ainda era... Eu tinha 18 anos. Então, na verdade, ela foi uma gravidez planejada, só que aconteceu muitas outras coisas...

P: uhum

D: E... depois, eu deixei também... eu entrei em depressão pós parto, por causa do que aconteceu, com meu esposo... eu deixei ela de lado um pouco, eu não queria saber...

P: uhum

D: minha mãe que cuidava mais, só que aí, a hora que caiu a minha ficha, que eu vi que eu estava perdendo ela pra minha mãe, aí foi um baque! Só que aí eu falei, “Não! a filha é minha, eu que vou cuidar”, mas até aí, demorou mais um aninho! Até eu conseguir me reerguer de novo.

P: É, essa história da depressão pós parto acaba influenciando tudo isso, inclusive a sua relação com o bebê. talvez essa história do leite ter secado, também, não é?

D: E eu e minha mãe na época, a gente não se dava, sabe? A gente brigava muito...

P: E ela que tomou as rédeas de tudo, como você disse...

D: Foi. Na verdade eu ficava um pouco na casa da minha sogra, e um pouco na casa da minha mãe, um pouco da minha sogra é um pouco na minha mãe... então, eu não tinha... até hoje eu não tenho muita voz ativa do que eu quero! Eu me deixo levar muito pelos outros, pra não magoar... minha mãe, não magoar esposo, sabe?

P: E como é que você fica nisso?

D: eu fico mal!

P: uhum

D: Eu fico mal, mas...

P: Às vezes o seu desejo era o de fazer outra coisa, e você não faz pra não magoar?

D: Pra não magoar ninguém!

P: Só que você acaba se magoando, provavelmente...

D: Sim! Sim, eu tenho muito disso.

P: Só que, entenda uma coisa, pra você cuidar dos seus filhos, pra que eles fiquem bem, você tem que estar bem! Mas a partir do momento que você se anula por todo o mundo, pra fazer o gosto de todo o mundo, você não fica bem!

D: É.

P: Às vezes é importante você assumir as rédeas da sua vida, porque ninguém passa por essas coisas... pela sua vida além de você! Assim, do jeito que você vive, ninguém mais vai viver do mesmo jeito, e, se está bom ou não, é a sua vida! Acho que se não está, você pode torná-la melhor! Todo mundo é capaz disso! A gente é capaz... é só não deixar que as pessoas tomem conta!

D: O ruim é eu criar coragem pra isso!

P: Mas você já está criando coragem! Essa história de você bater o pé e dizer que vai amamentar seu filho já é uma demonstração disso!

D: É! É verdade mesmo! Se dependesse da minha mãe, ela queria colocar açúcar mamadeira dele!

P: Entendo que você não queira magoar sua mãe, e pelo jeito ela deve te ajudar bastante, pelo que você falou, você queria que ela estivesse junto com você... se ela não fosse uma mãe boa, apesar das diferenças que vocês já tiveram na vida, você não ia querer que ela estivesse junto nesse momento, mas vocês têm opiniões diferentes. E tudo bem ter opinião diferente da mãe! Ela não vai deixar de te amar por isso!

D:uhum

P: Sabe? ela não vai deixar de ser sua mãe, porque você pensa diferente dela! Ela pode ficar brava no começo, mas, ela vai acabar entendendo. Tipo, a gente não deixa de amar o filho, quando ele faz alguma coisa de errado, não é?

D: É!

P: Às vezes a gente fica chateada, fica brava, mas a gente tem que entender, não é? E com sua mãe vai ser a mesma coisa.

D: Minha mãe está muito frágil. Vai fazer um ano agora que meu pai morreu. E meu pai morreu num mês, e no outro mês eu engravidei dele. Então parece, ela pensa assim, que ele veio para substituir meu pai. Tanto que ele é a cara do meu pai!

P: É mesmo?

D: Às vezes ela fica assim olhando, apaixonada por ele! Porque ela acha que, vamos supor que ela ache que ele é a reencarnação do meu pai...

P: Sei...

D: Então ela tá fissurada nele!

P: uhum

D: Então pra não magoar ela, eu deixo ela... às vezes ela vem aqui em casa e fica horas e horas com ele no colo, e eu, “mãe, põe ele um pouco no carrinho, porque depois eu não vou conseguir”...

P: Você já ouviu falar de sling? Que são uns carregadores de pano, que você põe... tem um assim, que você amarra no corpo e coloca o bebê dentro, e ele fica ali o tempo todo! Você fica com as mãos livres pra fazer uma porção de coisas e o seu bebê está ali juntinho de você! Sentindo o seu calor, os batimentos do seu coração e tal...

D: Eu já ouvi falar, já...

P: Isso é muito prático! É bem legal! E esse que é de amarrar, é uma tira de tecido grande, larga, eu acho que deve ter uns 50 centímetros de largura, e 5 metros de comprimento. Daí, tem umas amarrações que você faz pra colocar o bebê. Aí você coloca o bebê lá e ele fica super aconchegado, sabe? Fica bem gostoso! E você tá com as mãos livres! Só é ruim pra cozinhar, né? Porque como ele costuma ficar aqui na frente, pra você cozinhar encostada no fogão, não é muito seguro, mas de resto, dá pra você estender roupa no varal, dá pra lavar louça, dá pra fazer uma porção de coisas!

D: Hummm...

P: Te deixa as mãos livres e ele está ali junto de você! Porque esse contato é super importante, inclusive com relação à amamentação mesmo! Quando eu perguntei se colocaram... é... se ele mamou logo no começo, a recomendação que se tem, é de que o bebê seja colocado na mãe de preferência na primeira meia hora! Porque é o período que ele está mais Alerta, e que normalmente, se você encosta, por exemplo, o dedo na bochecha dele, a tendência é ele virar, porque é um reflexo que ele tem, e no que ele vira, já começa a sugar! Por que é isso, ele vai sobreviver como? Mamando! E a gente não ensina ele a mamar, então como é que ele já nasce sabendo? É um reflexo! Que nem quando a gente bate nosso joelho e levanta assim... é a mesma coisa! Pra ele funciona do mesmo jeito! Então ele já vira, já começa a sugar, porque é o que vai manter ele vivo.

D: Eu achei que ia colocar ele no meu peito, mas não!

P: uhum

D: Não colocou, não!

P: Na hora que ele nasceu?

D: Na hora que nasceu, não!

P: Mas depois que levaram ele pro quarto, você já...

D: É, depois que levou, ela já falou, “pode dar mamá, Débora”, aí já dei...

P: O ideal é que coloque! Então quando ele nasceu não colocaram?

D: não!

P: uhum... mas, devia ter colocado! É muito melhor assim, mas mesmo assim... ele mamou, tranquilo?

D: É... ele foi super bem!

P: uhum... não teve problema nenhum?

D: Ele pegou super bem!

P: não rachou seu peito?

D: Não, nada nada nada...

P: uhum

D: Aí teve uma moça lá, coitada! Deu até dó... ele não conseguia pegar no... acho que ela até chorou! porque ele depois que ela foi pro quarto, a menininha queria mamar e não tinha bico, aí as enfermeiras não ajudaram ela, pra pra fazer massagem. O leite empedrou, ela com aquela dor e a criança chorando... e você não pode ajudar as outras mães! Antes podia, ajudar as outras mães a amamentar...

P: Não pode?

D: Não! Dizem que agora não pode mais! Esses dias eu amamentei o filho da minha vizinha! Porque ela deixou o nenê com mãe e saiu, e o molequinho ficou chorando, e ele queria peito!

P: uhum

D: Aí ela veio, “Débora, você não pode dar um pouquinho?”, como eles tinham falado pra mim, que não podia, eu fiquei meio assim... mas eu falei, “quer saber, não vou deixar o moleque com fome!”. Aí, peguei dei mamar pra ele!

P: uhum

D: Na maternidade as mulheres falaram, “não pode, Débora!”, amamentar outra criança... risco de contaminação e de doença, elas falaram, “vai que o seu bico tá rachado, que as crianças têm AIDS, ou algum”... outras doenças transmissíveis, então eles não permitem mais! E aquela criança chorando...

P: Que dó!

D: Aí a mãe, foi, comprou aquele bico de silicone, e nada... Aí vem uma outra, do outro setor lá, que era da amamentação, veio, e foi ajudando ela, mas mesmo assim... acho que demorou, acho que um dia! Pra essa criança poder pegar bem o bico, o peito...

P: Mas pegou?

D: Pegou! mas é muito difícil, viu? é muito pouco também, porque depois rachou... aí deu dó dela...

P: Teve alguma palestra lá, pra falar de amamentação?

D: Teve.

P: Ahh, isso tem, então!

D: Tem. isso tem! Eles até brincaram, eles falaram, “se não for, aí a pediatra não dá alta”,

então todo mundo vai! aí vai vem embora logo! (risos)

P: Isso é, todo mundo quer ir, né?

D: Já sabe o que vai fazer e o que vai falar, né?

P: Isso é verdade! Aí você nem quer ir, não é? mas...

D: Aí ela falava, “se vocês não forem, a pediatra não dá alta!”, porque tem que assinar o papel lá, aí é onde todo mundo vai!

P: Mas acho que é assim, pelo menos para as mães de primeira viagem, acho que é super válido, porque às vezes tem um monte de dúvidas mesmo, não sabe fazer a pega direitinho, e se você não faz a pega correta, acaba rachando mesmo, machuca, não é?

D: É, essa parte que eles falaram que não podia mais amamentar outra criança, eu não sabia...

P: Também nunca tinha ouvido falar disso...

D: Pra mim é novo!

P: Mas é isso, por conta de risco de contaminação...

D: Disse que agora tem.

P: uhum... é... bom, tem essa questão da amamentação, você amamentou ele tranquilo... alguém te ajudou com relação a isso? Alguém tinha te dado algumas dicas de como amamentar, ou não? Ou isso foi natural?

D: Não... natural!

P: Foi espontâneo o seu?

D: uhum

P: uhum... e no pré natal também não te falaram sobre amamentação?

D: não!

P: Como que eram as suas consultas? O que te falavam na consulta? Ou não falavam nada?

D: Não falava nada! Por isso que eu tô falando pra você... foi tudo diferente! Porque o da I, teve grupo de gestantes, mas dele...

P: No dela, você fez pré-natal onde?

D: Na redenção. Foi tudo diferente, agora dele não! Aqui nesse postinho, tinha um grupo de gestantes, só que quando eu engravidei já fui pra lá, porque o meu médico foi pra lá também...

P: uhum

D: Chegou lá, não tinha nada...

P: uhum

D: depois eu acho que de uns 4 meses que a J apareceu e foi feito esse grupo. Aí a P falou, “ó, a partir de agora a gente vai fazer um grupo de gestantes, o que tá faltando aqui na UBS”.

P: uhum

D: aí agora disse que ia ter! direto, né?

P: uhum... é importante, porque, por exemplo, nas unidades que tem, as mulheres podem tirar dúvidas com relação a uma porção de coisas, como eu disse, a maioria das mulheres com quem eu conversei, elas já tinham outros filhos, mas tinham outras que eram mães de primeira viagem, que não tinha noção, com relação ao parto, com relação à amamentação, de repente conversar com outras mulheres, mais experientes, mesmo com a equipe, os agentes comunitários de saúde, as próprias enfermeiras, dá pra tirar uma porção de dúvidas, não é? Essa conversa às vezes é melhor do que assistir a uma palestra.

D: Então, mas aqui na UBS não foi nem as enfermeiras que conversavam com a gente. Era a J!

P: uhum

D: Ela que formou esse grupo, na verdade.

P: uhum... e é legal esse grupo? Dá pra vocês trocarem informações? Dá pra conversar bastante? Então, no começo não dá muito, porque cada uma só se via uma vez por mês...

P: sei...

D: Aí depois, quando... que nem o nosso caso... foi tudo perto pra nascer! Então, a minha colega teve em um mês, aí a outra no outro...

P: Aí já parava de ir...?

D: Aí já parava de ir, então já não tinha esse contato...

P: Sei...

D: Entendeu? tanto que a J, eu encontrei na maternidade, no dia que eu fui, que doeu... então a gente não se viu mais!

P: É... e... deixa eu ver o que mais... acho que com relação ao roteiro é isso! Eu te falei do começo sobre a lista de recomendações, não é? E acho que tem uma série de coisas que você me falou aí, que não foram legais e que poderia ter sido diferente! Pensando nessas coisas, desde o pré natal, o que que você acha que poderia ter sido melhor? Assim, o que que poderia mudar, para que tivesse uma assistência mais adequada?

D: Ah no meu caso, lá no postinho, as enfermeiras ser mais atenciosa com a gente, porque você chega lá pra ser consultada, você num... Às vezes você não tem... não sabe nem o que falar, não é? O médico também, você chega lá, e ele: “está tudo bem?”, ele mede sua barriga, escuta o coraçãozinho e tchau! Acabou!

P: Só, né? Porque hoje em dia ele tem obrigação de falar sobre o parto. Às vezes a gente escolhe a cesárea realmente por conta do medo da dor, mas tem opções para diminuir a dor, o que eles chamam de métodos não farmacológicos de alívio da dor, que é o que você falou que a J disse... a massagem, o chuveiro, às vezes a bola Suíça também ajuda... sabe? Mas, não adianta nada tá lá na hora, “ó tem a bola, tem não sei o quê...”, se nunca te falaram sobre isso, como é que você vai saber que aquilo pode te ajudar a aliviar a dor?

D: é...

P: Às vezes você não vai saber nem usar, não vai fazer nenhum sentido pra você! Então, os médicos, e a equipe, de um modo geral... a equipe de saúde que atende durante o pré-natal, ele tem obrigação de te falar essas coisas, né? De te dizer o que é recomendado, ou não, o que que pode ser feito ou não, todas essas coisas... por exemplo, empurrar a barriga, fazer o corte, dar o sorinho, não tem evidência científica que comprove a necessidade de fazer isso, mas eles fazem em todas as mulheres. Hoje em dia parece que tem diminuído, mas ainda assim, você também não precisava ter sido submetida a uma cesárea porque o médico estava de plantão há 48 horas e tinha 8 mulheres ali em trabalho de parto! Não precisava nada disso!

D: uhum

P: Mas que bom que o J está aí, saudável! Você está bem! Mas poderia ter sido bastante diferente...

D: é...

P: (o bebê parecia estar com fome) Está com fome de novo! vai crescer bastante, hein! (risos)

D: ahh ele mama toda hora, se deixar!

P: aham... ele parece com a I!

D: É, todo mundo fala que ele é a cara da I!

P: aham... Parece mesmo! Ai que fome!

D: Agora deu pra isso, sabe? não sei se é porque meu peito tá enchendo muito... até ele conseguir...

P: Daí coloca quando ele conseguir abocanhar a auréola toda.

D: Às vezes eu até penso que ele não quer mais, sabe?

P: Pode ser que ele só queira colo também! Porque os bebês novinhos gostam muito de ficar junto da mãe!

D: (para a filha) Ele não quer não, I!

Fillha: Mas ele stá comendo a mão!

P: É que o jeito de os nenês recém nascidos ficarem calmos, é sugando! Se é a mãozinha que está fácil ali pra ele sugar, é a mãozinha que ele vai sugar! Agora ele pegou?

D: Pegou! mas ele não quer...

P: é...

D: (imitando voz de bebê) eu não quero mãe, eu não quero... eu não quero tetê seu não!
(risos)

P: Bom, então você acha que se você tivesse tido mais orientação, se a equipe fosse mais atenciosa, te acompanhasse de um jeito melhor durante o pré-natal poderia ter sido melhor?

D: Poderia. Eu sofri dois abortos, nos meus dois abortos também foi assim, tipo... eles não estão nem aí pra ninguém não!

P: Você abortou com quanto tempo de gravidez?

D: O primeiro foi com 3 meses, e o segundo foi com 4.

P: E como você percebeu que era um aborto?

D: Por causa da dor! comecei a sentir dor e saiu um sangramento.

P: Aí você foi pra maternidade...?

D: Pra maternidade. Aí do primeiro precisou fazer curetagem, já o segundo não! O segundo foi espontâneo mesmo, aí cheguei lá e não precisava fazer curetagem. e o meu primeiro foi aquela gestação molar, não sei se você já ouviu falar...

P: Não.

D: Chama gravidez hidatiforme, mola hidatiforme, também... tá tendo muito disso agora, viu?

P: como que é?

D: É uma gravidez normal, só que na verdade é nem uma massa e ela vai ela vai se multiplicando... tem coração... tem tudo! É como se fosse uma gestação de verdade!

P: uhum

D: Só que às vezes pode virar câncer, se não é tratado rápido!

P: Ah é?

D: Depois você entra na internet aí você pesquisa direitinho pra ver...

P: É, vou pesquisar...

D: Eu não sei explicar também direito, Já faz um tempinho, então já nem...

P: E quanto tempo faz?

D: Foi em 2010, quando eu engravidei e perdi... é... em 2010 e em 2012 de novo!

P: uhum

D: Mas nesse outro foi normal, e eu só descobri que tinha essa gravidez molar, porque eu não fui buscar o resultado da curetagem, então ficou lá... aí eu perdi o segundo, e depois me ligaram, claro que eu tinha que buscar esse exame urgente, e que eu tinha que procurar um médico...

P: E você só descobriu depois da curetagem?

D: Só depois da curetagem, depois que eu engravidei de novo!

P: Nossa!

D: Porque eu não fui buscar o resultado... então eu falei, “não tem nada”, nem sabia que existia isso, né?

P: uhum

D: Fez a curetagem, pra mim acabou... eu tinha que ter ido buscar, se eu tivesse ido buscar, talvez eu nem teria perdido o segundo!

P: É, porque você já poderia ter tratado...

D: Mas não precisa fazer tratamento nenhum por isso, mas diz que precisa, mas como eu já tinha passado... aí não precisou! ai eu levei no médico tudo, aí ele falou, “ah Débora, é normal isso”, mas também não explicou nada, sabe? ficou elas por elas...

P: Isso, de não explicar nada, é que é duro não é? Porque tudo bem, a gente sabe que eles estudaram, tem o conhecimento todo, mas a gente precisa saber o mínimo do que tá acontecendo com o nosso corpo, não é?

D: Tanto que na minha segunda gravidez, eu achei que ia perder de novo! E eu não queria perder, né?

P: uhum

D: E aí eu ia no médico, tive que pagar consulta, porque eu não queria perder de jeito nenhum!

P: aham

D: Tive que pagar consulta pra ele me atender, mas mesmo pago, às vezes não é também do jeito que você pensa, não! Entra lá na sala, lá, você conversa tudo e tchau. Tchau e bença!

P: Realmente! E no aborto? Você falou que eles não tão nem aí com a gente... no aborto também teve isso? Você sentiu isso? deles não tarem nem aí com você?

porque eu fui 3 vezes pra maternidade, com dor, e me mandavam embora.

e até então eu não tinha sangramento, só tava com dor... e mandava embora... 3 vezes eu fui lá e na última vez eu falei, “ah eu não vou mais!”, perdi aqui, fia, nesse quarto aqui, eu chorando, chorando, chorando de dor, eu não aguentava mais! eu não aguentava!

P: uhum

D: aí eu falei, “eu vou esperar até 6:00 horas da manhã e eu vou no postinho”, já que lá na maternidade não fizeram nada, eu vou no postinho e tento um encaixe com o meu médico, mesmo assim, lá fiquei até o final, depois de todo mundo ter consultado eu deitada nas cadeiras, aí foi onde o médico me atendeu, e falou pra mim, que era pra mim voltar para maternidade. ele me deu uma carta, aí cheguei lá, já estava saindo sangue, saindo pelotas, sabe?

P: Sei...

D: Aí fui fazer o ultrassom, fui a pé... depois que eles colocaram o carro... agora! Mas antes você ia a pé! com aquele monte de lençol no meio das pernas, porque estava perdendo muito sangue! Fui a pé, aí fez o ultrassom, e aqueles pedaços na mesa da mulher, lá. Aí depois foi feita a curetagem. Foi a Dra E que fez.

P: uhum

D: Ninguém gosta dessa também!

P: É, eu tenho ouvido falar mal...

D: Mas pra mim ela foi muito boa!

P: uhum

D: Só que ela tava no plantão, e não podia ter mandado eu embora, né?

P: uhum

D: Depois, ela que fez a minha curetagem, aí ela falou, “ai, você tá bem Débora? Vai ficar

tudo bem, viu?”, e eu falei, “agora? Agora já é tarde!”, e ela falou, “porque você tá chorando?”, “ah, é porque eu não queria ter perdido meu filho, né?”, “não, mas você vai poder ter outro, não sei que tem...”, falei, “mas agora não adianta mais, já perdi!”.

P: uhum... duro né? porque, assim, se ela tivesse atendido direito, talvez você não tivesse passado por isso...

D: Mas na verdade depois que eu descobri, que na verdade não era uma gravidez, que era essa gestação molar, demorou 2 anos!

P: uhum

D: verdade não ia vingar! não era uma criança, era essa tal da gestação molar, aí!

P: interessante... daí no segundo, sim?

D: Aí no segundo sim! o segundo era sim, um bebezinho! realmente era um nenê, fiz o pré-natal, só que eu também num, consegui escutar o coraçãozinho dele já... desde o começo!

mas eles disseram o que pode ter acontecido, pra acontecer um aborto?

era espontâneo, disse que era espontâneo... porque não... como é que era? quando eu descobro que eu to grávida, muito... bem no comecinho, como sempre quis ter um filho, então minha menstruação atrasava 1 dia no outro já ia e fazia fazer teste, queria descobrir, então era tudo muito rápido, aí já queria ir fazer ultrassom e às vezes eu queria fazer ultrassom muito cedo... como agora pode pagar né? Então eu arrumava dinheiro, e às vezes não era o tempo certo, então não dava pra escutar o coração, nada... aí eu me desesperava! mas não, eu tinha que esperar o tempo. Aí depois de dois meses eu escutei o coraçãozinho, aí no terceiro já não escutei mais, aí mandou eu ir no médico, e falar com o médico. Aí o médico falou que ele tinha... aí comecei a sangrar também! Aí foi natural... esse foi... diz que foi natural. Eu perguntei pra ele se tinha alguma coisa a ver, com essa gestação molar, aí ele falou que não.

E o problema no rim, que o João nasceu? tipo, eles falaram de onde é que veio? porque que nasceu...

eles não falaram nada também, não! porque a gente descobriu na ultrassom, que a gente faz a ultrassom e diz que dá pra descobrir logo no início que faz, e lá tem um... eles mede, o rim, o coraçãozinho, tudo... aí descobriu que o rim dele tava dilatado, com 7...

antes de nascer?

antes de nascer! com sete meses ele tava com, acho que 2000 litro (?), aí com oito meses eu fiz a outra, aí aumentou mais um pouco. aí eu perguntei pro médico, tem que fazer alguma coisa agora? tem que tomar algum remédio? aí ele falou que não, porque tinha que esperar... Ele suga com tanta gula, né? parece que ele tá com fome mesmo, né?

Aí ele falou que tinha que esperar ele nascer, pra poder fazer o tratamento. Aí foi o que eu fiz!

P: Uhum... ele tá fazendo? ou já interrompeu?

D, então, como o SUS é uma porcaria, que eu já falo! eu já passei ele com o pediatra, tudo... aí a pediatra encaminhou pro nefro, aí consegui já a consulta, aí já passei com o nefro e ela mandou fazer uns exames. só que até agora, fia! já desde quando ele... eu fui na médica, não marcaram ainda! é uma ultrassom tem que fazer, mais um raio x, ela falou que um outro exame, que tem que fazer pelo pipizinho dele, é um cateterzinho que vai passar novo pipizinho dele, mas ela falou, “como demora Aline...”, e o exame de sangue, e o exame de urina. Aí eu só vou fazer o exame de sangue e urina depois que marcar, mas até agora... Tem que esperar ele ligar.

D:sei...

D: e... isso eu acho ruim! porque eles... como é um bebê, podia ser mais rápido né? cuidar mais... ainda mais rim, né?

sim!

na minha família tem muito quadro de rim!

P: Você teve problema de rim, né, você falou, na gestação... tive. na gestação, tive cólica de rim! meu pai antes de falecer, ele foi internado por cólica de rim...

P: e cólica de rim dizem que é insuportável!

D: Insuportável, fia! minha mãe tem cólica de rim, minhas irmã... na minha família todo mundo tem! e, tadinho, até ele tem!

P: É, veio de herança! Débora, tem mais alguma consideração que você queira fazer com relação ao parto? com relação ao atendimento?

D: Não! foi falado tudo!

APÊNDICE D

Grupo de Discussão Comunicativo

Data: / / **Horário de início:** h __ – término: __ h __

Local:

Presentes:

1. Agradecimentos e apresentações – 10 min.:

1.1. Agradecimentos

1.2. Apresentações:

- Profa. Márcia Fabbro – observadora “ajudante”
- Moderador
- Pedir que se apresentem: nome, idade e número de filhos.

2. Objetivos da pesquisa

- Geral: analisar intersubjetivamente a experiência de parto no SUS, de acordo com as mulheres que a vivenciaram.
- Específicos: identificar os elementos facilitadores e dificultadores de experiências de parto no SUS, de acordo com a vivência das mulheres, em um município do interior de São Paulo; compreender de que maneira a experiência de parto de outras mulheres de seu entorno influenciou a vivência das participantes; listar recomendações para a melhoria da assistência ao binômio mãe-bebê.

3. Explicações:

- Importância do grupo de discussão comunicativo para o estudo e sua finalidade (discutir os resultados da matriz final parcial de elementos dificultadores, formarmos consensos e propostas) e da construção do conhecimento pela intersubjetividade.
- Importância da participação delas na pesquisa e da necessidade de que a pesquisa não sirva apenas para a conclusão de um curso, mas também que provoque mudanças na assistência obstétrica.
- Necessidade de que falem com sinceridade e sem medo sobre aquilo que pensam e sentem, porém sempre apresentando argumentos para o que dizem. Explicar a importância de ouvir e respeitar o que o outro diz e que pode a qualquer momento concordar ou discordar do que o outro diz. Não há certo ou errado. O meu conhecimento não é mais importante que o deles e a finalidade é um terceiro conhecimento.
- As falas devem ser voltadas para o âmbito geral, não se trata de falarem das situações específicas.
- Todos fiquem à vontade para responder ou não o que quiserem e perguntar se não entenderem algo.

4. Combinados – 4 min.:

- Uso do gravador, caso tenha algum momento que queiram desligar podem ficar à vontade. - Combinar o tempo para realização do grupo e a necessidade de intervalo para lanche. - Falar um de cada vez.

Roteiro - Apresentar a divisão das discussões e explicar a dinâmica do grupo, o consenso e a proposta de transformação.

5. A experiência de parto no SUS

- Apresentar a matriz e discutir cada elemento;
- Elaborar propostas para a resolução da situação problema.

Proposta:

6 . Encerramento

- Perguntar se gostariam de dizer mais alguma coisa
- Agradecimento

Matriz parcial final dos Elementos Dificultadores

E D I F I C I L I D A D E S	Mundo da vida	Nº de menções	Sistema	Nº de menções
	inseguranças e medos com relação ao tipo de parto	10	falta de informação e de esclarecimentos	7
	vivendo um trabalho de parto e pós-parto doloroso e sofrido	5	não atendimento as necessidades individuais	5
	histórias de partos insatisfatórios	4	imposição sutil da cesárea	4
	dificuldades na transição para a maternidade	2	desumanização e descompromisso na assistência obstétrica	4
	quando eu deixo o outro escolher por mim	2	falta de autonomia na escolha do tipo de parto	2
	a dor delas também dói em mim	1	descaso médico	2
	falta de apoio materno	1	falta de incentivo e apoio à amamentação	2
	vivendo incômodos e preocupações durante a gestação	1	Ambiência	1
	medo de perder o bebê	1	preconceito de classe social	1
influência do estado emocional na vivência do sofrimento	1			
Total	10	28	9	28

Anexo A

Parecer do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.237.689

Investigador	Projeto Renata.pdf	13/08/2015 23:32:17		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_528643.pdf	17/08/2015 10:53:26		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br