



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA ARRUDA DE VASCONCELOS

**DA EXPECTATIVA À EXPERIÊNCIA: relato de mulheres atendidas no SUS sobre
nascimento e assistência obstétrica**

Recife
2018

FERNANDA ARRUDA DE VASCONCELOS

**DA EXPECTATIVA À EXPERIÊNCIA: relato de mulheres atendidas no SUS sobre
nascimento e assistência obstétrica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Lira dos Santos Aléssio

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

V331d Vasconcelos, Fernanda Arruda de.
Da expectativa à experiência : relato de mulheres atendidas no SUS sobre
nascimento e assistência obstétrica / Fernanda Arruda de Vasconcelos. – 2018.
128 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Lira dos Santos Aléssio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Parto humanizado. 4. Maternidade. 5.
Nascimento. 6. Representações sociais. 7. Sistema Único de Saúde (Brasil). I.
Aléssio, Renata Lira dos Santos (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-020)

FERNANDA ARRUDA DE VASCONCELOS

DA EXPECTATIVA À EXPERIÊNCIA: relato de mulheres atendidas no SUS sobre
nascimento e assistência obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovada em: 17/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Renata Lira dos Santos Aléssio
(Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Edclécia Reino Carneiro de Moraes
(Examinadora Externa)

Faculdade de Ciências Humanas ESUDA / Faculdade Maurício de Nassau

Prof. Dr. Sidclay Bezerra de Souza
(Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a estas mulheres, que me confiaram um pouco de sua história, que me permitiram tocar essa parte importante de suas vidas. Dedico este trabalho a todas as mulheres, pela aliança invisível e verdadeira que nos une e pelas quais finquei uma bandeira de luta.

AGRADECIMENTOS

A Alice, minha filha e transformação, que me concede os mais intensos sentimentos, que compartilha comigo os maiores aprendizados e a quem ofereço minha vida inteira.

A Pedro, por escrever comigo a minha história, com todas as turbulências e persistências fortalecedoras. Por segurar minha mão.

A Renata Lira, pela presença, sensibilidade e inspiração nesse caminho, por quem nutro uma admiração em profunda expansão.

A Rejane, por tanto apoio nas minhas ausências.

A Laís, Camylla e Thaíris, minhas flores do mestrado, com as quais dividi mais de perto esse percurso, com trocas, generosidade e acolhimento.

A Marília Nepomuceno, que me abriu as primeiras portas da humanização, por ajudar no meu empoderamento e pela luz e registro do meu parto.

A Lu, Gerlane, Carla e Marília Nicéas, pela emoção em saber que minha experiência tocou a vida de vocês e por me proporcionarem, com olhos atentos e orgulhosos, admirar suas trajetórias transformadoras e libertadoras.

A Carla, Felipe, Andréa Germano, Andréa Cardoso, Ana Paula e Jan, por combinarem afetividade e trabalho, por entenderem que o cuidado com o outro é nossa maior atribuição, por nos cuidarmos cotidianamente.

Às amigas e aos amigos, presentes pra mim, que compactuam uma visão de mundo pautada no respeito e na luta, pela rede de apoio fortalecedora.

Por fim, agradeço aos meus pais, aos quais dedico, não apenas este, mas todos os meus trabalhos.

Ela é médica

*E tem todo o direito de arrancar o que quiser
de mim*

Eu que estou, como qualquer sujeito

Sujeito a dar defeito ou coisa assim

Doença, mal, moléstia, enfermidade

Até saudade, até saudade pode ser meu fim

(Gilberto Gil, 2018)

RESUMO

O parto e o nascimento não são eventos exclusivamente físicos e biológicos, mas também sociais e culturais. Como objetos sociais, representam organizações econômicas e políticas e refletem aspectos históricos, ideológicos, simbólicos, emocionais diversos, contendo ainda a dimensão individual e subjetiva, constituindo, assim, um importante e relevante campo de estudo. Esta pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo compreender os significados construídos sobre vias de nascimento e assistência obstétrica por mulheres primíparas antes e após a experiência de parto vaginal ou cesárea. Utilizou como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais, em particular a abordagem histórico-cultural de Jodelet, que compreende as representações sociais, como uma forma de conhecimento socialmente construído e compartilhado, que orienta práticas e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Participaram do estudo sete mulheres com idade entre 19 e 36 anos, atendidas no sistema público de saúde, que foram consultadas em dois momentos: o primeiro, no terceiro trimestre da gestação (entre 28 e 42 semanas), e o segundo, após o nascimento. Para a obtenção dos dados, foi utilizado questionário socioeconômico, entrevista semiestruturada (durante a gestação) e entrevista episódica (após o nascimento). A análise dos dados foi realizada a partir do método fenomenológico, para investigação psicológica. Como resultado, observaram-se elementos que constituem as representações sociais e preferência sobre via de nascimento das mulheres gestantes, entre eles: conteúdo das informações acessadas, compartilhamento das experiências de outras mulheres, acompanhamento pré-natal, apoio percebido, representações sociais sobre maternidade. A partir do relato da experiência, pelas mulheres consultadas, foi possível apreender os sentidos atribuídos ao nascimento, refletindo sobre os contrastes e semelhanças quanto às expectativas antes de sua vivência.

Palavras-chave: Parto. Nascimento. Humanização. Representações sociais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Delivery and birth are not events exclusively physical or biological, but also social and cultural. As social objects, they represent economical and political organizations and reflect historical, ideological, symbolical and emotional aspects, containing aswell individual and subjective dimensions, therefore making it a important and relevant studying field. This research, from a qualitative nature, had as an objective comprehend the constructed meanings about the paths of birth and obstetrical assistance by primiparous women before and after the experience of vaginal birth or a c-section. The research utilized as theoretical contribution the Theory Of Social Representations, in particular the historic-cultural approach of Jodelet, which understands the social representations as a form of shared socially constructed knowledge, which orientates practics and contributes to the construction of a common reality in a social set. Took part in the study 7 women aged between 19 and 36 years old, attended in the public health system, who where consulted in two separate moments: the first, in the third trimester of the pregnancy (between 28 and 42 weeks) and, the second, after the birth. For the getting of data were used a social-economic survey, a semi-structured interview (during the pregnancy) and an episodic interview (after the birth). The analysis of the data was made from the phenomenological method for psychological investigation. As a result, elements that constitute the social representations and the preference for the method of birth from pregnant women where observed, they are: content of acessed information, sharing of experience from other women, pre-natal follow up, perceived support, social representations about motherhood. From the experience report by the consulted women it was possible to comprehend the feelings attributed to birth, reflecting on the contrasts and similarities as the expectations before their experience.

Keywords: Childbirth. Birth. Humanization. Social representation. Health Unic System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Censo de nascimentos ocorridos na maternidade pesquisada.....	58
Quadro 2 -	Período de realização das entrevistas.....	60
Quadro 3 -	Informações socioeconômicas das participantes.....	60
Quadro 4 -	Presença de acompanhante durante o nascimento.....	100
Quadro 5 -	Via de nascimento desejada e ocorrida.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DEGTES	Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmitida
EBM	Medicina Baseada em Evidências
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE	Pernambuco
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCINCa	Unidade de Cuidados para o Método Canguru
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PARTO E NASCIMENTO	17
2.1	A construção histórica e social do parto.....	17
2.2	Institucionalização da assistência ao nascimento.....	21
2.3	Políticas de atenção à saúde da mulher.....	22
2.4	Movimento pela humanização do parto e nascimento.....	26
2.5	Violência obstétrica.....	30
2.6	Estudos sobre a Autonomia e assistência ao nascimento.....	32
3	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	36
3.1	Jodelet e a abordagem histórico-cultural das Representações Sociais.....	39
3.2	Teoria das Representações Sociais no campo da Saúde.....	42
3.3	Estudos de Representações Sociais e assistência obstétrica.....	46
4	OBJETIVOS.....	56
4.1	Objetivo Geral.....	56
4.2	Objetivos específicos.....	56
5	MÉTODO	57
5.1	Natureza da pesquisa.....	57
5.2	Inserção em campo.....	57
5.3	Procedimentos para coleta de dados.....	59
5.4	Participantes.....	59
5.5	Procedimentos para análise dos dados.....	61
5.6	Aspectos éticos.....	62
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
6.1	Expectativas e preparação para o nascimento.....	63
6.1.1	<i>Lúcia.....</i>	<i>63</i>
6.1.2	<i>Bianca.....</i>	<i>65</i>
6.1.3	<i>Rebeca.....</i>	<i>67</i>
6.1.4	<i>Marília.....</i>	<i>68</i>
6.1.5	<i>Luciana.....</i>	<i>69</i>
6.1.6	<i>Carla.....</i>	<i>72</i>
6.1.7	<i>Priscila.....</i>	<i>75</i>
6.1.8	<i>Discussão sobre as expectativas e preparação para o nascimento.....</i>	<i>77</i>
6.2	Experiência	84
6.2.1	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Lúcia.....</i>	<i>84</i>
6.2.2	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Bianca.....</i>	<i>85</i>
6.2.3	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Rebeca.....</i>	<i>87</i>
6.2.4	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Marília.....</i>	<i>88</i>
6.2.5	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Luciana.....</i>	<i>90</i>
6.2.6	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Carla.....</i>	<i>92</i>
6.2.7	<i>A experiência do nascimento vivenciada por Priscilla.....</i>	<i>94</i>

6.2.8	<i>Discussão experiência</i>	95
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE A – ARTIGOS LOCALIZADOS A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	120
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	125
	APÊNDICE C – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	126
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127

1 INTRODUÇÃO

A escolha por um tema de pesquisa representa a primeira indicação do posicionamento ideológico e lugar de fala da pesquisadora ou pesquisador. Assim, o interesse por esse recorte da realidade emergiu da minha experiência pessoal de gestação, parto e maternidade, quando muitas (des) construções foram necessárias.

A notícia da gravidez foi sentida por mim como uma imponente onda do mar, que atinge, lava e carrega, embora algumas – ou muitas – coisas, enquanto obriga a firmar com força os pés no chão. Ao questionar o meu desejo inicial por um nascimento via cirurgia cesariana, me dei conta de alguns pontos que se cruzavam, compondo uma rede emaranhada de sentidos, entre eles: os fortes e traumáticos relatos de partos carregados de violência que ouvi durante toda a vida, a falta de informações sobre o processo fisiológico do nascimento e o entendimento que tinha sobre meu próprio corpo.

Ao mergulhar em estudos sobre o assunto e numa conexão com meu corpo gestante, me deparei ainda com as dificuldades impostas diante da atual configuração do sistema obstétrico na rede suplementar de saúde, que me direcionava, sem timidez, para um procedimento cirúrgico. Isto é, me conduzia para um caminho contra a minha vontade, sem explicações que me trouxessem sentido. Consegui meu parto desejado mediante pagamento de uma volumosa importância financeira. Foi minha condição de classe média e os privilégios dela decorrentes, que me permitiram vivenciar a potência de um parto conduzido por mim, com o respeito a tudo que desejei, para mim e minha filha, e que me permite sentir até hoje felicidade e orgulho ao lembrar esse momento.

Foi a minha experiência pessoal, atrelada à reflexão das condições de gênero e classe, que me arrebataram. Foi a percepção de que são as mulheres, em especial as negras e pobres, que mais têm os corpos invadidos e o entendimento de que nascer é tanto uma experiência pessoal, quanto um ato político, que me conduziram a esta pesquisa.

Herzlich (2004) chama atenção sobre o paradoxo que envolve a saúde e a doença enquanto objeto, tanto individual, quanto social, e, deste modo, em relação ao domínio de pertença – o público ou o privado. Os laços entre essas esferas são oscilantes e já passaram por diversas transformações ao longo da história. Embora o poder das tradições religiosas em tomar questões corporais como tabu tenha diminuído, o corpo continua pertencendo à esfera privada e questões que o envolvem ainda assumem um caráter íntimo, compreendendo, inclusive sigilo e rituais privados. No entanto, falar em corpo, saúde e doença, exige também

relacionar ao domínio público: “a história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens” (HERZLICH, 2004, p. 384).

Desse modo, é preciso compreender que questões de ordem privada não estão isoladas do público e das tendências histórico-sociais. A autora afirma ainda que os relatos dos indivíduos sobre saúde e doença expõem experiências pessoais, que são socializadas. Assim, elucidam alguns pontos das relações entre o sujeito e seu grupo em um determinado contexto.

Os conceitos e práticas de atenção à saúde de cada sociedade são construções vinculadas ao momento histórico e social, que permeiam a vida dos indivíduos em diversas esferas, através das construções de políticas públicas. Estas refletem também as contradições do corpo social, os posicionamentos ideológicos e relações de poder. No debate contemporâneo das políticas de saúde, a atenção ao parto vem ocupando um espaço cada vez maior, sendo alvo de constantes discussões sobre questões técnicas, éticas e de qualidade de vida.

Segundo Souto (2008, p. 170), a implementação da política de assistência integral à saúde da mulher, enfocando os direitos sexuais e reprodutivos em todas as fases da vida, implica o reconhecimento das diferenças e desigualdades entre os gêneros e conduz ao reconhecimento do efeito das intervenções sobre o corpo da mulher.

Dessa forma, existe uma indissociabilidade entre integralidade e gênero, entendendo que a representação simbólica do corpo feminino expressa a construção social e cultural da mulher na sociedade e que esta representação se cristaliza na assistência à saúde da mulher, definindo formas de cuidado nas quais se observa a priorização da saúde reprodutiva e medicalização do seu corpo, negando à mulher a autonomia para escolher e decidir.

O desrespeito ao direito de escolha das mulheres quanto aos procedimentos realizados em seu corpo e quanto à via de nascimento é um problema social, e não apenas médico, pois representa uma forma de violação dos direitos humanos que implica violência de gênero e atua contra os direitos das mulheres e sua dignidade e integridade.

Diniz (2005, p. 633) afirma que o movimento de humanização do parto e nascimento manifesta a necessidade de compreender o parto como uma experiência humana, refletindo então sobre a importância do cuidado e zelo por quem o assiste, propondo uma mudança nas práticas diante do sofrimento de uma mulher. O termo humanização representa ainda uma forma estratégica de dialogar com os profissionais de saúde sobre violência institucional.

A humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto, e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a

mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”, enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar.

De acordo com Müller e Nepomuceno (2014, p. 840), a contestação do atual modelo obstétrico e a busca por um parto e nascimento sem violência ou intervenções desnecessárias representam luta contra um sistema patriarcal e machista e busca pelo empoderamento feminino e autonomia durante a assistência ao nascimento. Assim, “o movimento de mulheres pela humanização do parto e nascimento dialoga estruturalmente com a reivindicação da fisiologia como ferramenta libertadora. ”

O nascimento é um evento singular, de grande intensidade emocional, que afeta profundamente as parturientes, nascituros e familiares de modo geral. Todos passaram pelo processo do nascimento e estarão envolvidos, em algum momento de sua vida, com o universo da gestação e do nascer. Deste modo, é importante concentrar esforços para compreender o posicionamento dos sujeitos em relação ao tema e como este norteia suas práticas, bem como entender o modo como essas experiências são vividas e sentidas.

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais nos parece ser uma proposta adequada para balizar a realização deste estudo, já que esta visa compreender as teorias de senso comum, como produtoras de significados e práticas.

Sobre a identificação dos fenômenos sociais, Sá (1998, p. 50) afirma que um objeto só gera representação social se possui relevância cultural, se há uma correspondência entre o pensamento social e as práticas sociais de determinado grupo. Assim, para definir sujeito e objeto de uma pesquisa “devemos ter em mente que a representação que os liga é um saber efetivamente praticado, que não deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente. ”

Jodelet (2005, p. 29) define a experiência vivida como “o modo através do qual as pessoas sentem uma situação, em seu foro íntimo, e o modo como elas elaboram, através de um trabalho psíquico e cognitivo, as ressonâncias positivas ou negativas dessa situação e das relações e ações que elas desenvolveram naquela situação. ” Assim, a experiência vivida possui uma função mediadora na construção de conhecimentos, podendo conduzir, inclusive, a novas representações.

Desse modo, compreendendo o efeito entre experiência e representações sociais e que o nascimento simboliza, nesse contexto social, um objeto de impacto na vida dos indivíduos, capaz de assumir diferentes conotações e de provocar disputas diversas sobre o modo como a assistência e as políticas vêm sendo construídas, a presente investigação teve como objetivo

compreender os significados construídos sobre vias de nascimento e assistência obstétrica, por mulheres primíparas, antes e após a experiência de parto vaginal ou cesárea.

No primeiro capítulo, foram abordados o parto e o nascimento, evidenciando a trajetória de construção histórica e social do parto, de evento fisiológico compartilhado entre mulheres e sob os cuidados das parteiras, para objeto da Medicina, a partir de um modelo institucionalizado de assistência. Em seguida, foram apontadas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, incluindo o Movimento pela Humanização do Parto e seus preceitos, bem como a conceituação de violência obstétrica. Por fim, foram apontados e discutidos estudos sobre autonomia da mulher e assistência obstétrica.

O segundo capítulo foi dedicado à apresentação da Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizada como aporte teórico-metodológico deste trabalho. Foi apresentada, de forma não exaustiva, uma síntese contextual do processo de criação da teoria, por Serge Moscovici, bem como seus principais conceitos e aspectos da construção de uma representação: a ancoragem e a objetivação. Foi então apresentada a perspectiva histórico-cultural de Denise Jodelet, abordagem complementar à teoria proposta por Moscovici, e que serviu de base para este estudo. Por fim, foi discutida a aplicabilidade da TRS no campo da saúde de modo geral e da assistência ao nascimento de modo específico.

No quarto capítulo, foi exposto o método utilizado neste estudo, apresentando a natureza da pesquisa, aspectos éticos norteadores, a inserção no campo, procedimentos para a coleta de dados, as participantes e os procedimentos adotados para análise dos dados.

O quinto capítulo compreende os resultados encontrados, desenvolvendo os aspectos significativos dos fenômenos que envolvem as expectativas e experiências das mulheres quanto ao nascimento.

No sexto capítulo, foi realizada a discussão dos resultados e sua articulação com o referencial teórico utilizado.

Por fim, foram elaboradas reflexões acerca da temática, tecendo as considerações finais, retomando os principais achados da pesquisa, identificando limitações do estudo e apontamentos para pesquisas futuras.

2 PARTO E NASCIMENTO

O parto e o nascimento são objetos sociais complexos, que envolvem diversos elementos. Para compreender os sentidos atribuídos a estes e o modo como a assistência obstétrica está organizada, é necessária uma breve contextualização, enfatizando aspectos históricos e culturais que permitam compreender mudanças de perspectivas no decorrer do tempo até a atual configuração da atenção obstétrica.

2.1 A construção histórica e social do parto

Tradicionalmente, as mulheres eram acompanhadas durante a gestação, o parto e o puerpério, por outras mulheres – as chamadas “aparedeiras”, “comadres” ou ainda “parteiras-leigas” –, que, a partir do saber construído empiricamente, realizavam os cuidados em domicílio, inclusive com o recém-nascido. Estas mulheres, que em geral faziam parte dos setores populares, eram consultadas ainda sobre temas diversos relacionados à sexualidade, como doenças sexualmente transmissíveis ou cuidados com a saúde da mulher (BRENES, 1991).

A Medicina, enquanto instituição, absorveu estas práticas inicialmente na Europa, nos séculos XVII e XVIII, denominando de “parteiro” ou “médico-parteiro” os profissionais por ela formados. Desde então, entende o processo do parto sob o enfoque biológico, por influência da anatomia patológica,¹ permitindo, inclusive, procedimentos a serem realizados pelo parteiro para interrupção da gravidez, se houvesse algum sinal de risco de morte para a mulher, pois salvar sua vida era o principal objetivo. Apenas, a partir da segunda metade do século XIX, outras instâncias sociais são vinculadas à Medicina, proporcionando novos olhares sobre a imagem da mulher, seu papel na sociedade e sua relação com os filhos (BRENES, 1991).

A autora afirma ainda que, mesmo após a implantação de escolas de Medicina, a falta de prática durante o curso era motivo de queixa, especialmente na obstetrícia. Para resolução dessa questão, duas ações se mostraram necessárias: primeiro, a criação de um local para observação dos corpos (clínica/hospital) junto à escola e, segundo, a presença de corpos femininos a serem observados. Para trazer a população feminina do Brasil Império a esses

¹ Especialidade médica responsável pelo diagnóstico de doenças por meio de exame macro e microscópico de células e tecidos. Segundo Hegenberg (1998), a anatomia patológica foi fundada no século XVIII, por Giovanni Battista Morgagni. Através da realização de diversas autópsias, concluiu que as doenças resultavam de alterações nos órgãos.

espaços, foi necessário um investimento na imagem do médico, tecendo uma reputação de confiança a partir de uma mudança no olhar sobre a mulher (BRENES, 1991, p. 145).

(...) o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que, entre as alterações imediatas que possibilitaram a esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as históricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX.

O campo de atuação médica apresentou então crescimento e consolidação consideráveis e o profissional médico conquistou lugar importante no meio familiar. Para que isto ocorresse, algumas estratégias foram utilizadas, como: valorização da mulher enquanto mãe, campanhas em prol da amamentação, conscientização de medidas higiênicas, reconhecimento dos laços entre mãe e filhos (MARTINS, 2005).

Foi no século XIX que houve modificações estruturais na assistência ao nascimento, que decorreram de mudanças importantes na sociedade, no terreno familiar, do trabalho, nas relações de gêneros, papéis desempenhados, mas, sobretudo, das mentalidades (TORNQUIST, 2004).

Para o surgimento da obstetrícia, enquanto especialidade médica, foram imprescindíveis, primeiro, o interesse médico pela mulher e, em seguida, a configuração da obstetrícia com associação clara entre clínica e cirurgia. O discurso científico sobre a mulher tecido pela Medicina baseou-se no determinismo biológico para descrever a vida como fenômenos fisiopatológicos sucessivos, incluindo gestação e parto. Ao final do século XIX e início do XX, obstetras trabalharam na construção da vinculação do parto como um processo restrito à maternidade, sob seu domínio, e, para isso, o investimento na criação e utilização de instrumental próprio e práticas intervencionistas (MAIA, 2010).

Martins (2005, p. 652) afirma que a constituição da obstetrícia se deu a partir da proximidade com as mulheres e da transformação do *status* médico, mas, sobretudo, pela reorganização do conhecimento científico e abandono de explicações especulativas sobre o corpo. O conhecimento científico obstétrico produzido e divulgado se deteve a, minuciosamente, pesquisar, observar e representar o corpo feminino. “O corpo se transforma num cenário material e visível, num novo território cujas verdades eram acessíveis ao olhar

atento do médico e do cientista, que passaram a lançar um olhar em profundidade entre tecidos e órgãos em direção ao núcleo da verdade. ” Construiu-se então um saber institucionalizado sobre o corpo feminino, acessível ao grupo restrito que dominava aqueles saberes e práticas.

A ginecologia e obstetrícia, vinculadas a uma visão patológica dos processos femininos, justificam, assim, instrumentos e práticas associadas à ascendência dos homens sobre as mulheres e do corpo médico sobre suas pacientes, distanciando o autoconhecimento e as tornando um corpo passível e manipulável (TORNQUIST, 2004).

Uma mudança emblemática na cena do nascimento com a medicalização do parto ilustra bem esse posicionamento hierárquico: a determinação da posição de litotomia (posição ginecológica em que a mulher fica deitada com a barriga voltada para cima e com flexão de 90° de quadril e joelho), para parir. Esta disposição, apesar de dificultar a expulsão do bebê, facilita ao médico a visualização do períneo, bem como sua condução ativa no nascimento e seu papel de sujeito do parto (MAIA, 2010).

Tornquist (2004, p. 65) analisa o evento do parto de uma forma mais abrangente, para além da dimensão biológica ou anatomopatológica incorporada e construída pela biomedicina. É necessário pensar o parto enquanto construção social, enquanto um fenômeno humano originado pela e na cultura – sincronicamente biológico e simbólico –, e sob a perspectiva da mulher que vivencia essa experiência.

(...) entendo que o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais – incluindo-se as narrativas e lembranças guardadas na memória. Situando-se menos como uma doença – à exceção dos partos em que há graves dificuldades e mais como um fenômeno que envolve corpo e saúde, o parto é vivenciado como um ritual de passagem, que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais.

A autora chama atenção ainda para a necessidade de compreender e questionar o processo de formação da assistência ao parto e nascimento e a imposta submissão das mulheres ao sistema médico, inscrevendo essa discussão no marco das relações de gênero (a própria maternidade é historicamente marcada por relações de poder diversas). O discurso médico, por um lado, foi construído a partir de representações correntes na sociedade, mas, por outro, acentuou potencialmente a diferença entre mulheres e homens.

Essa diferenciação dos corpos, quase sempre pensada a partir da referência do corpo masculino, como modelo e ponto de comparação, foi difundida e ampliada em diversos campos de saberes. A psicanálise, campo de investigação e tratamento do psiquismo humano que teve origem no século XIX, a partir de Sigmund Freud, um médico, é um exemplo claro

desse movimento. Como base de sua teoria, aponta o clitóris como um substituto do pênis,² pensando a diferenciação sexual a partir da primazia do falo, a designação da libido como, regular e normativamente, de natureza masculina e às mulheres a sina da inveja do pênis.

Pensando além do campo da saúde, uma rápida reflexão sobre a construção e visibilidade da imagem feminina na mídia também deixa claro algumas definições socialmente construídas e compartilhadas sobre a mulher, seu corpo e seu papel. Veloso (2013) afirma que as mulheres são representadas pela e na mídia, em especial a televisiva, predominantemente como mercadorias, “rainhas do lar” ou na qualidade de consumidoras. Assim, em uma configuração histórica, com base nos aparelhos ideológicos do Estado, os meios de comunicação servem à manutenção do machismo e patriarcado,³ reproduzindo relações sociais assimétricas, através da sub-representação e/ou invisibilidade feminina e sua consequente violência simbólica.

Martins (2004) analisa alguns textos literários e científicos do final do século XIX, com discursos sobre a diferença sexual feminina e caráter misógino, que não alcançaram apenas cientistas e médicos, mas serviram para reafirmar desigualdades por outros intelectuais e definir atribuições e papéis sociais da mulher – mãe acolhedora *versus* fonte sedutora do mal. Até as publicações que defendiam a importância da educação feminina não visavam a igualdade de gêneros, mas, ao contrário, reforçavam a segregação sexual, a partir da apropriação dos saberes médico-científicos sobre o corpo da mulher.

Em pouco mais de um século, ocorreu uma mudança estrutural na compreensão e vivência do parto. Este, de evento fisiológico e social, sentido e vivido no seio familiar e compartilhado entre mulheres, torna-se objeto sob os domínios da Medicina, circunscrito aos hospitais, institucionalizado e regulado por políticas públicas. O risco de complicações e patologias, antes exceção, torna-se o foco, inaugurando o modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2010).

² FREUD, S. Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros Trabalhos (1901 – 1905) – Obras Completas – Vol.VII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

³ A autora utiliza esses termos integrados, como sistemas simbólicos que constituem relações políticas, econômicas e culturais e fundamentam a histórica desigualdade de gêneros, sistema masculino de opressão sobre as mulheres. Miguel e Biroli (2014), no entanto, chamam atenção sobre a falta de unidade sobre o termo “patriarcado” dentro da teoria feminista. Enquanto algumas autoras argumentam ser um conceito profundo e que abrange múltiplas facetas da dominação masculina, outras afirmam que representa apenas uma das manifestações da dominação masculina, vinculada ao absolutismo, e diferente das sociedades democráticas atuais. Nestas, relações de subordinação direta, próprias do patriarcado histórico, deram lugar a novos arranjos marcados pela vulnerabilidade da mulher. Assim, o termo “dominação masculina” captura um fenômeno mais geral.

2.2 Institucionalização da assistência ao nascimento

A antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001) afirma que os sistemas de saúde acompanham o modo de funcionamento das sociedades das quais fazem parte e em uma sociedade tecnocrata, isto é, industrializada e ideologicamente organizada para o progresso tecnológico, a saúde, de modo geral, e a obstetrícia, particularmente, foi convocada a desenvolver tecnologias, seguindo o modelo de linha de montagem fabril.

Um dos principais pilares de organização nestas sociedades é a separação: as coisas são mais bem compreendidas se separadas em componentes, descontextualizadas e analisadas por especialidades cada vez mais restritas. O corpo é então metodicamente desvinculado da mente e definido como uma máquina, que necessita, portanto, de constante manipulação (especialmente se é um corpo feminino). Esta ênfase na importância da máquina e a produção fabril mercadológica, marcadamente organizadora da vida social, também organiza formas de nascimento: o hospital reflete a fábrica, o corpo feminino a máquina e o nascituro o produto final da fabricação industrial (DAVIS-FLOYD, 2001).

A autora afirma ainda que mecanizar o corpo humano e separá-lo de sua mente liberam os profissionais da responsabilidade pela mente ou espírito do paciente. Este modelo tecnocrático traz consigo uma gama de intervenções médicas na tentativa de controlar e uniformizar os processos fisiológicos naturais do parto e nascimento, em detrimento das particularidades com que cada mulher vivencia este momento. Assim, as informações mais relevantes são de fora para dentro, provenientes das diversas e “essenciais” máquinas de alta tecnologia, imprescindíveis para um bom atendimento e manipuladas por médicos, que assumem posição hierarquicamente superior aos pacientes (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nas tecnocracias, alterar processos naturais torna-os “melhores” – previsíveis, controláveis e, então, “seguros” –, sendo que quanto mais controlamos, mais tememos os aspectos que não se podem controlar. Isto se aplica claramente a um processo natural como o nascimento, em que há uma supervalorização da tecnologia médica, a partir do entendimento do parto como um processo potencialmente caótico, imprevisível e perigoso. Ao conceder o parto à condução e comando do médico, impõe-se à parturiente uma condição vulnerável, distanciando-a do poder de decisão sobre seu próprio corpo. Quando a utilização desenfreada de tecnologias obstétricas gera intercorrências, utiliza-se de mais tecnologias para consertar a falha e, então, parabenizam-se os médicos pelo bom trabalho realizado (DAVIS-FLOYD, 2001).

Segundo Müller et al. (2012), neste modelo de atendimento, a adoção de cirurgias como modo rotineiro de nascer mostrou-se uma opção rentável e organizada, a partir do

controle de diversas variáveis, incluindo o tempo. A aspiração ao controle traz consigo também a tentativa de anulação da experiência individual – que engloba questões fisiológicas, psicológicas e culturais – em busca de uma homogeneização e universalização desinteressada por particularidades e desejos individuais. O próprio acompanhamento pré-natal quase sempre é conduzido e reduzido à conferência e controle dos números (peso, pressão, frequência cardíaca), desprezando fatores emocionais.

Esse posicionamento da biomedicina como conhecimento normatizador e hierarquizado acaba por desvalorizar outros tipos de saberes, além de não compartilhar ou mesmo incentivar a mulher a buscar informações e decidir sobre processos e procedimentos que envolvem o seu corpo. Ademais, o número reduzido de filhos nas famílias contemporâneas e os nascimentos quase sempre realizados em ambiente hospitalar fazem com que a maior parte das mulheres vivencie a gestação sem ter presenciado outra mulher parindo, o que já foi habitual outrora. Assim, mulheres deixam de acessar aspectos fisiológicos que poderiam conhecer sob a relação entre pares compartilhada em uma tradição e não apenas pelo domínio médico (MÜLLER et al., 2012).

A institucionalização da atenção à saúde representa uma forma de poder hegemônico sobre o corpo feminino, de controle da sexualidade como veículo da reprodução, exercido através das políticas de saúde e das práticas de atenção médica. A assistência institucional e o processo de hospitalização do parto foram fundamentais para ascensão do desenvolvimento e hegemonia do poder médico, transformando o papel da mulher no parto de sujeito para objeto. A mulher passa então a ser propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

2.3 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

Foi no início do século XX que a saúde da mulher passou a integrar as políticas nacionais de saúde, ainda que restrita à gravidez e nascimento e a partir de uma visão limitada sobre a mulher, reduzindo-a às especificidades biológicas e a um papel social restrito à maternidade e cuidados do lar. Os programas que integravam a política eram desconectados de outros programas e não levavam em conta as especificidades das populações locais, além de desassistir as mulheres durante a maior parte de suas vidas, quando não estavam gestando (BRASIL, 2004).

Um movimento de mulheres, que criticavam essa visão reducionista, foi que reivindicou discussão política de temas que até então eram entendidos e vividos enquanto questões privadas, como contracepção, prevenção de DSTs e sobrecarga de trabalho das

mulheres, que também ocasionam adoecimento e sofrimento. Tais reivindicações exigiam um olhar político sobre a mulher enquanto sujeitos de direitos, demandando ações e suporte em todos os ciclos da vida e contemplando diferentes populações, com suas necessidades específicas, de acordo com condições sociais, econômicas, culturais e afetivas (BRASIL, 2004).

Para concepção e implementação de uma política de saúde voltada para grupos específicos é primordial compreender o ser humano como um todo, indivisível – ou seja, englobando aspectos físicos, mentais, afetivos e espirituais – e que o cuidado em saúde deve ser realizado em todos os campos e níveis, organizados em redes de serviços. Além disso, é preciso ter claro que as políticas governamentais, criadas a partir de demandas sociais, têm sua abrangência e limitações como resultado de disputas políticas, ideológicas, conceituais e organizacionais (SOUTO, 2008).

Em 1984, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), norteado pelo princípio da integralidade e equidade da assistência, com a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, no mesmo período em que, no Movimento Sanitário, trabalhava-se na construção conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O Paism propunha ações educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, visando oferecer assistência clínico-ginecológica ao pré-natal, parto e puerpério imediato, da adolescência até a velhice, englobando planejamento familiar, controle de DST, câncer de colo de útero e de mama. Dentre os objetivos programáticos, destaca-se a melhoria da assistência, através de ampliação da cobertura do atendimento no sistema formal e informal – parteiras tradicionais – e diminuição dos índices de cesáreas desnecessárias, bem como incentivo ao aleitamento materno, através do alojamento conjunto (BRASIL, 1984).

O marco referencial do Paism rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças (SOUTO, 2008, p. 165).

No entanto, embora se reconheçam os avanços, várias lacunas foram reconhecidas nas ações propostas no Paism e que foram consideradas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, proposta em 2004. A partir da análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras, este documento incorporou contribuições importantes para grupos específicos, como: saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, saúde das mulheres lésbicas, saúde das

mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão (BRASIL, 2004).

Foi a partir do papel imposto à mulher pela sociedade, de esposa e mãe, sob as lentes que restringiam sua sexualidade à condição reprodutiva e seu corpo a lugar privilegiado de submissão e opressão, que foram institucionalizados os primeiros cuidados em saúde da mulher. A inclusão de direitos sexuais e reprodutivos nas políticas de saúde em todos os ciclos da vida favorece então a reflexão crítica sobre as desigualdades nas relações de gênero, as formas de dominação sobre seu corpo, as particularidades nas dimensões de geração, classe, raça, etnia e orientação sexual (SOUTO, 2008).

Como dito anteriormente, o modo como a ginecologia e a obstetrícia foram constituídas, a partir de uma visão patológica do corpo feminino e acompanhando ideologicamente as características de uma sociedade tecnocrática, foi decisivo na mudança dos modos de nascer, passando a ser realizado, em sua maioria, sob o comando do médico.

Segundo Teixeira e Santos (2018), o cuidado materno no Brasil acompanhou e foi consolidado, a partir das características de uma sociedade tecnocrática, resultando em uma das mais elevadas taxas de cirurgias cesarianas do mundo (cerca de 40% nos serviços públicos e 84% no setor privado). O uso excessivo desse procedimento afeta diretamente aquelas mulheres que têm preferência pelo parto vaginal, tirando delas o poder de escolha.

Salgado (2012) afirma, após análise da narrativa das mulheres participantes de sua pesquisa, que os sentimentos relacionados à cesárea indesejada se estendem além da perda do parto vaginal não vivenciado, somam-se à frustração na relação autoritária com o profissional e desrespeito ao protagonismo da mulher.⁴ Os dados revelam que, na assistência da maior parte dos casos estudados na cesárea indesejada, houve discursos intimidadores diversos, como questionamento sobre o bem-estar do bebê, sobre a capacidade da mulher de iniciar ou seguir o trabalho de parto na tentativa de conduzir à cesárea (eletiva ou intraparto) ou ainda, se valendo da vulnerabilidade da mulher no final da gestação, questionar a qualidade do atendimento ou presença de profissionais, caso ocorra o desejo de aguardar o início do trabalho de parto espontâneo.

Desde 1985 até hoje, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que a taxa ideal de cirurgias cesarianas deveria ser entre 10% e 15% (OMS, 2015). Em 2015, dos 569.118 nascimentos ocorridos na rede de saúde suplementar do Brasil, 481.571 foram

⁴ O termo é aqui utilizado para se referir à ocupação do papel principal em um acontecimento. Tratando do protagonismo da mulher na parturição, diz respeito ao posicionamento da mulher como elemento central, que participa de todas as fases e decisões referentes ao seu corpo, sua gestação e ao nascimento.

através de cesárea, o que corresponde a 84,6% do total, como publicou em 2016 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo dados fornecidos pelas operadoras de planos de saúde. A análise dessa taxa tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e nos faz questionar o motivo de o Brasil ser um dos líderes mundiais em cesarianas.

Este procedimento cirúrgico oferece aumento da morbimortalidade materna e neonatal, mais risco de infecção puerperal, prematuridade, retardo na recuperação da genitora, internação mais prolongada e com maior uso de medicamentos, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação, além da elevação de gastos para o sistema de saúde (MANDARINO et al., 2009).

Essa alta prevalência não parece estar relacionada a riscos obstétricos reais, mas a fatores socioeconômicos e culturais e à chamada “cultura da cesariana”. A aparente preferência das mulheres pelo procedimento parece moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento está diretamente associada à tecnologia utilizada (LEAL et al., 2009).

O modo como a assistência obstétrica está organizado, incluindo a formação dos profissionais, também mantém relação com a elevada taxa de cirurgias cesarianas no país. A qualidade da atenção prestada durante o trabalho de parto e a reação dos profissionais diante das queixas das parturientes parecem estar estreitamente relacionadas com o desfecho sobre o procedimento cirúrgico (HOTIMSKY et al., 2002).

Domingues et al. (2014, p. 102), refletindo sobre as possíveis influências na preferência sobre as vias de nascimento, consideram a fonte de pagamento um importante variável nessa compreensão.

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto. No Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado financia a assistência que será ofertada em serviços públicos ou privados contratados, os chamados serviços mistos. No SUS, as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão. De modo geral, a indicação de uma cesariana é feita mediante o diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher. Além do SUS, há a oferta de serviços privados no Brasil, com parto financiado por pagamento direto ou por meio de planos de saúde. Nesse sistema, o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado geralmente por um médico de escolha da mulher, com maternidades trabalhando com corpo clínico aberto, nos quais os médicos utilizam apenas a estrutura hospitalar, mas não mantêm vínculo empregatício com o serviço. No setor privado, existe a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra.

Pereira, Franco e Baldin (2011) realizaram uma pesquisa com gestantes dos serviços público e privado de saúde de Joinville, SC, sobre a dor e o protagonismo da mulher na parturição. Protagonismo, para as autoras, está relacionado com o desempenho de um papel ativo e consciente durante o processo do nascimento. As autoras apontam que as lacunas formadas pela falta de informação durante o pré-natal, aliadas ao modelo de assistência e hospitalização no Brasil, transferem para o médico o poder de decisão, em um relacionamento hierárquico e desigual. O comando de natureza fisiológica exercido pela mulher é terceirizado para o médico, sob o comando técnico, favorecendo uma assistência segmentada e intervencionista, de pouco diálogo e muitos protocolos. As autoras afirmam ainda que a desinformação e o medo da dor representam fortes instrumentos de persuasão do médico para aceitação passiva de uma cirurgia cesariana, embora afirmem que, apesar de todas as apreensões, a preferência pelo parto normal foi maior entre as entrevistadas. A discrepância entre a recomendação da OMS sobre a taxa ideal de cesarianas e o quantitativo de cirurgias que ocorrem, junto a indagações sobre o tipo de assistência prestada às mulheres foram gatilhos para questionamentos maiores – políticos, de posicionamentos ideológicos e práticas.

2.4 Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento

O movimento social pela humanização do parto e do nascimento surgiu no final da década de 1980, propondo mudanças no atendimento ao parto hospitalar e medicalizado no Brasil. Teve como base as orientações publicadas pela OMS em 1985 que englobaram, entre outras coisas, a estimulação ao parto vaginal, à amamentação no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto da mãe e do bebê, à presença de acompanhante durante o processo e à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais. Este movimento busca também o empoderamento⁵ das mulheres, retomando poderes e saberes femininos que o processo civilizatório aniquilou e que lhes garantem o lugar de dona do seu corpo e de sua sexualidade, corpo este que é capaz de parir (TORNQUIST, 2002).

Trabalhos e discussões importantes têm sido realizados, desde então, na tentativa de garantir direito de gestantes, parturientes e nascituros. Em 2000, por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a fim de garantir as recomendações e direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Este programa coloca a humanização da

⁵ Horochovski e Meirelles (2007) aproximam a definição de empoderamento da noção de autonomia, pois trata da capacidade, seja de indivíduos ou grupos, de decidir sobre as questões que lhes são pertinentes. Mais que um atributo, trata-se de um processo. Diz respeito à criação de estratégias que visam desenvolver visibilidade e capacidade de ação e decisão.

atenção obstétrica e neonatal, como elemento primordial para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.

O movimento da Humanização do Parto no Brasil ganhou mais força a partir do ano 2000 e introdução do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Outros programas também foram importantes para crescimento e consolidação do movimento na rede pública: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, e a Rede Cegonha, em 2011. Estas diferentes redes abrangem o nascimento em diferentes contextos – hospitais, clínicas e centros de parto. Estes surgiram como uma opção para acompanhamento do nascimento como parte do Programa Rede Cegonha (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2008, lançou a resolução nº 36, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, indicando que todos os serviços de atenção à saúde da gestante devem adotar os preceitos de humanização do parto, descrevendo as medidas necessárias para a adoção de boas práticas no atendimento ao parto. O documento considera parto e nascimento como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e fisiológico.

Foi por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que o Ministério da Saúde instituiu no SUS a Rede Cegonha, que trata de uma série de cuidados quanto ao planejamento familiar e à atenção humanizada na gestação, parto, puerpério e atenção à saúde da criança até 2 anos de vida, incluindo práticas baseadas em evidências científicas.

A humanização do parto diz respeito a uma crítica à medicalização e a questionamentos de definições normativas do corpo, tornando-se uma forma de resistência. A participação da sociedade civil também foi fundamental na fomentação da humanização do parto, especialmente na conscientização sobre violência obstétrica e importância da defesa dos direitos das mulheres através de associações e redes de apoio, como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

A ReHuNa é uma organização da sociedade civil, criada em 1993, que desempenhou importante papel no movimento pela humanização do parto e nascimento. Tem como objetivos: dar visibilidade aos riscos que mães e filhos são expostos por práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; ampliar a concepção do nascimento como um evento sociocultural crítico e que apresenta repercussões pessoais profundas; humanizar posturas e condutas, revalorizando o nascimento; incentivar a autonomia e poder de decisão das mulheres sobre seus corpos; aliar conhecimento técnico e científico às práticas de assistência ao nascimento (RATTNER et al., 2010).

Os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (Evidence-Based Medicine, EBM ou MBE) foram incorporados pelo Movimento da Humanização do Parto e dizem respeito a uma crítica à utilização de crenças e valores extra científicos pela Medicina, baseados na tradição e em concepções consideradas ultrapassadas (TORNQUIST, 2002). Um dos elementos fundamentais é o esforço de integração entre a experiência clínica, a capacidade de análise crítica e aplicação de informações científicas de modo a contribuir para a qualidade da prática médica (LOPES, 2000).

Segundo Diniz e Chacham (2006), foi no fim do século XX que se fortaleceu o MBE. Quando aplicada à gravidez e assistência ao nascimento, a avaliação científica postula que a intervenção mínima é o protocolo a seguir, no caso do parto normal. Ou seja, durante o trabalho de parto e nascimento só se deve intervir no processo natural se houver um motivo válido e, ainda assim, priorizando a mínima interferência.

A incorporação dessas orientações nos países da América Latina vem se dando de maneira lenta, pois grandes resistências são colocadas. Instituições de ensino de Medicina no Brasil, por exemplo, ainda seguem e repassam o paradigma intervencionista em que habilidades cirúrgicas e exames patológicos são tidos como referências positivas, ao passo que os cuidados naturais, medidas não farmacológicas e interação direta com as parturientes pouco são valorizados (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Em 2015, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, documento elaborado por um grupo multidisciplinar, com participação de um grupo ampliado de interessados (entre eles, sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, profissionais e conselhos de profissionais da saúde) disponibilizado posteriormente para consulta pública. O documento resultante foi publicado em 2017, com o objetivo de fornecer subsídios e orientações no intuito de uniformizar e padronizar técnicas, reduzir intervenções desnecessárias e seus agravos e difundir práticas baseadas em evidências.

No documento, é elencada uma série de recomendações a respeito do parto normal em gestantes com baixo risco de complicações. Durante o pré-natal, orienta que a equipe deve fornecer informações referentes a riscos e benefícios do parto normal e seus diferentes estágios; locais de parto e profissionais que acompanham (médico obstetra ou enfermeira obstétrica e obstetriz); riscos e benefícios das práticas e intervenções que podem ser realizadas durante o trabalho de parto e no parto; sobre o direito da escolha de um acompanhante e que este também deve receber tais informações; estratégias de controle da

dor e métodos disponíveis na unidade (farmacológicos e não farmacológicos), descrevendo riscos e benefícios.

Orienta ainda que a gestante deve ser tratada com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e ser incluída na tomada de decisões sobre os procedimentos, levando em conta o seu Plano de parto, caso possua. Para isso, os profissionais devem estabelecer uma relação de confiança, oferecendo apoio físico e emocional.

Dentre as condutas recomendadas durante o trabalho de parto, estão a priorização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; utilização de analgesia farmacológica se solicitada pela parturiente (visando o menor comprometimento possível das funções sensoriais e motoras); incentivo ao movimento e adoção de posições que julguem confortáveis (como cócoras, lateral ou quatro apoios), clampeamento do cordão apenas após parar de pulsar e incentivo do contato pele a pele precoce entre mãe e filho – evitando separação para procedimentos de rotina (como pesar, medir, dar banho) – e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

O documento orienta ainda a não utilização rotineira de puxos dirigidos, manobra de Kristeller (pressão do fundo uterino); enema (lavagem intestinal), tricotomia (raspagem dos pelos), amniotia precoce (rompimento artificial da bolsa amniótica), episiotomia (corte na área muscular entre vagina e ânus) ou uso de uterotônicos no período de dequitação (expulsão espontânea da placenta após o nascimento).

O Ministério Público de Pernambuco, com o intuito de divulgar informações sobre a humanização do parto, lançou em 2015 uma cartilha intitulada “Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. ” Nela, esclarece que a humanização do parto trata do respeito à mulher enquanto pessoa única e de suas escolhas em um momento que demanda atenção e cuidado, respeito à família em formação e ao bebê. As práticas envolvidas na humanização englobam procedimentos a serem realizados, tanto no parto vaginal, como na cirurgia cesariana, seguindo evidências científicas e oferecendo à mulher condições para que se sinta segura e acolhida.

Nesta cartilha, revelou ainda os seguintes resultados da Pesquisa Nascer no Brasil: 70% das mulheres relataram desejo por parto normal no início da gestação; 52% dos nascimentos são por cesariana; 88% dos nascimentos na rede privada são por cesariana; em apenas 5% dos partos não houve intervenções, como cesariana, episiotomia e manobra de kristeller; 91,7% dos partos normais aconteceram na posição deitada; apenas 26,6% dos recém-nascidos tiveram contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento; apenas 18,7% tiveram garantida a presença de um acompanhante de sua escolha; 53,5% das

mulheres sofreram episiotomia; apenas 25,2% das mulheres tiveram acesso à alimentação durante o trabalho de parto.

Esses dados evidenciam que as leis e discussões intensas que vêm sendo mobilizadas não estão sendo suficientes, pois intervenções não recomendadas continuam sendo realizadas em grande escala e procedimentos invasivos seguem sendo impostos às mulheres. Tais abusos representam uma forma de violação dos direitos humanos e implicam violência de gênero, que precisa ser discutida, para melhor compreensão do cenário obstétrico atual.

2.5 Violência obstétrica

Segundo Zanardo et al. (2017), diversas são as formas de violência às quais as mulheres foram submetidas no decorrer da história. Tomando como base definição da OMS, afirmam que “violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Neste sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher” (ZANARDO et al., 2017, p. 4). O descaso e o desrespeito são formas de violência que ocorrem rotineiramente na assistência às gestantes, no setor público e no privado, mas que têm ganhado cada vez mais visibilidade, através da voz das mulheres em redes sociais e também na imprensa.

A Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, no dossiê elaborado em 2012 para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, define violência obstétrica como atos praticados contra mulheres no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, seja por profissionais ou por civis. Caracteriza este tipo de violência, a partir de seis eixos – físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático –, que podem, em um mesmo fato, se apresentar de modo combinado.

O caráter físico da violência obstétrica abarca as ações dirigidas ao corpo da mulher, sem recomendação baseada em evidências científicas, que interfiram, causem dor ou danos em qualquer grau. Alguns exemplos são: a privação de alimentos, impedimento de movimentação da mulher, tricotomia, uso rotineiro de ocitocina e manobra de Kristeller.

O caráter psicológico da violência obstétrica diz respeito a ações verbais ou comportamentais que provoquem sentimento de inferioridade, insegurança, medo, abandono, vulnerabilidade, instabilidade emocional, sentimento de perda da dignidade. Como exemplos, citam: ameaças, mentiras, humilhações, desrespeito, desconsideração de padrões culturais, omissão de esclarecimentos ou repasse de informações em linguagem pouco acessível.

O caráter sexual trata de ações que violem a intimidade e incidam sobre seu senso de integridade sexual ou reprodutiva, ainda que não tenha acesso direto aos órgãos sexuais.

Alguns exemplos são: assédio, exames de toque invasivos, lavagem intestinal, injunção de posição supina no momento do nascimento, episiotomia ou ainda realização de cirurgia cesariana sem consentimento informado.

O caráter institucional engloba ações ou formas de organização, de natureza pública ou privada, que dificultem ou mesmo impeçam o acesso das mulheres aos seus direitos constituídos, como: impedimento aos serviços de atendimento à saúde, violação dos direitos da mulher durante a gestação, parto ou puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras ou mesmo impedimento à amamentação.

O caráter material da violência obstétrica trata de condutas, ativas ou passivas, no intuito de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, em benefício de pessoa física ou jurídica, violando seus direitos, como cobranças indevidas por planos ou profissionais de saúde.

Por fim, o caráter midiático, que engloba ações que violem psicologicamente mulheres em processo reprodutivo, depreciem seus direitos publicamente ou façam apologia a práticas cientificamente contraindicadas, por profissionais, através de meios de comunicação. Como exemplo, citam: ridicularização do parto normal, incentivo ao desmame ou merchandising de fórmulas em detrimento ao aleitamento materno.

Zanardo et al. (2017), em revisão narrativa sobre violência obstétrica, concluíram que não existe um conceito único de violência obstétrica e nem definido em termos legais, pela falta de instâncias específicas para penalização dessas práticas, embora acreditem que a maioria das mulheres brasileiras seja vítima destas ações de desvalorização e submissão e naturalizadas na cultura institucional.

D'Orsi et al. (2014) realizaram um estudo de coorte, com base na Pesquisa Nascer no Brasil, cujo objetivo foi identificar fatores associados à satisfação das mulheres sobre a relação com os profissionais de saúde, como esses fatores influenciam a satisfação como atendimento ao nascimento. Nesse estudo, que englobou hospitais públicos, privados e mistos, o atendimento da rede privada foi associado à percepção de maior respeito no atendimento, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões, indicando também menores índices de violência.

Dentre os resultados encontrados, destacamos a associação entre maior escolaridade, atendimento na Região Sudeste ou Sul e a presença de acompanhante com percepção de menor tempo de espera no atendimento, mais privacidade e tratamento com mais respeito pelos profissionais, incluindo maior clareza nas explicações e possibilidade de esclarecer dúvidas. A presença do acompanhante foi associada a maior respeito, privacidade, clareza nas

explicações, possibilidade de fazer perguntas, participação nas decisões e menos tempo de espera, violência e, assim, percepção de melhor atendimento pela maior parte de mulheres consultadas. No entanto, ainda que garantida por lei, muitas vezes a presença de um acompanhante não é autorizada (D'ORSI et al., 2014).

A cor da pele negra ou parda e classe social D/E foram associadas a menor satisfação com o tempo de espera, menos privacidade nos exames, trabalho de parto e nascimento, bem como maior relato de violência obstétrica, incluindo falta de respeito e privacidade. Houve ainda mais relatos de violência em mulheres que passaram pelo trabalho de parto, visto que estiveram com a equipe por mais tempo e, assim, o corpo exposto por tempo mais prolongado também, “fato que associado à histórica naturalização da violência de gênero, à dominação do corpo feminino pela medicina e à acentuada assimetria na relação profissional-usuária, acaba por transformá-la em não sujeito” (D'ORSI et al., 2014, p.164).

As autoras fazem ainda uma reflexão sobre as divergências entre as vias de nascimento, conforme forma de financiamento do hospital, público ou privado. É na rede pública que existe maior ocorrência de mulheres vivenciando o trabalho de parto, sendo a maior parte submetida a procedimentos intervencionistas e traumáticos, enquanto no setor privado, a maioria dos nascimentos se dá através de cirurgia eletiva, resultando em menor tempo de exposição do corpo à equipe. Tais dados revelam preocupantes desigualdades nos serviços de atendimento e uma elitização da assistência ao parto e nascimento, que precisa ser reconhecida e abordada. Escancaram ainda o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento de vulnerabilidade, como a gestação e o parto (D'ORSI et al., 2014).

2.6 Estudos sobre a Autonomia e assistência ao nascimento

Segundo Souto (2008), o processo de dominação fez parte, no decorrer da história, da constituição do indivíduo e do mundo, de sua dinâmica e funcionamento, particularmente no corpo humano. A possibilidade de ressignificar essa história e desconstruir papéis estabelecidos, a partir de determinantes biológicos, dá força para apropriação da mulher sobre seu corpo e sua história de vida.

O reconhecimento das assimetrias construídas – de gênero, classe, raça/etnia, geração – e o enfoque de gênero sob a assistência à saúde da mulher permitem analisar de modo crítico as intervenções sobre seu corpo e as desigualdades existentes nas relações.

Um dos questionamentos mais importantes do feminismo é a sexualidade feminina, suas nuances e valores na construção histórica e cultural do ser mulher. Particularmente nesse campo, o corpo feminino ganha dimensão que extrapola o biológico e nele circunscreve estereótipos e vivências que vão expressar ao longo da vida das mulheres, mundo afora, sua opressão e submissão. Por isso, a luta feminista expressa na frase “Nosso corpo nos pertence!” tem um significado fundamental para o resgate da condição feminina e para a compreensão de que a decisão sobre o corpo implica a autonomia da mulher sobre a sua liberdade, e, portanto, sobre sua condição cidadã (SOUTO, 2008, p. 167).

Com o objetivo de conhecer a produção científica sobre a autonomia da mulher, quanto à escolha sobre via de nascimento, foi realizada uma revisão sistemática entre julho e setembro de 2017, com busca em três bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pepsic e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: parto; escolha; escolhas; decisão; decisões; preferência; preferências; opinião; opiniões; expectativa; expectativas; autonomia; e protagonismo, sendo que a busca foi feita com a palavra “parto” associada a um descritor por vez, presente no título, resumo ou assunto. Utilizaram-se como filtros: idioma português, tratar-se de artigo e a condição de estar disponível o texto completo.

Assim, foram localizadas 948 produções, que integravam áreas de estudos diversas, incluindo veterinária (pesquisando reprodução de outras espécies), olhares de outras pessoas sobre a decisão das mulheres (da equipe ou acompanhante, por exemplo), além de englobar mulheres em diversas idades e contextos. Assim, optamos por adotar os seguintes critérios de exclusão: pesquisas realizadas em outros países; textos incompletos ou repetidos e que não tivessem mulheres como sujeitos ou que estas fossem adolescentes. Essa restrição se deu a partir do entendimento de que existem especificidades próprias dessa fase.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 36 artigos para leitura e análise. Dentre os dados obtidos após análise das produções, destacamos uma importante lacuna sobre as questões teórico-metodológicas, faltando informações importantes, quanto ao método, como idade das mulheres investigadas, locus da pesquisa, período da coleta, clareza quanto à análise dos dados e aporte teórico utilizado, instrumentos e descrição metodológica. Por exemplo, em 27 artigos, 75%, não foi mencionada a abordagem teórica que fundamenta a pesquisa. Estas omissões e inconsistências em muito interferem na qualidade das produções científicas. Sobre o aporte teórico, apenas uma se fundamenta na Teoria das Representações Sociais, abordagem utilizada nesta pesquisa e todos se situam na área da saúde, mas apenas quatro são de Psicologia.

Os principais resultados encontrados nos artigos, no que diz respeito às escolhas sobre a via de nascimento, foram agrupados em cinco categorias: influências; aspectos emocionais;

declaração de preferência pela via de nascimento; via de nascimento mais frequente; e satisfação com a via de nascimento.

Em relação às influências que as mulheres consultadas reconhecem como importantes na decisão sobre a via de nascimento, algumas considerações precisam ser feitas. A dor foi citada em 50% dos artigos como importante influência e nos faz questionar sobre o cumprimento das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e suas recomendações quanto à priorização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, incentivo ao movimento e posições confortáveis para a parturiente (como cócoras, lateral ou quatro apoios) e, se solicitado pela gestante, utilização de analgesia farmacológica.

A família e/ou amigos, citados em 47,2% dos artigos (17 produções) como potentes influências, nos conduzem a uma reflexão sobre os referenciais teóricos utilizados nessas pesquisas e a importância de uma visão psicossocial nessa investigação. A Teoria das Representações Sociais, por exemplo, que fundamentou apenas um estudo, mostra-se uma base interessante para a compreensão e discussão do modo como as concepções e práticas foram construídas ao longo do tempo. Além disso, a influência da equipe foi citada em 44,4% dos artigos (16 produções), o que nos faz questionar se o elevado índice de cirurgias se dá por indicações clínicas respaldadas ou por postura adotada pela equipe que presta assistência.

Destacamos ainda o relato de desejo pela laqueadura tubária no momento do nascimento, citado em 16,6% das produções (6 artigos). A Lei nº 9.263/96(50), que trata do planejamento familiar, estabelece no Artigo 10, § 2º, que é vedada a esterilização cirúrgica durante os períodos de parto ou aborto, com exceção dos casos de comprovada necessidade. Quanto aos aspectos emocionais relacionados ao nascimento, o medo e a angústia foram os principais sentimentos atrelados ao nascimento.

Quanto à preferência pela via de nascimento, dos 25 artigos que investigaram explicitamente esta questão, 23 concluíram que, ao menos no início da gestação, o desejo era por parto vaginal e apenas 2 relataram a preferência pela cirurgia cesariana; 11 estudos não perguntaram ou explicitaram essa questão. Em contraste com essa informação, dos 15 artigos que investigaram qual tipo de nascimento foi mais frequente, 13 relataram ter sido a cirurgia cesariana e apenas 2 concluíram ter sido parto vaginal. Em 21 artigos, esta questão não foi proposta ou explicitada. Quanto à satisfação com a via de nascimento vivenciada, 7 artigos concluíram que a maioria das mulheres se sentiu satisfeita, 2 insatisfeitas e 27 não se debruçaram sobre essa questão.

Ao refletir sobre o alto índice de preferência pelo parto vaginal encontrado nas produções desta revisão e o contraste diante da maior frequência de cirurgias cesarianas, é

necessário questionar quem está escolhendo esta via de nascimento. Esta indagação faz refletir ainda sobre o porquê de 27, dos 36 artigos encontrados nesta revisão, não terem se interessado pela satisfação ou insatisfação das mulheres sobre sua vivência no processo do nascimento. Questionamos então se a autonomia da mulher tem sido de fato foco nas pesquisas sobre o processo da parturição.

Investigar os diversos elementos que participam da construção de saberes, das preferências e práticas em torno do parto e nascimento se mostram de grande importância para compreender o atual cenário obstétrico, a atenção prestada às mulheres e como elas vivenciam o momento do nascimento. A Teoria das Representações Sociais se coloca como uma ferramenta para apreender os sentidos que mulheres atribuem ao nascimento, objeto desta pesquisa, não apenas descrevendo o universo de significados, mas compreendendo que essa rede de sentidos configura realidade social e orienta práticas e posicionamentos.

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta em 1961 por Serge Moscovici, psicólogo social romeno naturalizado francês, com a publicação de sua tese de doutorado “La Psychanalyse: Son image et son public” (A Psicanálise, sua imagem e seu público). Na pesquisa, investigou o modo como uma teoria científica – a psicanálise – foi apreendida e incorporada no pensamento popular com uma organização própria, orientando comportamentos de parisienses no final dos anos 50 (SÁ, 1993).

Para elaboração da Teoria das Representações Sociais, Moscovici utilizou como fonte teórica o conceito de Representações Coletivas proposto pelo sociólogo francês Émile Durkheim em 1912, que, estudando sociedades ditas primitivas, menos complexas, buscou explicar fenômenos, como religião, mitos e ciência, enquanto conhecimentos inerentes às sociedades. Assim, os sujeitos seriam portadores e usuários das representações coletivas, sendo que estas não podem ser reduzidas a algo como o conjunto das representações individuais, pois delas diferem essencialmente (SÁ, 1993).

O autor afirma que Durkheim trazia com o conceito de Representações Coletivas uma visão dicotômica, estabelecendo oposição entre o individual e o coletivo, entre pessoa e sociedade. Trazia ainda uma visão do social como algo estático, em que as mudanças individuais não são capazes de penetrá-lo e modificá-lo.

Segundo Sá (1993, p. 20), Moscovici e a vertente psicossociológica da qual faz parte, se opondo à perspectiva individualista da tradição norte-americana dominante, foi buscar nas ideias de Durkheim um primeiro abrigo conceitual, mas que não foi suficiente para dar conta da construção de uma Psicologia socialmente orientada a que se propunha.

Em uma psicologia mais socialmente orientada, é importante considerar, tanto os comportamentos individuais, quanto os fatos sociais (instituições e práticas, por exemplo) em sua concretude e singularidade histórica e não abstraídos como uma genérica presença de outros. Importam ainda os conteúdos dos fenômenos psicossociais, pouco enfatizados pelos psicólogos tradicionais em sua busca de processos tão básicos ou universais que pudessem abrigar quaisquer conteúdos específicos. Além disso, não importa apenas a influência, unidirecional, dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas também a participação destes na construção das próprias realidades sociais.

Wachelke (2005) complementa, afirmando que a palavra “social” que acompanha o termo “representação” tem grande importância, pois significa que não são os mecanismos individuais que explicam as representações, mas sim as características do grupo. Assim, na

tentativa de romper com a forma de pensamento tradicional e hegemônico que concebia o sujeito separado do seu contexto social, Moscovici propõe uma articulação entre o psicológico e o social, considerando inseparáveis sujeito, objeto e sociedade. Nesta perspectiva, o sujeito é considerado ativo, construtor da realidade e nela construído.

Moscovici (2007) sugere que existem dois universos de pensamento característicos da contemporaneidade que estão em constante interação: o reificado, em que se destaca o pensamento científico, e o consensual, do senso comum, em que não há uma construção narrativa da verdade, como na ciência, mas versões compartilhadas por grupos, tendo a participação ativa do indivíduo. Assim, as Representações Sociais (RS) correspondem à forma de conhecimento desse segundo universo, o consensual.

Trata-se de um tipo de saber conhecido por “senso comum”, que dá às pessoas a noção conceitual das coisas. É uma forma de entender a realidade para que possamos atribuir significados e nos posicionar no mundo. Esses significados são socialmente elaborados e partilhados, orientam os sujeitos e englobam elementos do pensamento e do afeto que influenciam o comportamento.

Segundo Jodelet (1989, p. 31), as representações sociais são guias na nossa interpretação de uma realidade comum a um conjunto social e tem um objetivo prático.

Sempre precisamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. É necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas que ele põe. Eis por que construímos representações. E, da mesma forma que, ante as coisas, pessoas, eventos ou ideias, não somos equipados apenas com automatismos, igualmente não somos isolados em um vazio social: compartilhamos o mundo com outros, neles nos apoiamos – às vezes convergindo; outras, divergindo – para o compreender, o gerenciar ou o afrontar. Por isso, as representações são sociais e são tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la.

As “teorias” elaboradas no universo consensual obedecem a uma lógica distinta das teorias do universo reificado: não possuem limites especializados, apresentam diferentes mecanismos de “verificação” e são mais sensíveis a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade do que a requisitos de objetividade. No entanto, é de modo concomitante que o universo reificado e o consensual atuam na construção da realidade (SÁ, 1993).

Sá (1993) afirma ainda que nas sociedades modernas, é comum que o novo – novas teorias, descobertas, desenvolvimento técnico, etc. – seja gerado ou apresentado, através dos universos reificados da ciência, da tecnologia ou das profissões especializadas. O contato com

o desconhecido provoca estranheza e indagações diante do medo de perder os referenciais habituais, o senso de continuidade.

Com a propagação das ciências, das teorias e informações, os mundos reificados aumentam e são reproduzidos a um nível mais imediato e acessível, deslocado a um mundo consensual, circunscrito e reapresentado. “Sem dúvida, cada fato, cada lugar comum esconde dentro de sua própria banalidade um mundo de conhecimento, determinada dose de cultura e um mistério que o fazem ao mesmo tempo compulsivo e fascinante” (MOSCOVICI, 2007, p. 60). É preciso então torná-los familiar, utilizar dois mecanismos baseados na memória e em vivências anteriores: a ancoragem e a objetivação.

Segundo Moscovici (2007), a ancoragem é o processo pelo qual ideias estranhas e, por isso, desconfortáveis, passam a ser compreendidas e colocadas em um contexto familiar, classificadas e nomeadas. A classificação se dá ao comparar determinado objeto ou ideia a um dos paradigmas de uma categoria em nossa memória, adquirindo características dessa categoria. Coisas não classificadas e nomeadas são ameaçadoras e nos causam resistência, por isso, classificamos e nomeamos o que nos é incomum, instituímos uma relação positiva ou negativa, pois, ao nomear, somos capazes de imaginá-la e representá-la.

Já a objetivação é o processo que conecta a noção de não familiaridade à de realidade, “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância” (MOSCOVICI, 2007, p. 71-72). Objetivar é transformar a palavra em um objeto, fazer com que o objeto substitua a palavra com a autoridade de um fenômeno natural, isso é, tornar uma representação em realidade de fato, ligar o inominável a um equivalente figurativo, utilizando, para isso, referenciais já existentes.

O autor afirma ainda que as representações, enquanto formas de conhecimento, têm, dentre suas funções, tornar familiar o que não é familiar, um processo totalmente dependente da memória, pois é através de experiências e memórias comuns que extraímos as imagens e linguagem para superar a estranheza e ansiedade vivenciadas, diante do desconhecido. A ancoragem e a objetivação representam, então, diferentes modos de lidar com a memória: na primeira, a memória é dirigida para dentro e mantida em movimento ao contextualizar objetos, pessoas e acontecimentos, que são classificados de acordo com um tipo e rotulados com um nome. Na segunda, é direcionada para fora, extrai conceitos e imagens para uni-los e reproduzi-los no mundo exterior, fazendo as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007).

A ancoragem diz respeito a um processo dinâmico, que ocorre em situações sociais cotidianas e solicita um ajuste entre o conhecimento social e seu contexto. É um processo permanente, que atua não apenas na gênese das representações, mas continuamente, pois, à medida que estas são instrumentalizadas, servem para interpretação da realidade e orientação de condutas. O processo de ancoragem é ativado quando o sujeito se depara com uma situação nova, que causa estranhamento, ameaça ou questiona a identidade de indivíduos ou grupos, solicitando, assim, novos recursos para dominá-lo. No entanto, as situações, em geral, não são totalmente novas. Possuem raízes ou pontes em quadros anteriores e são nessas antigas experiências que o sujeito se funda. “O processo de tornar o estranho em familiar é o de dominar um evento singular, integrando sua especificidade (sua originalidade) no quadro social existente, ou quadro social presente” (CAMPOS, 2017, p. 782).

Segundo Sá (1993), uma realidade social, entendida sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, é criada quando o não familiar é incorporado aos universos consensuais. O fato de os processos responsáveis por esse movimento estarem estreitamente relacionados à memória, ao passado e à tradição, não quer dizer que novos elementos não estejam sendo criados e acrescentados à realidade consensual e que, assim, mudanças não sejam produzidas no sistema de pensamento social e na construção do mundo de ideias e imagens que vivemos.

A TRS conheceu amplo desenvolvimento nas ciências humanas, sociais e da saúde. Apresenta vertentes que enfatizam aspectos teóricos distintos do conceito de representação, como a abordagem estrutural iniciada por Abric (1976) e a abordagem societal iniciada por Doise (2001). Esta pesquisa adota a perspectiva antropológica de Denise Jodelet, que passamos a apresentar com maior detalhamento conceitual.

3.1 Jodelet e a abordagem histórico-cultural das Representações Sociais

Jodelet detém interesse na integração das dimensões sociais, culturais e históricas na análise das construções mentais coletivas. Segundo Wachelke (2005), sua obra intitulada *Folies et représentations sociales* (Loucuras e Representações Sociais), originada de sua tese de doutorado e publicada em 1989, trouxe contribuição fundamental para o estudo da representação social da loucura. Através da observação de comportamentos e discursos de habitantes de uma comunidade em que os doentes mentais viviam como pensionistas, identificou práticas de discriminação e exclusão por moradores locais, a partir da representação social do louco como uma ameaça.

A dimensão histórico-cultural, apresentada por Jodelet, entendendo as representações sociais como um suporte teórico que possibilita uma compreensão global do sujeito em seu mundo de objetos, enfoca a articulação entre a cultura e as especificidades históricas, regionais, institucionais e organizacionais. A autora afirma ainda que Jodelet tem se debruçado sobre um detalhamento teórico-metodológico em suas pesquisas, propondo ser necessário: apreender os discursos dos sujeitos e grupos que sustentam a representação de determinado objeto social; compreender os comportamentos e práticas sociais pelos quais as representações se expressam; examinar os documentos e registros em que tais discursos e práticas são institucionalizados; e estudar as interpretações que recebem dos meios de comunicação de massa, visto que representam importante força para manutenção e transformação das representações sociais (ALMEIDA, 2005).

Jodelet (1989) afirma que as representações sociais são fenômenos complexos, que se instalam sobre saberes anteriores reativados por situações sociais particulares, sobre a esfera privada e afetiva individual e valores dos grupos sociais, organizados como conhecimento sobre o estado da realidade, ligados a sistemas ideológicos e culturais. As instituições e redes de comunicação (informais ou midiáticas) representam poderosa influência – às vezes de manipulação social – em sua elaboração. Essas representações constituem “teorias” espontâneas, versões da realidade partilhadas pelos membros de um grupo. Esta versão consensual, ainda que entre em conflito com a versão de outros grupos, se mostra um guia para ações e trocas cotidianas.

Segundo Alves-Mazzotti (2008), Jodelet especifica as características e fases dos processos formadores das representações sociais – ancoragem e objetivação – e, assim, evidencia como mecanismos sociais intervêm na elaboração psicológica de uma representação e como esta elaboração psicológica interfere na interação social.

A autora distingue três fases no processo da objetivação, que pode ser generalizado à formação de qualquer representação. A primeira, denominada construção seletiva, diz respeito à apropriação de informações sobre determinado objeto, retendo alguns elementos e ignorando ou esquecendo outros, de acordo com critérios normativos (tendência a reter o que está de acordo com seu sistema de valores) e condicionantes culturais (transmissão diferenciada de informações de acordo com a inserção grupal). Na segunda fase, chamada esquematização estruturante, uma estrutura imaginante reproduz, de maneira visível, uma estrutura conceitual, tecendo uma imagem dos elementos constituintes do objeto da representação, uma organização denominada núcleo ou esquema figurativo. E, por fim, a naturalização, em que o núcleo figurativo torna possível coordenar e concretizar cada

elemento, naturalizá-los. Assim, é produzida uma imagem desse objeto distorcida, de modo a servir às necessidades e valores do grupo, sendo que a intervenção social se mostra no agenciamento e forma dos conhecimentos sobre o objeto da representação (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Alves-Mazzotti (2008, p. 30-31) afirma ainda que Jodelet retoma o conceito de ancoragem proposto por Moscovici, buscando demonstrar que a intervenção do social, nesse caso, se dá na significação e na utilidade atribuídas à representação. Quanto à significação atribuída à representação no processo de ancoragem, afirma que os valores e crenças circulantes na sociedade e nos diferentes grupos contribuem para a criação de uma rede de significações associada ao objeto. Quanto à utilidade, relembra que os elementos da representação não se restringem a exprimir relações sociais, mas as constituem também.

Em resumo, Jodelet (1990) procura mostrar como o processo de ancoragem, relacionado dialeticamente à objetivação, articula as três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de orientação das condutas e das relações sociais. Assim, esse processo permite compreender: (a) como a significação é conferida ao objeto representado; (b) como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta; (c) como se dá sua integração em um sistema de recepção e como influencia e é influenciada pelos elementos que aí se encontram.

Campos (2017) retoma a visão da ancoragem, proposta por Jodelet, definida a partir de três modalidades. A primeira a define como um processo de atribuição de significado. Assim, os sistemas de valores da sociedade e as relações sociais estabelecidas entre diferentes grupos contribuem para o estabelecimento de uma rede de significados, em torno de uma representação. A segunda modalidade, que está relacionada à objetivação e é quase uma consequência da primeira, trata da instrumentalização da representação social ou o processo pelo qual o novo passa a ser instrumento de interpretação e de orientação de condutas. Simultaneamente à interpretação das situações/indivíduos/grupos/eventos, tomando o novo saber como referência, os objetos interpretados também sofrem influência pela transformação dos significados. Isto é, as representações sociais geram significados no meio social e seus elementos não apenas expressam as relações sociais, mas as constituem. Por fim, a terceira modalidade trata do enraizamento de uma RS no sistema de pensamento, a partir de um processo de duas vias: ao mesmo tempo em que o novo é modificado quando incorporado em sistemas preexistentes, também produz alterações nesses sistemas.

Desse modo, como sistemas de interpretação, as representações sociais orientam condutas, comunicações sociais e a relação com o mundo, influenciam na difusão e

assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição de identidades pessoais e sociais. Além disso, são responsáveis pela associação do pertencimento social dos indivíduos às interiorizações das experiências, práticas e modelos de conduta, são produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade externa e da elaboração psicológica e social da realidade (JODELET, 1989).

Segundo Almeida (2005), na perspectiva culturalista, as representações sociais configuram um instrumento teórico eficiente na visualização global do sujeito no mundo de objetos. Além disso, as pesquisas sobre representações sociais implicam a análise de valores, normas e modelos culturais, a partir da vivência dos indivíduos e como a imagem desses objetos são elaborados e estruturados, engendrando atitudes e comportamentos.

Como indica Sá (1998, p. 21), para gerar representação social, o objeto deve ter suficiente “relevância cultural”, isto é, se encontrar implicado de maneira consistente em alguma prática do grupo.

Os fenômenos de representação social estão “espalhados por aí”, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são, por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias de interação social.

Jodelet (2006) afirma que a abordagem das representações sociais, seja no plano teórico ou no empírico, conduz, inevitavelmente, à dimensão cultural, e esta tem importância fundamental na abordagem dos fenômenos estudados no campo da saúde. Este campo representa um espaço privilegiado, por ser ponto de encontro de preocupações em diferentes ciências humanas e sociais, por ter uma vasta história de abordagens em grande parte das disciplinas e por se situar em um ponto de articulação entre o individual e o social.

Os processos e práticas de saúde e doença estão interligados com os sujeitos e com a sociedade e representam organizações sociais, culturais, econômicas e políticas. Refletem ainda aspectos históricos, ideológicos, concepções científicas, religiosas, filosóficas, crenças e elementos simbólicos e emocionais diversos. Assim, estudos que envolvem cultura, saúde e representações sociais se mostram particularmente relevantes.

3.2 Teoria das Representações Sociais no campo da Saúde

Enquanto a Sociologia e a Antropologia – que primeiro se ocuparam do estudo dos fenômenos ligados à saúde e à doença (antes mesmo do estabelecimento da Psicologia da saúde como um campo disciplinar autônomo) – não deixaram de posicionar, em suas abordagens, o indivíduo em suas inscrições sociais e culturais ou em suas relações com as instituições e profissionais da Medicina, o mesmo não ocorreu na Psicologia da saúde. Esta

permaneceu na exploração dos fatores e processos individuais que incidem sobre os comportamentos (JODELET, 2006).

Segundo a autora, o campo das representações sociais se mostra capaz de considerar questões da saúde, inscrevendo a dimensão cultural no processo saúde-doença. A própria teoria foi formulada a partir de um tema relacionado à saúde mental, com a obra de Moscovici intitulada *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Além disso, as representações recebem nas Ciências Sociais um importante papel no tratamento social ou cultural de conteúdos relacionados à vida corporal e a doença mostra-se objeto de discursos que orientam práticas privadas e institucionais, variando de acordo com o contexto.

Herzlich (2005), no entanto, afirma que as Ciências Sociais, em seu nascimento no século XIX, não incorporaram o interesse sobre a fragilidade corporal e individual, doença e morte, objetos da Medicina. Apenas nas décadas pós Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os sociólogos se debruçaram sobre essas questões, quando a saúde se tornou um dos principais objetivos em muitos países.

Durante essa fase, as pesquisas realizadas por sociólogos nessa área atribuíam às doenças um “papel social” e aos pacientes a visão de consumidores de cuidados de saúde, a partir de prescrições dos médicos. Durante os anos 1970, foi adotada uma postura mais crítica, questionando a medicalização e o controle social exercidos sobre os corpos, pela Medicina e pelo Estado, que impunham às pessoas e à saúde metas normativas. Tais questionamentos ultrapassaram o campo da saúde, se estendendo por todas as esferas sociais, ganhando força, inclusive, no movimento de mulheres, que reivindicavam respeito ao corpo e lutavam contra sua medicalização (HERZLICH, 2004).

As Ciências Sociais também se ativeram a investigar as modalidades de interação entre as dimensões corporais e sociais, que refletem na saúde pública, como análise do sistema de cuidados médicos, estruturação dos serviços, acesso das populações, etc. A fragilidade social do indivíduo ou grupo interfere na resposta em relação à fragilidade corporal e fluidez de tratamentos, o que não é diferente dos aspectos relacionados à prevenção, que tem seu acesso marcado pelas desigualdades sociais. Assim, estudos sobre sistemas de saúde, sua qualidade e impacto, não podem abrir mão dessas análises (HERZLICH, 2005).

Os conceitos, práticas e modo de organização da atenção à saúde de cada sociedade revelam a sua estrutura social, cultural e histórica, mas também circunscrevem trajetórias individuais. Para um melhor entendimento sobre autonomia das mulheres que realizam pré-

natal no SUS sobre escolha quanto ao tipo de nascimento (objeto desta dissertação), é importante conhecer e refletir sobre o acompanhamento das gestantes no serviço público.

Shimizu, Pamela e Sanchez (2012), em estudo sobre as Representações Sociais do SUS, buscando compreender o sentido, significado e legitimidade da rede de serviços sob a ótica de gestores, trabalhadores e usuários, identificaram, a partir do discurso dos participantes, uma representação negativa⁶ do SUS, permeada pela dificuldade de acesso e ausência e/ou insuficiência de cuidados de saúde. Esta percepção, aliada à imagem de espera prolongada, precariedade e maus-tratos, parece ser reforçada cotidianamente nas redes de comunicação em defesa de interesses privados. Os autores ressaltam ainda que a representação social de saúde é um processo em construção e que, para uma perspectiva mais ampliada, é necessário que haja uma articulação entre os outros setores da sociedade com o setor saúde, em uma busca por políticas intersetoriais, pela qualidade de vida da população.

Carneiro et al. (2013), em revisão integrativa de literatura, cujo objetivo foi compreender as representações sociais acerca de fenômenos relacionados à saúde materna, obtiveram, após análise temática de conteúdo das produções, duas dimensões – a sociomaterna e a sociocuidativa. A primeira está relacionada às representações sociais das mulheres quanto ao pré-natal, gestação, nascimento via canal vaginal e cirurgia cesariana, amamentação e alojamento conjunto, compreendendo oito produções. E a sociocuidativa, que agrupou sete produções, trata das representações sociais das mulheres em relação ao cuidado em enfermagem no ciclo gravídico-puerperal, pré-natal e no puerpério e representações sociais das mulheres e profissionais sobre assistência ao parto, cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família, integralidade e trabalho em equipe.

Após análise dos resultados, os autores concluíram que as representações sociais sobre gestação carregam estreita relação com uma visão da maternidade como ato sublime e divino, um fenômeno natural e emocional. As Representações Sociais sobre o pré-natal, vias de nascimento e a amamentação foram estruturadas, a partir de experiências cotidianas nos serviços de saúde, relação com profissionais e também influenciadas por conteúdos familiares e os expostos na mídia. Os autores chamam atenção quanto a um posicionamento passivo e falta de autonomia da mulher, reafirmando o poder assumido pelos profissionais da área, que, embora demonstrem entendimento sobre a importância da humanização do cuidado, têm suas ações guiadas por um paradigma biomédico e biotecnista (CARNEIRO et al., 2013).

⁶ Expressão utilizada pelas autoras.

Por fim, afirmam a importância da educação em saúde e da valorização do diálogo e relação interpessoal entre profissionais e pacientes, de modo a esclarecer dúvidas e mitos e valorizando seus conhecimentos prévios, favorecendo a autonomia da mulher. Para isso, ressaltam a necessidade da adoção de educação permanente do profissional, veículo para o conhecimento e empoderamento da mulher, e de repensar as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, pois as ações, na prática, não seguem as recomendações descritas nos manuais (CARNEIRO et al., 2013).

Guerreiro et al. (2013), em estudo sobre as representações sociais de puérperas a respeito do pré-natal na atenção primária de saúde, desenvolvido em Fortaleza/CE, concluíram que as participantes ancoram a temática “atendimento no pré-natal” em duas dimensões: a dimensão protocolar e a dimensão socioeducativa. A primeira trata do entendimento do pré-natal como seguindo protocolos de exames e procedimentos, com enfoque no bebê, como medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e ultrassom, sendo a avaliação de qualidade feita principalmente a partir dos exames realizados. No entanto, não é rara a necessidade de realizá-los em clínicas particulares, diante da indisponibilidade no serviço público.

A segunda dimensão trata de orientações repassadas pela equipe e sua importância, embora algumas puérperas tenham relatado dificuldade em expor suas dúvidas, por não se sentirem à vontade. Assim, as autoras reafirmam a importância do investimento em ações educativas, inclusive com realização de grupos informativos, para favorecer o compartilhamento de saberes e a interação entre os usuários dos serviços, o que pode impactar positivamente na saúde física, mental e emocional da mulher. Por fim, o estudo aponta ainda que o número de nascimentos via cirurgia cesariana nessa pesquisa se mostrou bastante elevado, visto que a maior parte das mulheres não vivenciou intercorrência nenhuma durante o ciclo gravídico-puerperal (GUERREIRO et al., 2013).

Neste contexto, compreende-se que a assistência à saúde de modo geral, e à saúde da mulher, em particular, engloba um conjunto de questões que merecem um olhar atento e reflexões para compreender e repensar posturas. O nascimento, objeto desta dissertação, representa um ponto importante dentro desse contexto mais amplo e tem relação estreita com questões fundamentais que envolvem direitos, segurança, dignidade e autonomia da mulher.

3.3 Estudos de Representações Sociais e assistência obstétrica

Para melhor compreender a produção científica sobre assistência ao nascimento, a partir do suporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, foi realizada em junho de 2018 uma revisão sistemática de literatura nas bases de dados Pepsic, BVS e Scielo. Os descritores, procurados em todo o texto, foram utilizados com as seguintes combinações: representações sociais + parto; representação social + parto; representações sociais + nascimento; e representação social + nascimento. Como filtro, utilizaram-se o idioma português, pesquisas realizadas no Brasil e ter disponível o texto completo. Não foi delimitado tempo para busca de produções.

Foram encontradas 12 produções no Pepsic, 89 no Scielo e 123 na BVS Brasil, totalizando 224. Foram critérios de exclusão tratar-se de estudos estrangeiros ou com sujeitos estrangeiros (pela divergência de modelos de assistência obstétrica), artigos repetidos, que não utilizavam a TRS como aporte teórico, que não tratavam sobre nascimento e que não tivessem mulheres como sujeitos ou que estas fossem adolescentes, pelas especificidades próprias desse público. Assim, foram selecionadas 24 produções científicas, sendo 21 artigos e 3 dissertações, publicadas entre 2002 e 2015. A fim de melhor compreender os objetos e conteúdo, as pesquisas foram agrupadas em três temas centrais denominados: 1. Cuidado/assistência no ciclo gravídico-puerperal; 2. Período pós-parto (puerpério); 3. Nascimento.⁷

A primeira categoria englobou 6 produções, sendo 4 artigos e 2 dissertações, que tiveram como objeto dimensões da saúde materna, ações educativas, assistência e cuidado em saúde, pré-natal e práticas referentes ao ciclo gravídico-puerperal. A segunda categoria, que englobou 9 artigos, traz temas relacionados ao pós-parto, como a preparação para o puerpério, o cuidado recebido no puerpério, depressão pós-parto, amamentação, alojamento conjunto e síndrome hipertensiva e nascimento prematuro. A terceira categoria, que vamos nos deter com maior atenção em função do objetivo desta pesquisa, conta com 9 produções, sendo 8 artigos e 1 dissertação, que tratam do nascimento, publicadas entre 2006 e 2015.

Todos os estudos dessa categoria pertencem à área da saúde, sendo apenas um deles de Psicologia (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010). Sobre os demais, dois não restringem campo específico da saúde (CLEMENTINO; SILVA, 2008) e (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011), um de anestesiologia (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011) e

⁷ Lista dos artigos localizados a partir da revisão sistemática de literatura no Apêndice A.

cinco são de enfermagem (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014), (MIRANDA et al., 2008), (NASCIMENTO, 2013), (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006) e (SANFELICE; SHIMO, 2015).

Nenhum deles foi realizado na Região Nordeste (4 foram no Sul, 3 no Sudeste e 2 na região Centro-Oeste). Quanto aos objetos, trazem: parto normal e cesárea, parto domiciliar, experiência de nascimento hospitalar, a escolha por Casa de Parto, decisões sobre parturição, assistência ao parto e a dor e protagonismo na parturição.

Quanto ao delineamento das pesquisas, 8 foram qualitativas e 1 não especificou (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010). O modo de análise de dados não foi especificado em um artigo (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Cinco produções relataram a utilização da análise de conteúdo para análise dos dados (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014); (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011); (NASCIMENTO, 2013); (SANFELICE; SHIMO, 2015) e (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011), sendo que as três últimas especificaram ser a proposta por Bardin; o Método do Discurso do Sujeito Coletivo foi utilizado em 1 artigo (CLEMENTINO; SILVA, 2008); e Análise lexicográfica em dois artigos (MIRANDA et al., 2008) e (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Para melhor compreender os objetivos propostos, optou-se por reunir as produções em dois subgrupos, ficando, no primeiro, as que tratam de uma via específica de nascimento (com 6 produções), e, no segundo, as que não especificam a via (com 3 artigos). No primeiro subgrupo, Velho, Santos e Collaço (2014) e Miranda et al. (2008) objetivaram conhecer as RS do parto vaginal e cirurgia cesariana por mulheres que vivenciaram as duas experiências; Nascimento (2013) se dedicou a compreender as RS sobre parto normal de mulheres com cesárea anterior; Teixeira e Pereira (2006) analisaram alguns aspectos culturais que atravessaram vivências de parto normal hospitalar; Sanfelice e Shimo (2015) se propuseram a conhecer as RS sobre o parto domiciliar; e Clementino e Silva (2008) objetivaram identificar os significados e motivos da escolha do nascimento em Casa de Parto.

No segundo subgrupo, Pereira, Franco e Baldin (2011) se propuseram a compreender o protagonismo da mulher na decisão sobre a parturição em uma das produções e, em outra, as mesmas autoras buscaram compreender as dimensões socioculturais da dor e seu impacto no protagonismo da mulher na parturição; por fim, Silveira, Camargo e Crepaldi (2010) objetivaram compreender as RS acerca do nascimento.

Em relação às abordagens em TRS, apenas a dissertação (NASCIMENTO, 2013) se detém sobre uma explanação da TRS, seus conceitos, funções, processos de formação e se posiciona e justifica a opção pela abordagem proposta por Moscovici. Dois artigos (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006) e (CLEMENTINO; SILVA, 2008), embora tenham utilizado o

conceito “Representações Sociais”, não trouxeram nenhuma argumentação teórica. As demais produções apresentaram conceitos da teoria de modo superficial ou mesmo equivocado.

Pereira, Franco e Baldin (2011), no artigo denominado “Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres”, conceituam as representações sociais, como: “expressões e interpretações do corpo social sobre determinado assunto ou conteúdo aceito, difundido e certificado pela sociedade. Elas emergem da contribuição de cada indivíduo, que, por sua vez, apreende e estabelece um comportamento a partir dessas representações” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p.580). As mesmas autoras, no artigo intitulado “A dor e o protagonismo da mulher na parturição”, apresentam o seguinte conceito: “As representações são interpretações sociais que passam a ser impostas ao indivíduo em seu convívio social, com a transmissão por sucessivas gerações” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p. 382).

Tais conceituações evidenciam uma separação entre sujeito e contexto social, quando, na primeira definição, enfatiza mecanismos individuais e, na segunda, uma imposição do social aos sujeitos, o que contraria a visão da inseparabilidade entre sujeito, objeto e sociedade, um dos argumentos centrais da TRS. Além disso, vai de encontro a outra característica fundante das representações, enquanto conhecimento construído e reconstruído na realidade e interação cotidiana pelos sujeitos sociais, conforme conceitua Jodelet (1989, p. 36):

É uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designado como “saber do senso comum” ou ainda “saber ingênuo”, “natural”, esta forma de conhecimento distingue-se, dentre outros, do conhecimento científico. Mas ela é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto aquele, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais.

Os demais artigos também não se posicionaram em relação à abordagem utilizada em TRS e apresentaram o conceito de forma bastante restrita. Enquanto Velho, Santos e Collaço (2014) se restringiram a apresentar as representações sociais enquanto conhecimento elaborado socialmente e expuseram apenas as suas funções de comunicação, direcionadora de condutas e reguladora da relação com o mundo, Miranda et al. (2008) desenvolvem apenas que os conteúdos do senso comum são produtos e processos da interação entre indivíduos que compartilham uma mesma realidade, que atribuem significados específicos a determinados objetos.

Sanfelice e Shimo (2015) evidenciaram apenas a pluralidade de perspectivas metodológicas que possibilitam combinação de diferentes níveis de análise e, por isso, estudos diversificados resultantes da dupla face das representações: como produto (compreendendo os elementos constitutivos das representações) ou como processo (apreensão da elaboração e transformação das representações). Não trouxeram, no entanto, conceituação ou explicitação das possibilidades metodológicas. Por fim, Silveira, Camargo e Crepaldi (2010) utilizaram um conceito construído por Jodelet e trouxeram como referência Moscovici e Abric, para explicar brevemente as funções de interpretação e compreensão da realidade, que atuam na relação do homem com o mundo, orientação e organização de condutas e comunicações sociais das representações.

Sobre os principais resultados, optou-se, para melhor compreensão, por dividi-los nos seguintes grupos: 1. Preferência por via de nascimento; 2. Preocupações, sentimentos e emoções relacionados ao nascimento; 3. Assistência no nascimento; 4. Possibilidade de escolhas da mulher; 5. Importância das informações sobre nascimento.

A preferência sobre via de nascimento foi mencionada em três das nove produções. Velho, Santos e Collaço (2014) afirmam que, embora todas as mulheres investigadas no estudo tenham experienciado nascimento via cirurgia cesariana, a maioria relatou preferência pelo parto vaginal. Este foi descrito pelas participantes como natural, saudável e que possibilita uma postura ativa, de ajuda mútua entre mãe e bebê, com maior liberdade e interação. Miranda et al. (2008) também apontaram o parto vaginal como preferido entre as entrevistadas e como argumento citam uma melhor recuperação no pós-parto, menos complicações e não utilização da anestesia necessária no procedimento cirúrgico. Também Pereira, Franco e Baldin (2011) afirmam que, apesar das apreensões e medos relatados, a maioria das consultadas revelou preferir o parto vaginal.

Considerações sobre as preocupações, sentimentos e emoções relacionados ao nascimento foram evidenciadas em quatro produções. No estudo conduzido por Miranda et al. (2008), a dor foi o item mais recordado sobre o trabalho de parto, sendo, no entanto, para a maioria das consultadas, anulado pela felicidade diante do nascimento, momento descrito como a plena realização da maternidade.

Segundo Nascimento (2013), os discursos das mulheres incluem sentimentos de medo e ansiedade – em especial sobre a dor durante o trabalho de parto, medo de morrer e de lesões anatômicas – que, na maioria das vezes, fortalece a crença da incapacidade das mulheres de parirem. Foi evidenciado ainda o medo de serem obrigadas a se submeter a um parto vaginal contra a sua vontade, por estarem no sistema público de saúde.

Teixeira e Pereira (2006) afirmam que o relato de medo da dor foi evidenciado por praticamente todas as mulheres consultadas, bem como o medo da morte (sua ou do bebê). Na pesquisa, o parto não foi associado como um evento natural, mas como algo que necessita de acompanhamento de médicos diante dos riscos, fortemente associado à dor e sofrimento.

Pereira, Franco e Baldin (2011), na produção intitulada "Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres", identificaram o medo, principalmente associado a dor, como o fator que mais interfere no protagonismo da mulher sobre a decisão ou preferência pela via de nascimento. Conclusão semelhante evidenciaram no artigo "A dor e o protagonismo da mulher na parturição", em que afirmam o medo da dor ser bastante presente no discurso das gestantes e, à medida que o nascimento se aproxima, estende-se a outros medos: do trabalho de parto, da anestesia, do desconhecido, entre outros. Assim, afirmam que a interpretação subjetiva da dor, além de sentimentos de apreensão e dúvidas, se apresenta como elementos construtores da representação social sobre parturição (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Dos principais resultados relacionados à assistência no nascimento, destacamos o que foi evidenciado em cinco das nove produções. Segundo Velho, Santos e Collaço (2014), sobre a hospitalização, todas as mulheres consultadas relataram administração de comprimidos ou soro, com o objetivo de induzir o parto ou acelerar suas contrações, entendendo como procedimentos rotineiros e, muitas vezes, acompanhados da concepção do corpo como incapaz de desencadear o trabalho de parto espontaneamente. Os aspectos negativos da assistência apareceram em relação à atuação dos profissionais de saúde, quando a falta de apoio aparece marcada por atendimento de maneira agressiva e/ou com indiferença. A avaliação positiva, em contraposição, seria um serviço realizado de maneira atenciosa, com orientações e cuidado, provendo apoio e confiança.

Teixeira e Pereira (2006), sobre a percepção da assistência pelas mulheres consultadas nesse estudo, afirmam que foi marcada por descaso e abandono, que refletem em violência, seja física, psicológica ou emocional, através de discursos e posturas autoritárias, além da falta de atenção às necessidades de ordem psíquica e, às vezes, física. Houve ainda relato da utilização de procedimentos desaconselhados pelo Ministério da Saúde, como a Manobra de Kristeller, sem que houvesse questionamento por parte da paciente, por acreditar ter sido uma intervenção necessária e rotineira. Miranda et al. (2008) também trazem o relato da utilização de procedimentos intervencionistas e desnecessários.

Sanfelice e Shimo (2015), em estudo sobre parto domiciliar, observaram que as mulheres consultadas o fizeram diante da insatisfação com o modelo de atenção obstétrica

hospitalar, argumentando ser baseado em orientações e rotinas inflexíveis, que se apropriam de um momento de fragilidade, impondo procedimentos, não favorecendo o diálogo ou valorizando as escolhas das mulheres. Afirmam que no contexto hospitalar há uma tentativa de disciplinar os corpos e os processos naturais, por conveniência e interesses institucionais ou pessoais, preconizando a concepção do parto como um processo patológico, não natural. Assim, buscaram o parto domiciliar como uma alternativa para que suas expectativas e escolhas fossem respeitadas.

Silveira, Camargo e Crepaldi (2010), sobre a assistência ao nascimento, afirmam que as mulheres consultadas nem sempre eram informadas ou compreendiam o motivo de algumas práticas, como os critérios para internação, demonstrando acreditar que bastava estar sentindo dor e contrações. Assim, não reconheciam o motivo de ser orientadas a retornar para casa, o que acabava por gerar irritação. Na avaliação da assistência recebida, alguns aspectos classificados como negativos foram citados, como impaciência, grosserias e pouca atenção, por parte dos profissionais. Os aspectos positivos, relacionados com atenção, englobavam explicações compreensíveis, tempo e frequência do cuidado e atenção e prontidão no atendimento, entre outros.

Por fim, sobre a possibilidade de escolhas da mulher, seis dos nove artigos apresentaram considerações. Velho, Santos e Collaço (2014) relataram discursos em que a mulher afirma não se sentir participante no processo de decisão sobre a via de nascimento, que cabe apenas aos profissionais, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo Silveira, Camargo e Crepaldi (2010), os resultados encontrados sugerem uma concepção de que o conhecimento dos profissionais é visto como superior ao das mulheres, apesar de serem elas a vivenciar a experiência no próprio corpo. Além disso, foi atribuído aos profissionais um papel mais ativo do que o delas durante o processo, sendo submetidas a procedimentos sem que houvesse questionamento sobre sua real necessidade, o que apontam para uma subordinação ao poder médico característico da assistência ao nascimento em nossa sociedade.

Segundo Teixeira e Pereira (2006, p. 743), a relação entre médico e paciente pode ser entendida como uma relação de dominação, em que as mulheres, quando querem exercer sua autonomia, ou se mostram insatisfeitas com a assistência prestada, podem ser caladas ou ignoradas.

O processo que transforma o corpo feminino em objeto de trabalho da equipe médica acaba por interferir na enfermagem, que por sua vez colabora no processo de expropriação do corpo feminino, que passa a pertencer à equipe que a assiste, quando a mulher se transforma em paciente. O corpo é o foco do controle social, através do conhecimento e da autoridade médica, que o disciplina e o classifica

como aquele que será dócil e submisso ao saber que afirma garantir a vida da parturiente e do filho que está por nascer.

Sanfelice e Shimo (2015) concluíram que as representações sociais sobre parto domiciliar se relacionam com o conceito de autonomia exercido pelas mulheres no momento do nascimento. As autoras utilizam o conceito de autonomia, relacionando-o à ideia de liberdade, capacidade de tomar decisões sobre suas próprias ações e traçar suas trajetórias de vida. As mulheres consultadas neste estudo, que optaram por parto domiciliar, tinham como objetivo o controle do processo do nascimento, entendendo que possuem direito e capacidade de discernimento para isso, o que não seria possível dentro do modelo de atenção obstétrico atual.

Clementino e Silva (2008) também utilizam o conceito de autonomia, ao analisar o motivo da escolha de mulheres pelo nascimento em Casas de Parto e o relaciona com o respeito às decisões das mulheres na parturição. Os autores afirmam que, ao assumir uma assistência humanizada, os profissionais que atuam nas Casas de Parto oferecem às mulheres e às suas famílias um atendimento de respeito, individualizado e integrado.

Por fim, Pereira, Franco e Baldin (2011, p. 588) afirmam que a maioria das mulheres consultadas, que realizavam pré-natal no sistema privado, relata posicionamento dos médicos como aconselhador para parto vaginal, o que não se concretiza na prática, no município em que a pesquisa foi realizada, ou mesmo no restante do país. Já as gestantes acompanhadas no SUS demonstram ciência de que não ter direito à opção da cesárea programada, deixando transparecer sentimentos, como impotência e passividade pela não participação na decisão sobre a via de nascimento, pela normatização das políticas públicas e impessoalidade na relação estabelecida nos serviços públicos. Assim, as autoras afirmam que mulher contemporânea apresenta uma autonomia e protagonismo limitado, sendo a decisão sobre a via de parto manipuláveis pelo medo do desconhecido, do sofrimento e dos interesses de atores sociais diversos, como empresas, profissionais e mídia.

O grande desafio na atualidade é que a cesárea já está inserida culturalmente como via de parto e não serão apenas campanhas que poderão reverter o quadro. Essa reversão perpassa pela desconstrução cultural da cesárea como uma via normal para o nascimento e pela valorização do trabalho de parto como um mecanismo vital para o bem-estar do recém-nascido. O que implica na revisão da formação dos médicos, na análise e readequação de mecanismos de comunicação e transparência nas informações aos formadores de opinião, como a mídia, e principalmente em estratégias de longo prazo envolvendo a educação dos cidadãos (desde a escola básica) e introduzindo na sua formação conhecimentos oriundos das evidências científicas sobre parto e nascimento.

Tais considerações nos fazem refletir sobre o nascimento enquanto objeto de forte impacto na vida das pessoas, com um movimento de elaboração e reelaboração do conhecimento, a partir de saberes instituídos através da ciência, mas também do senso comum, do encontro entre pessoas, das trocas permeadas de afetos e convicções. Faz-nos ainda deter o olhar sobre a construção política das instituições de saúde, o delineamento do modelo de atenção obstétrica e a qualidade dos serviços prestados, se estão voltados para informar, empoderar e respeitar as escolhas das mulheres sobre seu próprio corpo.

Sobre a importância das informações, três produções fizeram algumas considerações. Nascimento (2013, p. 82) afirma que a maioria das mulheres consultadas nesse estudo acreditava, já no início da gestação, que se submeteria a procedimento cirúrgico, por já ter vivenciado em gestação anterior. A principal fonte de informação sobre a possibilidade de nascimento por parto vaginal foi por profissionais de saúde, sendo que outras informações foram buscadas posteriormente com familiares, pessoas próximas e outras mulheres com as quais se deparavam. Assim, afirma que esses conhecimentos estão fundamentados nos conteúdos de diálogos cotidianos, ancorados em padrões simbólicos originados na sociedade.

Percebemos que os saberes das mulheres estão relacionados com a história da construção cultural de tais conceitos, confirmando, assim, a ancoragem de suas representações em conteúdos anteriores tomados como científicos, ou mesmo normativos para o campo da obstetrícia. (...) Esta categoria aponta-nos também pistas para a reconstrução dos conhecimentos das mulheres em face dessa situação não familiar, a fim de romperem com seus saberes prévios e acolher o “estranho”, o parto normal, ou até mesmo manterem suas formas de pensar, sentir e agir sobre o parto.

Segundo Velho, Santos e Collaço (2014), as mulheres consultadas nessa pesquisa acreditam que se informar sobre os tipos de nascimento, fisiologia do parto, vantagens e o modo como a via de nascimento pode influenciar na vida do bebê são de grande importância para a preparação para o nascimento. Afirmam ainda que a formação das RS sobre nascimento nessa pesquisa esteve amparada em conversas com familiares, informações acessadas através da internet, revistas, televisão, livros e contato com profissionais da saúde.

Pereira, Franco e Baldin (2011) afirmam, no entanto, que o discurso das consultadas evidencia pouco diálogo entre paciente e médico em relação ao momento do nascimento. A maioria das entrevistadas não tem informações sobre a função do trabalho de parto para a maturidade do bebê, considerando-o uma etapa exclusiva do parto normal. Além disso, afirmam que informações e opiniões sobre nascimento chegam por diversas mulheres de seu convívio e que a opinião feminina tem grande influência, por validar uma experiência real, vivida, o que é diferente da demonstração verbal de um médico (se do gênero masculino e,

portanto, incapaz de vivenciar tal fenômeno). No entanto, na falta de informações, principalmente às mulheres de baixa renda e, portanto, acesso mais restrito a dados científicos, prevalecem informações permeadas por mitos e interpretações voltadas para medo e sofrimento.

Essas trocas entre mulheres sobre suas histórias, suas respostas corporais e afetivas diante da experiência do nascimento descortinam conhecimentos construídos em trajetórias de vida, vivências coletivas e elementos de teorias científicas expressos nas práticas sociais, no cotidiano. Ou ainda, como as representações, construídas nessas trocas, podem ser articuladas ou modificadas através da própria experiência vivida, singular e produtora de sentidos.

Cinco produções da revisão sistemática de literatura (VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S., 2014); (MIRANDA, D. B. et al., 2008); (NASCIMENTO, A. C., 2013); (TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R., 2006); (SANFELICE, C. F. de O.; SHIMO, A. K. K., 2015) se interessaram sobre a vivência ou experiência das mulheres sobre nascimento para compreender as representações sociais, sendo que em apenas uma produção (NASCIMENTO, A. C., 2013), foi apresentada uma definição conceitual do termo “experiência, no caso, a partir da perspectiva de Jodelet.

Segundo Jodelet (2006), nos estudos qualitativos, que utilizam como base teórica as representações sociais em determinados contextos, é necessária uma atenta análise de seus processos de produção e sua eficácia no campo social. Deste modo, traz uma reflexão sobre a noção de experiência, a partir de duas dimensões. Uma delas é a noção de experiência vinculada ao vivido, ao modo como o sujeito vivenciou determinada situação e elaborou as ações desenvolvidas, isto é, remete a um estado emocional e à consciência de sua subjetividade e identidade. Comporta ainda uma dimensão cognitiva, pois, ao passo que favorece uma experimentação no mundo e sobre o mundo, modifica e participa da construção da realidade.

A experiência, como apontada pela autora, é elaborada e dotada de sentido, a partir das representações e categorizações sociais, mas também intervém como mediação na construção de conhecimentos. Os elementos emocionais mobilizados pela experiência vivida, ao mesmo tempo em que atravessam os sujeitos que partilham a mesma situação, deixam lacunas para significações particulares. Assim, a análise da experiência pode se colocar como importante ferramenta na compreensão do sentido produzido em situações e contextos particulares, pelo suporte das representações sociais, pois só a partir de referências fornecidas por sistemas de representação social e cultural pode ser analisada.

Em relação ao tema proposto, ao pensar nas ideias e práticas relacionadas ao nascimento, que foram construídas ao longo do tempo, nos deparamos com uma pluralidade nas concepções e estratégias de cuidado. Tais compreensões, ora são formuladas no âmbito das ciências, com a elaboração de teorias e políticas públicas, ora são formuladas no cotidiano, produzindo um conhecimento de senso comum e é nesse jogo de ideias que as teorias são construídas na sociedade. O nascimento representa uma experiência que ganha conotações, representações e significados distintos nas culturas, e em função do tempo histórico, é objeto que enseja políticas públicas e está no coração de conflitos entre grupos sociais que defendem diferentes formas de nascimento, definindo identidades e posicionamentos, inclusive sobre a tutela dos corpos femininos.

Entendendo a experiência vivida como poderosa mobilizadora de elementos emocionais, capaz de intervir na construção de conhecimentos, e, assim, na elaboração de representações sobre o parto e o nascimento, surge o interesse em investigar as representações e expectativas das mulheres quanto à via de nascimento, levando em consideração também a experiência vivida. Assim, a presente investigação se debruça sob os seguintes questionamentos: quais os saberes, informações e expectativas de mulheres primíparas atendidas no SUS sobre a via de nascimento e assistência obstétrica? Quais experiências essas mulheres relatam sobre a assistência que receberam? A experiência modifica representações sociais mobilizadas sobre o nascimento do primeiro filho?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender, sob à luz da Teoria das Representações Sociais, os significados construídos sobre vias de nascimento e assistência obstétrica, por mulheres primíparas, antes e depois da experiência de parto vaginal ou cesárea.

4.2 Objetivos específicos

- Conhecer a preferência sobre a via de nascimento por gestantes acompanhadas em serviços públicos de saúde;
- Analisar informações que as gestantes relatam sobre assistência e vias de nascimento;
- Apreender a experiência do parto vaginal ou cesárea vivenciada por mulheres primíparas atendidas no Sistema Único de Saúde.

5 MÉTODO

5.1 Natureza da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo propõe a utilização da técnica de pesquisa qualitativa. A abordagem qualitativa se debruça sobre um nível de realidade, que não pode ou deve ser quantificado, assim, mostra-se mais adaptada aos estudos que investigam significados, motivos, crenças, valores e atitudes, como é o caso desta dissertação, entendendo esses fenômenos humanos, como parte da realidade social. O ser humano vai além da ação concreta, ele é capaz de refletir sobre suas ações e interpretá-las a partir de sua realidade, que é partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana – suas relações, representações e intencionalidade – é objeto da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2009).

Ainda que existam diferenças teóricas e formas de coleta de dados diversas entre as abordagens qualitativas, nas pesquisas dessa natureza o interesse está na compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências cotidianas e como estes são construídos. Ou seja, o olhar se volta para elementos subjetivos do comportamento. Além disso, independentemente das perspectivas diversas, as abordagens qualitativas convergem na perspectiva da realidade enquanto algo construído (TRINDADE; GANÓRDOLINASCIMENTO, 2007).

Desse modo, a investigação de natureza qualitativa serve aos estudos em TRS, visto que possibilita abarcar os fenômenos sociais, que têm origem nas práticas e diversidades grupais, cuja função é dar sentido à realidade social e orientar condutas.

5.2 Inserção no campo

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública da cidade do Recife/PE, que realiza acompanhamento pré-natal de baixo risco, ou seja, com bom prognóstico materno e perinatal. A escolha por instituição com esse tipo de acompanhamento se deu pela menor probabilidade de complicações durante a gestação e nascimento e, conseqüentemente, menor necessidade de intervenções.

A maternidade foi fundada no ano de 1945 e possui 38 leitos, sendo: 5 de pré-parto (para mulheres em trabalho de parto), 10 para mães acompanhantes (que estão de alta hospitalar, mas os filhos não e, por isso, permanecem internadas), 5 enfermarias (cada uma

com 4 leitos) e 3 leitos para mulheres com doenças infectocontagiosas, que necessitam de isolamento.

A equipe conta com 27 obstetras, 14 anestesistas, 19 neonatologistas/pediatras, 5 enfermeiras obstétricas e 24 técnicas de enfermagem. Em cada plantão, ficam disponíveis 1 enfermeira obstétrica e 3 técnicas de enfermagem no pré-parto e 3 obstetras e 2 técnicas de enfermagem no bloco cirúrgico, local onde ocorrem os partos vaginais e as cirurgias cesarianas.

No ano de 2017, dos 2.955 nascimentos ocorridos na maternidade, onde foi realizado o estudo, 2.264 (76,61%) ocorreram via parto vaginal e 691 (23,38%) via procedimento cirúrgico. No ano de 2018, entre os meses de janeiro e setembro, dos 2.244 nascimentos, 1.748 (77,89%) via parto vaginal e 496 (22,10%) por cirurgia cesariana, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Quadro 1 - Censo de nascimentos ocorridos na maternidade pesquisada⁸

Procedimentos	2017	2018 (Jan a set)
Parto vaginal (obstetra)	1.966	1.375
Parto (enfermeira obstétrica)	298	373
Cesárea	691	496

Após carta de anuência da Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTES) e da autorização para início da pesquisa pela Diretoria da maternidade, foi realizada a primeira visita, em janeiro de 2018, para conhecer a dinâmica institucional em relação às consultas de pré-natal, que só estavam sendo realizadas por uma enfermeira obstétrica e uma obstetra, tendo, assim, poucas gestantes em acompanhamento.

Com a inserção no campo, algumas dificuldades já ficaram evidentes. O horário das consultas de pré-natal foi algumas vezes alterado, o que dificultava o contato com um maior volume de gestantes. Por vezes, a maternidade não pôde oferecer espaço adequado para realização das entrevistas, que foram então efetuadas no corredor do ambulatório, com interferências de várias ordens. No entanto, a maior dificuldade foi encontrar participantes no perfil definido, visto que grande parte das mulheres consultadas era multíparas ou menores de idade.

Após 13 visitas, o pré-natal foi suspenso na maternidade, por afastamento das duas profissionais. Deste modo, optou-se por ampliar o universo da amostra, buscando participantes que aguardavam exame de ultrassonografia na maternidade. Ainda assim, diante

⁸ Informações prestadas pela própria maternidade.

da dificuldade de encontrar mulheres que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão, foi solicitado relação das pessoas que realizaram ultrassom para contato por telefone, sendo que este exame é realizado nessa instituição, não só com gestantes, o que aumenta o quantitativo de pessoas a serem contatadas para consulta do perfil. Foram realizadas ao todo 23 visitas ao hospital na tentativa de agregar sujeitos à pesquisa, além dos contatos telefônicos.

5.3 Procedimentos para coleta de dados

As participantes foram conhecidas, a partir de abordagem direta, enquanto aguardavam atendimento na maternidade ou mediante a disponibilização de seus nomes pela equipe com contato realizado por telefone. Foram então convidadas a participar da pesquisa, esclarecendo os objetivos e percursos metodológicos.

Para a coleta de dados, foram utilizados questionário e entrevista semiestruturada (Apêndice B e C). No questionário, constaram informações socioeconômicas, com o objetivo de melhor compreender a realidade econômica e social, o acesso aos bens e serviços e escolaridade das participantes.

A pesquisa foi composta por dois momentos, com realização de uma entrevista em cada. A primeira entrevista, realizada entre os meses de fevereiro e junho, durante a gestação, com o objetivo de conhecer e apreender suas expectativas e preferências quanto à via de nascimento. A segunda, do tipo episódica, realizada após o nascimento, entre os meses de abril e agosto, para compreender as vivências e sentimentos das mulheres quanto ao desfecho deste. As entrevistas foram realizadas individualmente, com tempo livre, registradas em áudio e transcritas posteriormente.

A episódica é um tipo de entrevista narrativa que trata de um convite ao relato de situações ou episódios específicos, com o objetivo de analisar experiências e conhecimento cotidiano do entrevistado sobre objetos, processos ou situações específicas, favorecendo o acesso aos processos de construção de realidades. O guia da entrevista deve ser organizado de modo a favorecer a emergência das partes relevantes e que se mostre aberto a acomodar qualquer aspecto novo que possa emergir ou ser trazido pelo entrevistado (BAUER; GASKELL, 2002).

5.4 Participantes

Da primeira entrevista, participaram oito mulheres, no entanto, uma delas não permaneceu no segundo momento da pesquisa, motivo pelo qual não foi mantida no estudo. A pesquisa contou então com sete mulheres, totalizando 14 entrevistas. Foram utilizados os

seguintes critérios de inclusão: gestantes primíparas, ou seja, na primeira gestação; no terceiro trimestre (entre 28 e 42 semanas de gestação); moradoras da cidade do Recife/PE e região metropolitana; com idade igual ou superior a 18 anos. A opção pela não inclusão de mulheres com gestação anterior prévia se deu pela possibilidade de influência na escolha pela experiência anterior. Foram excluídas da pesquisa mulheres com idade gestacional inferior a 28 semanas; que já tinham gestado anteriormente; residentes fora da região metropolitana do Recife; com idade inferior a 18 anos.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e agosto de 2018, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 2 - Período das entrevistas

Participante	Primeira entrevista	Tempo gestacional	Data do nascimento	Segunda entrevista
Lúcia	Fevereiro	39 semanas	20/2/2018	Abril
Bianca	Maio	31 semanas	23/7/2018	Agosto
Rebeca	Junho	30 semanas	01/7/2018	Agosto
Marília	Maio	40 semanas	15/5/2018	Julho
Luciana	Fevereiro	36 semanas	08/3/2018	Abril
Carla	Junho	40 semanas	23/6/2018	Agosto
Priscilla	Abril	32 semanas	11/6/2018	Junho

Objetivando garantir o anonimato das participantes, mas também no empenho em manter realçada a posição feminina, optou-se por utilizar nomes fictícios e não as identificar a partir de números. A seguir, apresentamos algumas informações sobre as mulheres participantes deste estudo:

Quadro 3 - Informações socioeconômicas das participantes

Nome	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda per capita	Morada
Lúcia	22	Médio completo	Cambista	Inferior a um salário-mínimo	Companheiro e familiares
Bianca	19	Médio completo	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Familiares
Rebeca	20	Médio completo	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Companheiro

Marília	19	Médio completo	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Companheiro
Luciana	36	Médio incompleto	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Mãe
Carla	23	Superior completo	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Companheiro e sogra
Priscilla	23	Médio completo	Desempregada	Inferior a um salário-mínimo	Companheiro e familiares

As mulheres participantes deste estudo tinham idade entre 19 e 36 anos. Todas informaram renda per capita inferior a um salário-mínimo e meio, no entanto, nenhuma recebe benefício social. Lúcia, a única participante que declarou trabalhar, não possui vínculo empregatício e, portanto, não goza de direitos trabalhistas.

5.5 Procedimentos para análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir do método fenomenológico para investigação psicológica. De acordo com Trindade e Gianórdoli-Nascimento (2007), o método fenomenológico busca o modo como a experiência foi vivenciada, isto é, investiga o significado da vivência de um fenômeno específico. A partir da articulação entre vivências individuais, é possível a compreensão da experiência vivida de forma partilhada, por um grupo.

A principal questão do método fenomenológico é alcançar a elaboração da estrutura do fenômeno, delineando o modo como se deu a sua vivência. Deste modo, a entrevista é o procedimento principal para coleta de dados para a utilização do método fenomenológico, pois favorece um maior aprofundamento (TRINDADE; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007).

Foram seguidas, como descrito pelas autoras, as seguintes fases: a) transcrição integral das entrevistas, incluindo as expressões emocionais existentes; b) leitura exaustiva do material para determinar as unidades de significado, ou seja, os aspectos significativos na experiência das entrevistadas e importantes para o objetivo da pesquisa; c) reorganização das entrevistas com transcrição literal e distribuição das falas, a partir das unidades de significado; d) organização e sintetização do conteúdo nas unidades de significado, utilizando linguagem parcialmente padronizada; e) elaboração de uma estrutura, a partir das unidades de significado, com um texto único, integrando os aspectos significativos relacionados à

experiência vivida. A discussão trata da articulação entre as vivências individuais e as vivências compartilhadas pelo grupo.

5.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi realizada seguindo as orientações da Resolução 466/12 do CNS e iniciada apenas após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE – CAAE: 79351517.4.0000.5208.

A pesquisa não propôs a utilização de nenhum procedimento invasivo e, deste modo, apresentou risco mínimo às participantes. No entanto, diante da possibilidade do surgimento de algum desconforto emocional, foi realizada descrição clara dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como da garantia do anonimato sobre as informações por elas fornecidas, de modo a minimizar a possibilidade de qualquer desconforto. Além disso, foi realizada durante a entrevista episódica, escuta empática, o que favorece um sentimento de acolhimento. As participantes foram informadas ainda sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. A todas, foram solicitados assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e a autorização verbal para o uso do gravador.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através das entrevistas serão apresentados a seguir em forma de narrativa. As unidades de significados, compostas pelos aspectos significativos relatados sobre a vivência das participantes, foram articuladas e unificadas em um texto narrativo, permitindo uma apreensão mais integrada das mulheres e suas experiências.

Segundo Rosenthal (2014), a recordação se fundamenta em um processo de reprodução em que o que passou está sujeito a uma modificação constante, de acordo com as condições do presente e de um futuro antecipado, que conduzem a um fluxo de reconstruções. Em uma narração, há então uma proximidade maior com um passado vivenciado, não um passado real, em que partes importantes podem ser omitidas, bem como ser acrescentados fragmentos de experiências posteriores ou mesmo de outras pessoas. Não há, assim, uma equivalência entre vivência e narração.

No entanto, o relato é entendido nesta pesquisa como um valioso recurso, capaz de acessar as ações e os sentidos construídos, a partir de uma experiência. Como afirma Müller et al. (2012, p. 11), a narrativa da vivência do nascimento representa a “ferramenta que mais se aproxima da elaboração da experiência do parto. Feita por quem a vivenciou mais intensamente, a mulher, ele proporciona muitas possibilidades analíticas sobre as representações e significações das intervenções obstétricas para as mulheres.”

Para melhor compreender a trajetória dessas mulheres, serão discutidos agora elementos que constituem as representações sobre formas de nascimento, bem como suas experiências de atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde e os sentidos por elas atribuídos. Tais elementos representam aspectos significativos apresentados nas narrativas e, a partir destas, buscou-se identificar as particularidades e convergências de suas vivências.

6.1 Expectativas e preparação para o nascimento

6.1.1 Lúcia – “Como mamãe vai trabalhar desse jeito, com esse sorriso?”

Lúcia, embora já demonstrasse desejo de se tornar mãe, não planejava que fosse nesse momento. Fazia uso de comprimidos anticoncepcionais regularmente há quatro anos, mas engravidou ainda assim. A primeira associação que Lúcia faz, ao refletir sobre a maternidade, diz respeito ao apego. Esta impressão vem através do relato de outras pessoas, “*porque eu não sei, né? mas já ouvi de outras mães porque se apega muito,*” mas também de sua própria vivência de gestação: “*passei essa trajetória já de nove meses com ela, de sentir tudo com ela, sentindo dor, inchaço, cansaço, (...) já me apeguei.*” Reflete ainda sobre renúncias que

mães são levadas a tomar pelo afeto e proteção da criança, como abdicação do trabalho, por exemplo.

O casal estava há quatro anos no processo de construção da casa, que demandava investimento financeiro de praticamente toda a sua renda. Por estar residindo com o marido, sogra e cunhada, acredita que não era o momento ideal para engravidar. Lúcia trabalha como cambista, sem vínculo empregatício. Deste modo, não tem acesso a direitos trabalhistas, incluindo licença-maternidade. Após o nascimento, foi acordado o prazo de quatro meses de afastamento, porém sem pagamento nenhum, deixando uma lacuna na renda familiar. Ao refletir sobre pessoas que optam por deixar o emprego para cuidar dos filhos, conclui: *“porque vê aquele aconchego, aquele apego com a criança. Mas eu digo assim... a situação que eu e meu esposo tamo, eu vou ter que voltar de todo jeito pra trabalhar.”*

O companheiro de Lúcia, desde o início se mostrou emocionado com a gestação, *“já baba tanto, comprou vestido, que ele torce pro time do Sport, sabe? Aí, já chegou com um vestido do Sport: ‘olha aqui, olha, a saída da maternidade vai ser essa, viu?’ ”* Demonstra ansiedade em relação à chegada da filha, mas já deixou claro que não tem coragem de acompanhá-la durante o nascimento, então optou pela presença da sogra. Lúcia é natural de Olinda/PE, mas residia em Alagoas com a mãe. Os laços familiares atuais, pela distância, são com seu marido e a família dele, com quem mantém uma boa relação.

Lúcia tem como principal fonte de informação os conteúdos acessados na internet, especialmente no youtube e facebook, *“eu fico mais lendo porque as dúvidas que eu tenho, outras já fizeram, aí já aparece a resposta pra minha dúvida.”* Os relatos que teve acesso por outras pessoas, muitas vezes trouxeram um conteúdo mais ansiogênico do que informativo, *“chegou aquela moça, falou do bebê dela que tava morto com sete meses, com o cordão umbilical, aí mulher, cheguei aos prantos em casa, né? Preocupada também, né? mas entreguei nas mãos de Deus.”*

Os relatos sobre parto vaginal, que Lúcia conheceu das pessoas próximas, tiveram sempre a dor como questão principal, *“uma amiga minha disse que sofreu muito pra ter, teve uma que teve acorada, outra teve normal, mesmo assim o bebezinho dela teve um probleminha, mas teve normal.”* Sobre seu próprio nascimento, sabe apenas que foi parto vaginal e *“que sentiu muita dor, mas depois que teve, passou a dor.”* Apenas um relato apresenta conteúdo diferente, em que não sentiu dor nenhuma.

A sogra relatou que teve todos os filhos via parto vaginal, chamando atenção pelo sofrimento que vivenciou em uma situação semelhante, visto que a filha de Lúcia também se encontrava em apresentação pélvica, *“a bebê dela tava sentada e ela sentindo dor e o médico*

queria que ela tivesse normal, (...) aí chegaram lá, deram o toque nela e tava forçando pra ela ter normal, só que não foi normal, tocou, tava sentada. Aí ela disse que parece que ela colocou a mão e virou o bebê dela, aí ela teve normal, mas também ela sofreu muito. ”

O principal sentimento em relação ao nascimento vivenciado por Lúcia é o medo, “o meu medo do procedimento é tipo de eu perder ela,” por já se sentir vinculada à criança. Este medo não se estende a nenhum tipo de consequência para si, apenas em relação a sua filha.

Antes mesmo de haver atraso da menstruação, Lúcia procurou a agente comunitária de saúde para marcar uma consulta ginecológica, por ter um sangramento de escape durante o ciclo. A consulta só ocorreu após 11 dias de atraso menstrual, então foi solicitado exame de sangue, “só que eu fui procurar para fazer lá, só que no posto de saúde, assim, demora muito, não tinha vaga. ” Após constatar a gestação com exame de urina, procurou o posto de saúde para iniciar o acompanhamento pré-natal, mas, diante das diversas dificuldades, optou por procurar uma maternidade. Como não tinha encaminhamento, pediu a uma amiga, que tinha uma pessoa conhecida trabalhando na maternidade, para conseguir o acompanhamento pré-natal. Assim, iniciou os atendimentos com a enfermeira obstétrica. Estes consistiam basicamente em pesar, aferir pressão, medição da altura uterina e solicitação e análise de exames. Lúcia relatou ainda dificuldades em realizar os exames, através do SUS. Dos quatro ultrassons que fez até o momento, dois foram particulares.

O acompanhamento pré-natal não oportunizou, para Lúcia, diálogo mais consistente capaz de dirimir verdadeiramente suas dúvidas. Além disso, não havia obtido nenhuma informação sobre os procedimentos a serem tomados durante o nascimento. Desejava um parto vaginal, mas foi informada de que, pela apresentação pélvica, iria se submeter a uma cirurgia cesariana. Assim, iniciou pesquisas na internet e já entendia um pouco do processo.

6.1.2 Bianca – “Eu escutei um bebê chorando, aí eu fiquei: ‘meu Deus, é o meu bebê, meu filho. ”

Bianca não planejou a gestação. Por ter 19 anos, achava-se muito nova e sequer havia se imaginado sendo mãe, “eu não acreditei, eu pensei que fosse mentira. Eu fiquei em pane, queria fazer outro (exame) pra ver se era mesmo verdade. ” Reação parecida teve o seu companheiro, ao receber a notícia: “o pai não acreditou, o pai ficou em choque. ” Percebe a gestação nesse momento da vida como algo de grande impacto nos seus planos, “ia fazer faculdade de Direito. Aí, como foi uma gravidez indesejada, a pessoa ficou meio assim... entendeu? Aí, querendo ou não, querendo ou não, atrapalhou, né? Mas a criança vai crescer, não vai ficar pequena pra sempre, aí vai dar pra fazer. ” Atualmente, está desempregada.

Aos sete meses de gestação, Bianca sentiu dificuldade para andar, por sofrer com dores no corpo. Não participou de grupos para gestantes, por não se sentir segura para andar sozinha, *“tou no final da gestação, a pessoa pode desmaiar, acontecer alguma coisa, Deus o livre, né?”* Bianca reside com a avó, uma sobrinha e três tios. No momento do nascimento do seu filho, optou pela presença da sua tia. A família ou mesmo o namorado não se disponibilizam para acompanhá-la em grupos informativos para gestante e não incentivam o nascimento por nenhuma via de parto em especial, *“só diz, assim, que é bom ter, porque num instante sai, mas que tudo seja da vontade de Deus.”*

As maiores fontes de informação para Bianca foram diálogos com amigas que são mães e pesquisas na internet, tanto sobre as mudanças esperadas em cada etapa da gravidez, para se preparar e não ficar assustada, como sobre cada tipo de nascimento e suas etapas. Participou do Mamãe-Coruja Projeto Partejar, mas não assistiu às palestras informativas.

Sobre seu próprio nascimento, sua mãe informou apenas que foi um parto vaginal rápido, que ela quase nascia no carro. Por uma amiga, soube que algumas mulheres não são acolhidas pela equipe durante o trabalho de parto e que, ao gritar de dor, são maltratadas, *“foi ela não, ela viu as outras pessoas, do lado dela, parindo e sofrendo e os médicos falando lá. (...) ela tava vendo já a situação das mulheres, então não ia fazer a mesma coisa que as mulheres, pra não sofrer, né? Então, ela aguentava calada.”*

O acompanhamento pré-natal foi realizado no posto de saúde e não recebeu nenhuma orientação sobre os tipos de nascimento, perguntaram apenas se já havia escolhido a maternidade. A preferência inicial de Bianca é por um nascimento via cirurgia cesariana, sob o argumento de não sentir muita dor na hora do nascimento, embora sinta na recuperação. A dor é posta recorrentemente no discurso de Bianca.

Na expectativa do nascimento, imaginou que o trabalho de parto se iniciaria com o rompimento da bolsa amniótica e as contrações e dores indicariam o momento de ir ao hospital, *“o povo diz que se a pessoa for logo pra maternidade, o povo judeia da pessoa lá. A pessoa tem que ir nas últimas, quando não tiver mais aguentando a dor.”* Após submissão a um exame de toque para verificar a dilatação, seria posta no soro, se preciso. Haveria então uma avaliação sobre a via de nascimento *“porque eles vão fazer de tudo pra pessoa ter normal.* Sobre a maternidade, *“eu não sei, a maternidade que Deus me guiar, que Deus me ajudar.”*

Sobre a assistência esperada da equipe, esperava paciência e atenção, *“porque tem muita gente que posta no facebook ‘medicina por amor,’ mas, quando chega na hora, fica mexendo no celular, não liga lá, as mulheres lá sofrendo e não tão nem aí, entendeu? E tem*

mulher que fica gritando, por conta da dor, entendeu? Porque não aguenta mais a dor, que é muito forte e ele diz: ‘oxe, para de gritar, eu só vou lhe atender quando você calar a boca.’ Tipo, maltratando a pessoa. Só que não sabe a dor que a pessoa tá sentindo, né?”

6.1.3 Rebeca – “Surpresa, que é o que mais tem. Pega sempre a gente de surpresa.”

A gestação de Rebeca vinha sendo planejada há cerca de cinco meses e foi o companheiro quem primeiro percebeu os sintomas, “*eu nem imaginava, quem desconfiou foi meu esposo. (...) porque atrasou e meus seios estavam inchando e ele olhou assim, eu trocando de roupa e tal, e disse.*” Fez então dois exames de urina e depois um de sangue, confirmando a gravidez, “*ah, meu coração acelerou na hora.*” A primeira reflexão de Rebeca sobre maternidade gira em torno da atenção que precisará ser prestada após o nascimento e da mudança que ocorrerá na sua vida.

Apesar de o seu companheiro estar atento aos primeiros sintomas da gestação e de Rebeca desejar sua presença no momento do nascimento, ele informou desde o início não ter coragem. O mesmo foi dito por sua mãe e tia.

Rebeca não utilizou a internet ou participou de grupos de grávidas para se informar sobre gestação e nascimento. Também não compartilhou da experiência de outras mulheres, exceto da sua mãe. Esta relatou ter vivenciado um parto vaginal, “*o meu parto, ela... assim... disse ela que foi, assim, foi rápido. E ela me teve sozinha na maternidade mesmo. Ela disse que estava nascendo, mas ninguém se aproximou dela, aí na hora mesmo, ela me teve, aí gritou: ‘nasceu’, aí todo mundo correu.*” Sobre o nascimento das suas duas irmãs, sabe apenas que foram mais complicados por hipertensão e que um deles foi via cirurgia cesariana, todos no SUS.

A experiência mais próxima compartilhada foi de uma prima, também no SUS, que ela chegou a visitar na maternidade e acompanhou o pós-parto, carregado de sofrimento, “*foi cesáreo, foi infeccionada a cirurgia dela, aí mesmo assim liberaram ela, mas chegou em casa só fez piorar. Aí, resumindo, ela ficou internada. (...) porque ela não tava tendo passagem e mesmo assim estavam insistindo pra ela esperar, aí ela passou uns quatro dias internada e nada, aí teve que fazer um cesáreo de emergência.*”

Rebeca foi acompanhada na maternidade pela enfermeira obstétrica, desde o início da gestação. Sentiu-se bem atendida e a consulta consistia basicamente na medição do peso, da altura uterina, ausculta e explicação sobre os exames. Nenhuma informação foi passada sobre vias e procedimentos para nascimento. Pela dificuldade de realização de exames pelo SUS, todos foram particulares. Rebeca, no entanto, está desempregada.

Falou do seu desejo por um parto vaginal, *“mas, assim, eu penso assim, na hora da complicação, tudinho, se não der pra fazer normal, que seja cesáreo o mais rápido possível, né? Pra não ter complicações, nem pra mim e nem pra ela. Pela recuperação, é melhor.”* Acreditava que o trabalho de parto se iniciaria com dor e que permaneceria em casa até não aguentar mais, *“porque vir... aí você passa um tempo aqui até você ter, assim, perder tempo aqui na maternidade. Muitas vezes não tem nem leito para você ficar internada.”* Após chegar ao hospital, gostaria de ser atendida o mais rápido possível, *“assim, um parto normal, aí corre logo pra sala, ter, tudinho. E se for cesáreo, a mesma coisa, não esperar muito, penso assim.”*

Sobre procedimentos que desejava ou não, não soube informar. O mesmo respondeu sobre o que espera da equipe, *“não penso também não, não tenho ideia.”* Além disso, não acha que poderia escolher a via de nascimento, *“acho difícil, eles têm um procedimento.”*

6.1.4 Marília – *“Quando colocaram ela em cima de mim foi a melhor coisa que teve. A pessoa esquece da dor na hora.”*

Marília, de 19 anos, é casada há seis e se encontra desempregada. Há cerca de três anos e meio interrompeu o uso de anticoncepcional, por sentir fortes cólicas como efeito colateral. A gravidez não foi planejada, mas também não usavam método contraceptivo nenhum, *“não, eu nem ligava, achava que não podia [engravidar].”* Com o atraso menstrual, optou por fazer um exame de urina, que confirmou a gestação, *“eu na hora, eu comecei a chorar. E o pai ficou calado, olhando pra minha cara, calado.”* Os primeiros sentimentos vivenciados na descoberta da gestação foram medo e felicidade, *“medo de... acho que de não conseguir, de não conseguir ser uma boa mãe, alguma coisa assim. Mas também fiquei muito feliz, depois que passou o susto, aí já se apegava.”*

O desejo inicial de Marília foi por um parto *“normal, mas sem remédio nenhum. como é que as pessoas falam? é... humanizado.”* Sua expectativa era de esperar chegar a hora, ir ao hospital já próximo ao nascimento e que este fosse rápido e sem uso de medicação, *“o humanizado não, o humanizado é nada, é sem soro, sem coisa pra nada, é só quando ela querer vir, vem.”*

No momento da entrevista, encontrava-se em trabalho de parto, com a mãe, pessoa que escolheu para acompanhá-la. As principais fontes de informação para Marília foram internet, em que acessa conteúdos diversos no youtube, e o pré-natal, *“ela perguntava o que eu tava sentindo, pela semana ou pelo mês, né? Dependia da data que eu fosse. Mas o que eu achava... não entendia, eu ia e pesquisava.”* Realizou pré-natal em um posto de saúde

próximo à sua casa, com uma enfermeira, e avaliou como positivo o atendimento, embora tenha relatado lacunas, especialmente em relação a informações sobre o nascimento. As consultas consistiam basicamente em pesar, medir altura uterina, auscultar o coração e aferir a pressão.

Marília, no entanto, faz referência a algumas informações que não têm base em evidências científicas, *“o ruim é que eu já vou fazer 41 [semanas] e a maioria dos hospitais só induz com 42 semanas. E isso é muito arriscado, todo mundo fala que é muito arriscado, porque tá nas últimas.”* Além disso, relata como procedimentos para induzir naturalmente o parto, noite de lua cheia e comer coisas apimentadas.

Sobre seu próprio nascimento, não tinha muitas informações, sabia apenas que foi um parto vaginal, *“sei que foi rápido, a primeira coisa que saiu foi a placenta, lembro direito não.”* Não conhecia ninguém que tivesse vivenciado parto humanizado. A maioria das mulheres com quem conversou, sobre a experiência do nascimento, vivenciou parto vaginal, no SUS, *“tranquilo, tudo normal, só uma amiga minha que teve que induzir porque... A mesma coisa que eu... 41 semanas e não teve passagem. Assim, ela não conseguiu sentir dor, ela também não sentia. Ela chegou no hospital sem dor, mas, graças a Deus, ela conseguiu, os médicos internaram ela e induziram o parto. Só que hoje em dia tá difícil, só querem induzir com 42 semanas, aí é muito tarde.”*

Escolheu a maternidade por ser o local em que sua mãe e sua tia tiveram seus filhos e por ser próximo à sua casa. Em relação ao nascimento, sentia-se ansiosa e com medo, medo da dor e de não conseguir. Sentiu que pode ser colocada em risco se esperar até 42 semanas, embora estivesse com 40 na ocasião da entrevista. Com as contrações dolorosas e após se submeter a dois exames de toque em que foi constatado dilatação de 2cm, Marília demonstrou desejo por indução ou aceleração do trabalho de parto.

6.1.5 Luciana – *“O filho é cuidado, a mãe não.”*

Luciana trabalhava durante a semana como costureira, sem vínculo empregatício, no interior de Surubim, e nos finais de semana retornava para o Recife. Vinha se sentindo muito mal, com enjoo intenso, quando procurou o hospital e, sem a realização de exames, foi informada sobre suspeita de depressão, diagnóstico que não fez sentido para ela. Diante dos vômitos recorrentes, passou a se sentir extremamente fraca e com sintomas de desidratação, então pediu a sua mãe, que residia em um sítio, para ir ajudá-la, pois precisava ir ao hospital. Sua mãe, quando chegou ao seu encontro, sofreu um Acidente Vascular Cerebral, que a fez ficar internada durante um mês. Ainda fraca e com enjoo, foi novamente ao hospital, quando

fez um exame de sangue e descobriu a gestação, *“Aí eu caí pra trás assim, fiquei sem ação. Meu Deus, eu nem desconfiava, porque tava menstruando. (...) aí depois eu botei pra chorar, me deu uma crise, ‘como é que eu vou criar? como é que eu vou fazer?’ Tanta coisa, ‘meu Deus, eu não tenho nada ainda,’ fiquei com a cabeça desesperada.”* Luciana não está trabalhando no momento.

Entende que a maternidade traz muita responsabilidade. Cada mãe tem um jeito de agir e tratar seu filho, e acredita que só após o nascimento, conseguirá entender realmente o que significa a maternidade. Com o filho ainda na barriga, já demonstrava apego e admiração, *“eu fico andando e ele já fica encantando os outros, sem vergonha. Porque os outros ficam olhando pra mim e puxa conversa: ‘menina, como tua barriga tá mexendo.’”*

Por ter demorado a descobrir a gestação e pensar estar doente, fez uso de algumas medicações e chá, e demonstrou muito receio em ter prejudicado seu filho com suas escolhas, *“minha irmã tem um filho especial, aí eu fiz: ‘pronto, meu filho, agora vai nascer com problema, até doido ele vai ficar.’”* A sua idade (36 anos) também causa algumas inseguranças, *“se fosse antes, se eu pensasse, eu teria tido mais nova, não teria agora não, porque quando a gente vai tendo mais tarde, vai aparecendo isso, aparecendo aquilo.”*

Vivenciou por um período prolongado e intenso alguns sinais da gestação, que tornaram difícil o momento. Teve fortes enjoos e muitos episódios de vômitos que a deixaram sentindo-se fraca e desidratada, além de dores nos pés e mãos, na vagina e nas costas, que dificultam sentar e dormir. Os vômitos, que permaneceram até o final da gestação, a deixavam insegura para sair de casa.

Quando se separou do companheiro, não sabia que estava grávida. Ao descobrir a gestação, conversou com o pai da criança, que tentou uma reaproximação, afirmando que só daria assistência se estivessem em uma relação amorosa. No entanto, conheceu outra pessoa que tem se dedicado a ela e a apoiado na dificuldade financeira, *“ele me supre em tudo, coisa que eu não tive do pai.”* No entanto, planeja se mudar para Manaus, contando com o apoio de uma amiga, que oferecerá moradia e onde conseguirá um emprego, *“ele gosta muito de mim, mas compromisso eu acho que não quero mais não, fiquei meio traumatizada.”* Disse ao pai da criança que iria realizar um aborto para que mantivesse distância. Posteriormente, ele descobriu que a gestação não havia sido interrompida, mas mesmo assim ele não a procurou.

Sua mãe e irmãos receberam a notícia da gestação com muita felicidade. Apesar de a mãe ter sofrido um AVC e ter sido necessário grande dedicação e cuidado de Luciana, há um apoio mútuo entre elas, pois as sequelas não foram intensas, *“doze filhos, mas só três pra dar conta, então, eu sou a única mulher, os outros dois é homem, então muitas coisas pra*

entender ela sou eu. ” A dificuldade financeira esteve presente desde a infância, com família grande, a mãe trabalhava como lavadeira.

Sobre o seu nascimento, sabe que foi domiciliar. É a mais nova e, por isso, escuta das irmãs a vivência dos nascimentos, *“Assim, minhas irmãs que contam, né? Que era difícil, as mais velhas contava, pra gente comer, pra sustentar, cheio de menino, tudo dentro de casa. Que a parteira colocava a gente tudinho dentro de um quarto e no outro quarto ia fazer o parto da minha mãe e só escutava os gritos.* ” Diante da dificuldade, a mãe, no dia seguinte, já estava passando ferro.

As irmãs, assim como as amigas, representaram uma importante fonte de informações e modo de esclarecer algumas dúvidas, mas a diversidade de informações a deixou insegura sobre a capacidade de reconhecer o trabalho de parto, *“É, aí eu fico ‘meu Deus, como é isso, hein? Eu vou saber que a bolsa estourou? Eu vou saber que o menino vai nascer, que o menino não vai nascer? ah, eu quero mais falar com vocês não, deixa eu passar pela minha experiência.’”* Pessoas que ela não conhece também confundiam com informações que ela não compreendia bem. Não participou de nenhum grupo informativo e não conversou sobre nascimento no pré-natal. Para acompanhá-la durante o nascimento, pensou nas irmãs.

Os relatos das irmãs sobre suas próprias experiências, no entanto, muitas vezes tratavam de vivências traumáticas de nascimento. Uma delas relatou o sofrimento após episiotomia: *“até hoje, ela sofre com isso, entendeu?”* Outra, sofreu bastante enquanto tentava um parto vaginal possivelmente a fórceps. A escolha da maternidade se deu por indicação do seu irmão, pois foi lá que sua esposa vivenciou o nascimento do filho. No entanto, já ouviu relatos de assistências ruins, o que também representam fonte de angústia, *“ah, eu fico com medo do parto, né? Um pouco. Eu fico com medo de não ter assistência.”* Demonstrou medo em relação ao exame de toque, *“ela diz que é horrível o toque, aí pronto, já vem isso na minha mente também.”*

Durante o acompanhamento pré-natal na maternidade, foram solicitados alguns exames a se realizarem no posto, porém não conseguiu e teve que pagar por eles. Avaliou ter sido bem-tratada nos momentos em que esteve na maternidade, tanto no pré-natal, como na emergência, mas sentiu algumas lacunas, *“eu que fico fazendo um monte de pergunta a ela e tudo pra ela é normal. Eu digo: ‘venho mais não, tudo pra senhora é normal,’ ”* referindo-se às dúvidas sobre dores que sentia.

Tinha preferência por nascimento via cirurgia e sua expectativa era de procurar a emergência, relatar o que estava sentido e, a partir daí, ser informada sobre a via de nascimento. Sobre a assistência da equipe, desejava *“que ele me explicasse tudo, sabe? é a*

primeira coisa. ‘é isso que você vai sentir, você faça assim, você aja assim,’ sabe? Fico imaginando na hora que a criança nascer, quando tiver saindo, como é que vai ser, se vai fazer aquele corte, eu fico imaginando mil coisas. ”

6.1.6 Carla – *“Minha avó teve mais de oito filhos em casa, eu acho que eu poderia ter também.”*

Carla nunca desejou se tornar mãe, então, ao descobrir que estava gestando, sentiu, inicialmente, um choque, que depois foi transformado em sentimento de felicidade. O mesmo aconteceu com seu marido, ao receber a notícia, *“aí ficou deitado lá meia hora, e eu esperando um abraço, alguma coisa. Aí, ele: não, é porque tá meio complicado agora, né?”*

A recepção da gestação teve ainda impacto diferente nos demais familiares. Enquanto sua mãe ficou feliz, seu irmão foi quem teve a reação mais incisiva, enfatizando a dificuldade financeira pela qual estavam passando e afirmando que o casal não deveria ter tomado essa atitude, o que a magoou. Sua sogra, embora tenha relatado sentir-se feliz com a notícia, não transpareceu este sentimento, *“ela disse que recebeu bem, mas não mostrou isso, que recebeu bem, mas até hoje, eu não sei se ela tá recebendo bem.”*

Mesmo durante a gestação, o significado da maternidade e o que ela implica ainda não estava claro, *“acho que agora eu tô tentando não surtar antes da hora, mas acho que não tenho muita noção do que é ser mãe não.”* No entanto, sentia que coisas já haviam mudado em sua vida, incluindo muito mais responsabilidade. Existem algumas questões que a tocavam na reflexão sobre a maternidade nesse momento, como a situação financeira difícil, que estão vivenciando, *“não acho muito legal você criar o filho dentro da casa dos avós, de estar com essa criação que eles ‘mandam’ mais ou menos, que interferem muito na criação.”*

Carla e o marido, após o casamento, foram morar em São Paulo, mas um tempo depois optaram por voltar, pois as avós de ambos estavam internadas e faleceram com três dias de diferença apenas. Enquanto se organizavam para alugar uma casa, cada um ficou na casa de sua mãe, mas, pela gestação, decidiram morar na casa da sogra. Esta decisão a preocupa em relação à interferência que a sogra poderá ter na educação do seu filho, além de terem que se adaptar ao ritmo de uma casa que não é a sua, *“não tá sendo tranquilo, porque a gente tem que se submeter, né? A gente se acostumou com o ritmo da gente, a gente tem que se submeter ao ritmo dela.”*

O apoio inicial que Carla esperava do marido no momento em que deu a notícia da gestação, mas que não existiu, se repetiu no momento em que comunicou seu desejo pelo parto humanizado, inicialmente por parto domiciliar, *“porque ele também achava que eu era*

*louca se eu quisesse fazer esse parto normal, e quando eu dizia: ‘não, eu vou fazer em casa’, aí ele fazia: ‘pelo amor de Deus.’” Após algum tempo, mudou sua postura e, junto com ela, pesquisou e se informou, “aí agora até ele tá dizendo: ‘pelo amor de Deus, bora fazer o parto normal, bora fazer o parto mais humanizado possível,’” acordando que será ele seu acompanhante durante o nascimento. Sobre o desejo por um parto humanizado, Carla sentiu que não houve apoio das outras pessoas: “*falam que sou louca, que é negócio de doido.*”*

A dificuldade financeira, além de incomodar, por ficar dependendo da ajuda dos familiares, inclusive para moradia, impossibilitou de fazer alguns exames, que não estavam conseguindo fazer pelo SUS. Impediu também de buscar um parto domiciliar, como desejava, “*eu queria mesmo ter em casa, (...) e aí também teriam que procurar uma doula, um monte de questões que agora não dá pra fazer, mas eu queria ter um parto humanizado.*”

Carla procurou informações sobre nascimento em fontes diversas – YouTube, Google, BabyCenter, através de um documentário chamado “*O renascimento do parto*” e com amigas grávidas – “*a informação que eu tenho, eu fui atrás.*” Relatou não ter recebido informações sobre nascimento durante as consultas ou mesmo participado de grupos para gestantes no posto em que realizava pré-natal, “*ninguém nunca chegou pra mim no posto pra falar sobre isso e as informações que eu pedia a minha mãe também ela dizia: ‘ah, meu Deus, faz muito tempo que eu fiquei grávida, não sei de nada.’”* Sobre seu próprio nascimento, sua mãe disse não lembrar de nada, só que foi um parto vaginal.

O primeiro contato que teve com parto humanizado foi através de uma amiga. Sua reação, na época, foi parecida com a que recebeu da maior parte das pessoas, “*até eu falei: ‘menina surtada, o que ela vai fazer da vida? vai morrer essa menina.’”* Quando engravidou, “*ainda fiquei: ‘meu Deus, vou fazer isso não, não vou fazer isso de jeito nenhum na minha vida,’ mas aí depois a gente foi pesquisando, eu e meu marido.*” Carla falou ainda sobre outros relatos de amigas, algumas vivenciaram parto normal, mas com intervenções, outras se submeteram à cirurgia cesariana sem, em sua opinião, haver real motivo – por anemia, por estar perdendo líquido sem perceber, por bebê grande.

Em relação à espera do trabalho de parto, Carla teve sentimentos oscilantes entre tranquilidade e ansiedade. A ansiedade pela espera era acentuada diante dos questionamentos das diversas pessoas do círculo social, “*todo mundo dá uma opinião, eu dou um fora básico. Dou porque, eu não consigo não dá.*” A expectativa sobre o modo como ocorrerá o nascimento também provocou tensão, especialmente em relação à dor e medo de não suportar.

Carla descobriu a gravidez com 2 meses e, na tentativa de iniciar o acompanhamento pré-natal no posto de saúde, já sentiu as dificuldades desse percurso. A primeira consulta, com

cerca de 3 meses de gestação, foi marcada para a médica, que se recusou a atendê-la, alegando que deveria ter sido consultada antes com a enfermeira, pois esta é a responsável pelo preenchimento de grande quantidade de informações. Fez então a consulta com enfermeira, mas apenas próximo aos 5 meses de gestação, conseguiu fazer os primeiros exames, *“e, até hoje, eu não fiz o segundo exame, porque nem vai dar tempo de fazer. A gente... foi solicitado e aí no posto foi logo informado: ‘olhe, se o primeiro veio com cinco meses, o segundo já vai ter nascido. Então, vamos esperar pela maternidade.’”*

O primeiro ultrassom, com 8 semanas, foi realizado particular. Os exames de sangue, no entanto, tiveram que aguardar a rede pública, pela dificuldade financeira. Com 18 semanas, conseguiu fazer um ultrassom em um hospital, encaminhada pelo posto de saúde, pela placenta prévia indicada no primeiro exame. A médica, no entanto, julgou desnecessário esse exame e a tratou de maneira grosseira, *“não deixou eu ver meu filho na tela, não quis dizer o sexo do bebê, foi supergrossa comigo, me atendeu supermal, não me explicou nada. (...) Então, eu saí de lá chorando, passei uma semana chorando, muito mal porque acho que o estado de você já estar sensível e estar com um médico que não compreende isso tudo, achei horrível da parte dela.”*

Posteriormente, a médica lotada no posto de saúde em que realizava o pré-natal saiu, então, durante um tempo, o atendimento foi realizado apenas pela enfermeira. O tratamento realizado por ela se mostrou muito mais cuidadoso, *“ela trata superbem, tudo que ela tiver disponível, ela faz o possível pra lhe atender. (...) ela que preenchia meu cartão, ela que sempre fez.... Me ajudou muito mais. Tirava dúvidas e tudo. (...) pesava, aferia a pressão, fazia a altura uterina, deixava eu escutar o coração do bebê no sonar, tudo.”*

Algum tempo depois, chegou outro médico. Carla, no entanto, traz diversas queixas quanto ao seu acompanhamento e já havia, inclusive, formalizado uma queixa pela falta de registro dos dados da consulta no cartão da gestante, o que fez com que a sua postura mudasse por um tempo, tendo retornado pouco depois. No entanto, *“até a enfermeira falou pra mim, de ficar levando queixa e o posto ficar sem médico, porque a gente já tinha passado um tempo sem médico também e seria pior pra outras pessoas.”* Durante o pré-natal, não houve nenhum tipo de orientação sobre nascimento.

Carla reafirmou várias vezes seu desejo por um parto sem intervenções, relatando ainda ter medo de não aguentar, *“eu não preciso fazer uma cirurgia de cesárea, que eu acho um parto extremamente frio pra uma criança, pra você também, pra mãe, pra recuperação, pra tudo, sabendo que eu tou saudável. Mas eu tenho medo, ainda, assim, da dor, de não aguentar, de alguma coisa assim.”*

A escolha pela maternidade se deu em função da proximidade de sua casa, por ter contato com relato de uma mulher que vivenciou lá assistência no nascimento dos dois filhos e faz uma avaliação positiva e por ela própria já ter sido bem-atendida na emergência. No entanto, em uma das ocasiões em que esteve nessa maternidade, haviam sido realizadas seis cesáreas, *“não é normal todo mundo estar com um quadro de risco, todo mundo estar com problema aí pra fazer seis cesáreas. Aí fiquei um pouco assustada em relação a isso, mas aí, ao mesmo tempo, eu acho que tem pessoas e pessoas. Acho que vai dar pra fazer.”* Houve ainda uma notícia do falecimento de uma mulher, *“disseram que foi por procedimentos, (...) eu acho que não, eu acho que isso acontece em todo hospital, que foi um caso isolado, então tou segura de ir pra lá.”*

Sobre sua expectativa, não desejava utilização de ocitocina sintética ou outra intervenção e a postura do profissional deveria ser de paciência e sensibilidade, *“que entenda a situação, que esteja disposto a aturar o meu parto humanizado, que só entre com alguma coisa se realmente precisar, neste sentido, ‘não, vamos respeitar o que ela quer,’ é isso que eu quero.”* Por fim, sobre os procedimentos com o bebê, *“quero muito que ele venha com saúde e que o primeiro momento, assim, dele, sejam respeitados.”*

6.1.7 Priscilla – *“É uma dor que você sabe que tem um ser ali que precisa de você, você precisa fazer essa força.”*

Priscilla sonhava em ser mãe há muito tempo e há cinco anos vinha tentando. Procurou a emergência, por estar sentindo dor na barriga, pálida e sentindo enjoos, mas a médica, que a atendeu, levantou o diagnóstico de gastrite. Foi sua mãe que, no dia seguinte, orientou que fizesse o exame de sangue, quando confirmou a gestação, já no terceiro mês. A recepção de todos na família foi muito boa, *“quando a gente descobriu foi a maior alegria do mundo.”* Priscilla compreende que a maternidade traz consigo muita responsabilidade. *“Tou fazendo de tudo, né? Pra querer ser mãe, consegui, vamos ver agora, né? É muita.. é responsabilidade muito grande. (...) quando a pessoa tem filho, não tá sozinha.”*

Priscilla vivenciou alguns sinais da gestação de maneira muito intensa, o que trouxe uma série de desconfortos. *“Tudo que eu olhava, eu botava pra fora, começou tudo isso. Eu disse: ‘meu Deus do céu,’ aí agora, nos últimos três meses, começou tudo de novo, é enjoo, é ânsia de vômito, tudo que eu vejo boto pra fora, como muito.”* Além disso, com poucos meses de gestação já apresentava inchaço nos pés, pressão alta e bastante cansaço, então decidiu deixar o seu trabalho.

Sobre o nascimento, queria que a mãe a acompanhasse nesse momento. Ela, por sua vez, programou suas férias para o período em que está previsto o nascimento do bebê, para acompanhá-la durante o puerpério, “*eu disse: ‘pode colocar, que eu quero só a senhora junto de mim, quero mais ninguém. ’*” Priscilla reside com o companheiro, a cunhada e dois sobrinhos e se coloca como suporte para a cunhada, especialmente com a filha mais nova.

Trocou informações com outras mulheres sobre nascimento. Sua cunhada, por exemplo, “*eu acho que não teve passagem, aí os três foi cesáreo. ’* Segundo seu relato, o sofrimento vai diminuindo a cada filho, o que causa ansiedade, por estar gestando pela primeira vez. Não tem certeza sobre como se deu seu nascimento e sabe que sua mãe perdeu um bebê antes do seu nascimento.

Ouviu ainda o relato de duas amigas. Uma delas, que vivenciou um parto vaginal, ficou muito inchada durante a gestação, o que a fez pensar se também ficaria. A segunda, que se submeteu à cirurgia, “*ela não tinha passagem pra normal e ela tava perdendo muito líquido. O bebê dela já tava com quase nada, aí a médica fez: ‘não, vai tentar normal, ’ quando foi plantão da outra, ela disse: ‘não, essa menina já era pra ter tido filho há muito tempo. ’* Além disso, relatou dificuldade na cicatrização dos pontos.

Pelos relatos da mãe, que é enfermeira, e de suas amigas, sempre focando na dor, Priscilla se mostra bastante preocupada. As maiores fontes de informação sobre nascimento, para Priscilla, são os relatos de experiência de outras mulheres, pois não participou de nenhum grupo informativo e não utiliza a internet com essa finalidade, além de não ter conversado sobre esse assunto durante as consultas.

Quanto ao nascimento, sentiu medo, “*eu vou sentir muita dor se for normal, assim, porque sente dor, né? Esse soro abençoado que botam. ’* Além disso, sentiu-se ansiosa para conhecer o filho e quanto aos cuidados que precisará haver após o nascimento, “*quando descobre, faz: ‘tá na barriga, né? ’ Pra onde for, você leva ele, não, mas não precisa fazer bolsa, não precisa fazer nada, ele tá aqui. Mas depois que ele sair... (...) é o seu filho ali perto de você, quer ele com você, que você possa pegar, sair com ele, tou muito ansiosa mesmo, não vejo a hora. ’*”

Seu acompanhamento pré-natal foi realizado com enfermeira obstétrica, na maternidade. Foi uma conhecida, que, se relacionando bem com a enfermeira, conseguiu agendar o pré-natal. No entanto, já tinha ouvido relatos de bom atendimento, embora “*tem plantões que tem médico muito chatinho, mas, enquanto isso, disseram que aqui é superbom. ’*”

Priscilla teve dificuldade de realizar os exames, “*se aqui (na maternidade) tivesse, seria ótimo porque não ia ter que estar correndo tanto atrás, porque também pra marcar no posto também é péssimo. Você tem que acordar cedo pra tá lá cedo, pra pegar a ficha, pra marcar. E tem dia que você vai lá pra tentar marcar, aí diz: ‘não, vem tal dia,’ aí quando chega: ‘vem tal dia, vem tal dia’ e nunca tem. Aí você fica nessa.* Se sentiu bem-atendida durante as consultas, momento em que era aferida a pressão, realizada medição do peso, prescrição de medicações, além das conversas sobre como estava se sentindo. Sobre nascimento, no entanto, não conversaram durante as consultas.

Relatou desejo por um parto vaginal, alegando que a recuperação é muito rápida. A cesárea, por outro lado, não sente muita dor. Sobre a equipe, esperava que fossem bons profissionais e que não a deixassem sofrer muito. Priscilla não gostaria de ficar muito tempo em trabalho de parto, insistindo em um parto vaginal, “*porque se eu chego no médico e não tenho passagem, eu vou fazer uma cesariana, lógico. A gente tenta, ‘não, vamo tentar, mãezinha, eu vou ver se a gente consegue chegar até cinco de dilatação, se não conseguir, a gente faz uma cesariana.’ Mas tem aqueles médicos que deixam a pessoa sofrer mesmo, que diz ‘não, vai ser normal, vai ser normal,’ ‘mas, doutor, não tem passagem,’ ‘mas vai ser normal.’”*

6.1.8 Discussão sobre as expectativas e preparação para o nascimento

O parto parece estar historicamente relacionado à intensa dor física, de modo que esta associação é feita quase automaticamente. As cenas de mulheres em intenso sofrimento durante o trabalho de parto permeiam novelas e filmes há décadas, circulam nos discursos de mulheres e homens, que, inclusive, jamais passaram ou passarão por essa experiência, e parecem estar sempre presente nos pensamentos das gestantes, como uma sombra.

As representações sobre parto vaginal estão ancoradas nos esquemas e padrões simbólicos partilhados na sociedade e construídos ao longo dos anos, em que predominam sentimentos negativos, como dor, medo, sofrimento, insegurança e abandono. Sobre o acompanhamento no sistema público de saúde, a rede de significações relacionadas ao parto normal engloba também, além da dor, a não oportunidade de escolhas, desespero, solidão e medo da morte (NASCIMENTO, 2013).

Miranda et al. (2008, p. 342) afirmam que a percepção sobre a dor durante o trabalho de parto representa uma questão singular e depende de um conjunto de fatores. Assim, “o sentimento de dor extrapola os limites da fisiologia do corpo por ser um evento definido e

desenvolvido num contexto cultural, e a única pessoa que pode descrevê-lo é quem o vivencia.”

Todas as mulheres consultadas neste estudo fizeram referência à dor em seus discursos. O medo de sentir essa dor esteve presente antes da vivência, emaranhado nas expectativas, parecendo ter um efeito significativo sobre a preferência quanto à via de nascimento ou mesmo da decisão sobre ser mãe, como se percebe nas seguintes falas:

Antes mesmo, eu não queria nem engravidar. Tipo, nunca me imaginei sendo mãe por conta da dor, entendeu? (Bianca).

Preferia [cirurgia cesariana]. Pra não passar pela dor, né? (Luciana).

Mas eu tenho medo, ainda assim, da dor, de não aguentar (Carla).

Espero que seja um excelente médico, que não me deixe sofrer muito, porque é uma dor que ninguém... assim, como é meu primeiro, eu nunca senti, mas acho que é uma dor que eu não recomendava pra seu ninguém. E tem esse povo que tem um, dois, três, quatro, cinco, povo pra gostar de sentir dor. Porque eu não gosto (Priscilla).

Essa compreensão do parto como um evento permeado pela dor e, conseqüentemente, de sofrimento, parece ter sido construída também a partir de relatos das vivências de outras pessoas, relatos estes que fazem parte da composição de representações sociais sobre o nascer e as expectativas e posicionamentos decorrentes delas. As dores relatadas, tanto as que resultam das contrações uterinas, como das diversas intervenções realizadas rotineiramente nos corpos femininos, podem produzir um medo mobilizador e a concepção de que um nascimento ideal seria, então, indolor.

Ela sofreu muito, sentiu muita dor, usou ocitocina e tal e aí o bebê nasceu (Carla).

Outra disse que teve, mas não sentiu dor nenhuma, só fez chegar lá e pronto, saiu. Eu digo "eu queria ser que nem tu, né, minha filha? chegar lá e 'vrum', saiu, não sentiu nada" (Lúcia).

Segundo Velho, Santos e Collaço (2014), é possível identificar a existência de uma concepção sobre parto normal relacionada à dor até mesmo por quem não o vivenciou, e a espera pelo momento do nascimento provoca dúvidas e conflitos entre a dor esperada e a dor percebida. Assim, “com o intuito de cessar as dores, elas [mulheres] desejam o nascimento rápido do bebê ou a realização da cesárea, pois a dor intensa gera angústia e ansiedade” (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014, p. 285).

Ao acessarem continuamente relatos de partos ou cesáreas em que são trazidos conteúdos relacionados a diversas práticas intervencionistas e atitudes violentas pelos profissionais, o processo do nascimento é delineado para essas mulheres, a partir da

expectativa de uma vivência semelhante à de sua mãe, avó, irmãs, amigas. Práticas que, entendidas no universo científico como violência, em seu meio social são tidas como normais e esperadas.

Para alguns grupos, no entanto, o acesso às informações permite a apropriação do conhecimento científico e, assim, maiores possibilidades de escolha quanto ao tipo de assistência. Em estudo sobre parto domiciliar, conduzido por Sanfelice e Shimo (2015), foi observado que a escolha por este modelo de atenção se deu diante da insatisfação com os procedimentos impostos no atendimento hospitalar e o pouco diálogo e valorização das escolhas das mulheres. Assim, as representações sociais sobre parto domiciliar se relacionam com o conceito de autonomia das mulheres no momento do nascimento.

Melo (2017, p. 54), em pesquisa sobre a experiência das mulheres que participaram de rodas de casais grávidos, demonstra como a apropriação de informações descortina outras possibilidades de assistência. É perceptível, inclusive, a apropriação de termos técnicos pelas mulheres, o que nos faz refletir sobre os reflexos da incorporação dos conhecimentos científicos, do universo reificado.

Uma mulher, que já tinha experienciado o parto domiciliar na turma anterior do curso, deu seu depoimento, falando que era possível construir uma cultura de parto diferente da que se tem hoje. Argumentou em favor do parto domiciliar, falando da segurança que se organiza em torno dele, questionando assim a ideia de risco, associada ao parto. Muitas mulheres presentes falaram que gostariam de ter vivenciado um parto mais respeitoso, mas não tinham conhecimento sobre alternativas ao que é oferecido no hospital. Esse aspecto foi relacionado à falta de tempo nas consultas de pré-natal, avaliadas por elas como muito rápida, assim como pela falta de vontade dos profissionais em debater com elas eventuais dúvidas e anseios.

O acesso a informações em relação à fisiologia do nascimento, aos direitos das mulheres no ciclo período puerperal e às recomendações das políticas de saúde na assistência ao nascimento se mostra um importante recurso para mudança do cenário delineado na parturição. O acompanhamento pré-natal deveria ser lugar privilegiado de diálogo sobre o nascimento e tudo o que ele envolve, incluindo a mobilização emocional.

Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, é determinado como responsabilidade da equipe, que acompanha a gestante durante o pré-natal, o papel de orientar, entre outras coisas, sobre os riscos e benefícios das intervenções que podem ser realizadas, sobre direito à acompanhante no parto e estratégias de controle da dor durante o trabalho de parto. Além disso, a mulher deve ser tratada com respeito, recebendo informações baseadas em evidências e tem o direito de participar das decisões, quanto aos procedimentos a

serem realizados. A omissão de informações ou a utilização de linguagem pouco acessível representam violência obstétrica, enquanto violência psicológica.

O pré-natal, do modo como é realizado na maior parte dos casos, quase sempre se resume apenas à medição do peso da gestante, aferição da sua pressão arterial, ausculta da frequência cardíaca do bebê e solicitação e leitura de exames. “A quase totalidade destes atendimentos despreza completamente fatores de ordem emocional e se esquivam em compartilhar com a mulher a decisão informada sobre o tipo de parto” (MÜLLER et al., 2012, p. 3).

Em relação às participantes desta pesquisa, foi percebido que o pré-natal não se mostrou, como um momento de troca de informações ou de esclarecimento de dúvidas e, em alguns momentos, representou descaso e pouco acolhimento.

Eu acho assim, a assistência da gente no hospital. Eu queria ter explicação, quais são os procedimentos, qual é a assistência que a gente vai ter, quais os nossos direitos. Não, a gente não tem isso. Acho que a maternidade precisa dar esse tipo de auxílio. Acho que é por isso que muitas nem procuram. Eu vou chegar lá, não tiram medida, a gente faz nossas perguntas, a médica não diz o que deve comer, o que não deve. A minha mesmo não disse o que eu tinha que comer. “Tudo normal, ” mas não explica (Luciana).

Ele [o médico] pegou meu cartão, juro, tá até aqui, e inventou os dados. Ele não me consultou, ele inventou os dados. (...) Ele inventou a altura uterina, ele inventou o peso, ele inventou tudo que era pra colocar. Colocou que o bebê tava com batimento, mas, tipo, ele não colocou o sonar, nada. Não colocou nada e falou "não remarque, porque não vai dar tempo". (...) ontem só que o doutor perguntou qual foi a maternidade que eu escolhi, mas ninguém nunca conversou sobre nascimento, tipo de parto, nada (Carla).

Agora ela [enfermeira obstétrica que realizava o pré-natal] disse que ele tá muito gordinho, né? “Se for normal, você vai sofrer, visse?” (Priscilla).

Nunes et al. (2016), em revisão de literatura sobre a qualidade da atenção pré-natal no Brasil entre os anos de 2005 e 2015, constataram que a média de realização de consultas de pré-natal foi satisfatória na maior parte da literatura analisada e que entre 50 e 75% das mulheres iniciaram o acompanhamento no período recomendado. No entanto, foram identificadas taxas elevadas de inadequação da assistência pré-natal, o que aponta para a necessidade de avaliar a qualidade da assistência, não apenas quanto às variáveis quantitativas, mas também qualitativas, entendendo tais indicadores como fundamentais para um acompanhamento pré-natal. Dentre essas, a realização de exames complementares e o fornecimento de orientações técnicas durante as consultas obtiveram índices de inadequação elevados em grande parte dos municípios analisados.

Em estudo sobre as representações sociais do pré-natal na atenção primária de saúde, concluiu-se que as participantes ancoram a temática “atendimento no pré-natal” em duas dimensões. A primeira, a dimensão protocolar, diz respeito à percepção das consultas, a partir de protocolos de exames e procedimentos, com enfoque no bebê. A avaliação de qualidade, nesse caso, é feita, principalmente, a partir dos exames realizados, que comumente precisam ser realizados em clínicas particulares, pela indisponibilidade no serviço público. A segunda dimensão, a socioeducativa, trata de orientações repassadas pela equipe e sua importância das ações educativas, que impactam positivamente na saúde física, mental e emocional da mulher (GUERREIRO et al., 2013).

As dificuldades relatadas no pré-natal realizado no SUS foram muito presentes no discurso das mulheres, como pode ser observado:

Só que eu vim três meses pra aí [posto de saúde próximo à sua casa] e não consegui nenhuma consulta. Eu ia pra aí e toda vez que eu ia a moça não tinha vindo, aí eu digo: "poxa, daqui a pouco, eu vou estar com a gestação mais avançada." Meu primeiro ultrassom, eu fiz parece que já tava com cinco meses, aí eu não fiz nenhum procedimento ainda (Lúcia).

Não fiz nenhum [exame] pelo SUS. Não, fiz um. Porque não tava chegando, aí teve que pagar.(...) De HIV, essas coisas, não veio, porque não tava tendo reagente pra fazer (Marília).

Passou [referindo-se à solicitação de exames], mas pediu pelo posto, aí eu tou entregando a ela amanhã, porque pelo posto eu não consegui de forma nenhuma. O ruim é isso porque, pra mim, na maternidade deveria passar tudo isso pra gestante. Eu fiquei dizendo dentro de mim "o que é pré-natal?" porque pré-natal tem que dar uma assistência porque é a vida de uma criança e a vida de uma mãe, mas a gente não tem isso, infelizmente. Porque o governo bota pro posto, o posto joga pra lá, a gente fica jogada pra lá, né? Aí foi quando eu consegui o dinheiro e fui fazer. Fiz particular, aí vou pegar amanhã pra quinta-feira levar pra ela, já no fim da minha gravidez (Luciana).

É imprescindível uma maior qualificação em relação aos conteúdos transmitidos durante as consultas de pré-natal, priorizando também a construção de um vínculo entre profissionais e gestantes, debruçando-se não só sobre os procedimentos técnicos recomendados, como orientações sobre nascimento e puerpério, mas também sobre orientações quando aos serviços de referência de modo a evitar a peregrinação e sobre as necessidades emocionais e subjetivas de cada mulher (NUNES et al., 2006).

Desse modo, a busca por informações precisa ser feita em outras fontes, especialmente na internet ou em conversas com mulheres que já vivenciaram a experiência do nascimento, sendo, no entanto, muitas vezes, experiências repletas de maus-tratos e violências diversas, trazendo uma carga afetiva negativa que reforça medos e angústias.

Eu converso muito com minhas amigas que têm filho, pra saber como é, pra saber da experiência delas. Apesar de que cada corpo é diferente, cada gravidez é diferente. Mas, mesmo assim, eu fico conversando pra ter uma experiência. Pesquiso também muito na internet (Bianca).

Eu nunca cheguei pra perguntar [sobre o nascimento, no pré-natal] porque eu me esqueço muito. Aí uma dúvida minha assim, eu pesquiso na internet, aí eu entendo (Marília).

Rebeca, no entanto, afirma não ter conversado com ninguém sobre experiências de nascimento, não utiliza a internet com esta finalidade e não participou de nenhum grupo informativo, além de não ter recebido nenhuma orientação ou informação em relação ao nascimento durante o pré-natal. Não soube dizer nenhum procedimento que acreditava que seria realizado ou que não gostaria que fosse, nem mesmo tinha expectativa quanto ao tratamento dispensado pela equipe. Assim, relatou ter ficado muito nervosa no momento do procedimento cirúrgico, *“com o procedimento todinho, eu não sabia como era, tava nervosa com isso mesmo.”*

Carla, ao contrário, realizou uma série de pesquisas sobre fisiologia do parto, intervenções realizadas na mãe e no bebê e quais são recomendadas, baseando-se em evidências científicas. Discutiu com seu companheiro um plano de parto, conversou com outras mulheres para compreender outras experiências e buscou um parto humanizado, por ser a forma de nascimento que mais se adequava às suas necessidades e desejos. Ao conseguir atendimento em um hospital de referência, por adotar práticas de humanização, sentiu que seu corpo, assim como seus desejos, foi respeitado e vivenciou a experiência do nascimento, como um recurso de empoderamento e libertação.

No entanto, é importante não desvincular esses apontamentos da questão social e de classe. Primeiro, por ser inegável que às pessoas pobres mais são negados o direito e o acesso a informações, de qualquer ordem. Carla, dentre as sete mulheres consultadas, é a única que possui curso superior, o que nos remete a duas reflexões: a educação continua sendo limitada à população de baixa renda e o conhecimento produz efeito estruturante para quem o acessa, servindo, inclusive, como ponte para proteção à integridade do corpo. Segundo, essas mulheres, com renda familiar per capita de menos de um salário-mínimo, precisaram utilizar o serviço público de saúde, embora a humanização da atenção obstétrica e neonatal esteja instituída no Programa Nacional de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na maior parte das maternidades não é implementada na prática. Ou seja, a maior parte das mulheres, em especial as pobres, não conseguirá ser contemplada.

A partir do discurso das mulheres consultadas, foi possível ainda apreender e refletir sobre as representações sociais de maternidade durante a gestação. Segundo Silva (2012, p.

78), a identidade feminina foi construída a partir da referência do padrão masculino, em oposição aos seus papéis, trazendo fortes marcas de uma organização hierárquica. Os movimentos feministas e os questionamentos decorrentes vão de encontro fundamentalmente a essa estrutura de dominação contra as mulheres, que, embora já possuam avanços consistentes, ainda permanecem enraizados nas práticas sociais, especialmente para as mulheres de classes sociais menos favorecidas. Estas questões trazem reflexos diretos nas concepções de mãe e maternidade.

Os sentidos que a experiência da maternidade reverbera para a mulher são revestidos de expectativas socialmente elaboradas. Captar esses sentidos não é tarefa fácil dada a sua natureza multifacetada. Tais sentidos são eivados de valores e crenças que se expressam nos comportamentos, nas falas e nas atitudes assumidas pelo sujeito dentro de um contexto sociocultural.

Compreendendo que as representações sociais sobre maternidade refletem também nas representações sobre preferências de procedimentos e via de nascimento, faz-se necessário tecer algumas considerações, a partir do discurso destas mulheres. Em primeiro lugar, a representação de maternidade que emerge nas falas é essencialmente de amor, um amor diferente, que não se consegue explicar, e também como algo sublime ou mesmo santificado, como se percebe nos seguintes trechos:

Ser mãe é uma coisa assim, que dá trabalho, mas ser mãe também é uma coisa... inexplicável. Que é uma mulher que consegue dar à luz a uma criança, entendeu? Que Deus... Que Deus faz com que ela gere outra pessoa dentro dela (Bianca).

O amor que a pessoa sente pelo filho é diferente. É porque... É porque não tem como explicar assim. Tá na barriga, a pessoa já ama, mas quando vê, tudinho, eu acho que vou ter mais, assim, o que dizer, acho, quando ver ela (Marília)

Achado semelhante foi relatado por Carneiro et al. (2013) em revisão de literatura, em que as representações sociais sobre gestação mostraram-se estreitamente entrelaçadas a uma visão de maternidade como um fenômeno sublime e divino, como um fenômeno natural e emocional.

Esse sentimento, inexplicável por sua proporção, conecta-se com a exigência de amor incondicional e, então, com o entendimento de que a prioridade deve ser as necessidades da criança e que renúncias diversas deverão ser feitas para que seja tida como uma boa mãe. Esse almejado status, por vezes, parece ter como condição o sofrimento.

Tudo [mudou], todos os meus objetivos. Agora vou ter que fazer planos só pensando, né? Na criança (Rebeca).

Eu conheço uma pessoa que ela trabalhava, só que saiu do trabalho, por causa da filha dela. Pegou apego, não quis deixar com qualquer pessoa, essas coisas. Não confia. Porque hoje em dia tá assim, né? Só vê na televisão “babá fez isso com a criança, puxou o cabelo, bateu,” aí a pessoa não gosta, né? Aí, eu nem sei. Porque quando eu tiver ela, não sei” (Lúcia).

Aí, minha amiga: “não, todo mundo passa por alguma coisa, pra ver se você é mãe de verdade. Tem que passar por alguma coisa pra saber se você é mãe de verdade” (Carla).

Pra mim, o que é ser mãe? Ainda pra mim é complicado, é muito complicado. Eu acho que é muita responsabilidade, eu acho que cai tudo sobre a vida da gente. (...) É uma volta, é uma volta na vida da gente muito grande (Luciana).

Essas questões se refletem ainda na percepção de seus próprios processos corporais e desejos em relação ao nascimento. A valorização das renúncias pela maternidade se presentifica também na concepção de que o foco do nascimento é exclusivamente o bem-estar do bebê, desviando a atenção sobre a mulher, e que, sendo o médico o único capaz de perceber e decidir o que significa esse bem-estar ou como consegui-lo, à mulher cabe aceitar a determinação médica. Velho, Santos e Collaço (2014) relataram discursos em que as mulheres, no âmbito do SUS, afirmam não sentir possibilidade de decidir sobre a via de nascimento, sendo esta uma decisão que cabe exclusivamente à equipe. A fala de Marília, que desejava um parto humanizado, nos faz refletir sobre um sentimento de passividade e renúncia materna:

eu tou pensando mais na saúde dela, né? Não importa como seja. Por mais que eu queira normal, eu tou pensando na saúde dela, mesmo se for cesáreo.

Tais colocações foram feitas antes do nascimento da criança, e, portanto, antes da vivência prática da maternidade, tratando, assim, de expectativas e de significados atribuídos à maternidade. Passamos agora a apresentar os relatos sobre a experiência vivida.

6.2 Experiência

6.2.1 A experiência do nascimento vivenciada por Lúcia

Lúcia, com 41+3 de gestação, foi à consulta pré-natal de rotina, quando, após um exame de toque, foi solicitado exame de ultrassonografia, que constatou pouco líquido amniótico, “*aí minha pressão subiu, né? Nervosa. Porque fiquei ansiosa, né?* ” Com o aumento da pressão arterial (15x10), foi solicitado transferência para uma maternidade que acompanha nascimentos de alto risco. Ao chegar, constatou-se a regularização da pressão e, após mais um exame de toque, dilatação de 3cm. A cirurgia cesariana ficou agendada para o

dia seguinte, *“só que as moças começaram a me dar toque e a bolsa estourou.”* Lúcia, que já estava sem se alimentar há cerca de 7 horas e sem contrações dolorosas, foi levada então para a sala de cirurgia, recebeu a anestesia, teve os pulsos amarrados, foi colocada uma cortina de separação para impedir a visão e *“depois começaram a fazer a cirurgia. Começaram a me cortar, me pontearam, tiraram ela normal e ela nasceu perfeita.”*

No momento do nascimento, Lúcia estava calma, no entanto, o direito à acompanhante no momento do nascimento, previsto em lei, não foi respeitado: *“queria que tivesse alguém, mas não teve, mas foi tudo tranquilo.”* Lúcia se emocionou ao ver a filha pela primeira vez, *“na hora que eu vi aquele rostinho dela chega minha lágrima desceu da emoção de ver ela, mas tudo ocorreu bem, graças a Deus.”* Não houve nada que a marcou negativamente e o momento que mais a marcou positivamente foi *“na hora que eu peguei ela no colo, que dei de mamar a ela, foi ótimo a experiência. Ainda tá sendo, né?”*

Após o nascimento, o alojamento conjunto e amamentação precoce não foram realizados. Apenas no dia seguinte, ela pegou a filha nos braços e iniciou a amamentação e a filha recebeu leite artificial. Sobre as informações recebidas, avalia positivamente a assistência. Teve uma boa recuperação pós-cirúrgica e acompanhamento pós-parto. A primeira consulta pediátrica, no entanto, foi rápida e superficial. Deste modo, procurou o posto de saúde e conseguiu ter as orientações de que precisava.

A sogra de Lúcia foi quem a acompanhou durante o período em que esteve internada, *“meu marido não foi no dia não, ele ficou nervoso, mandou minha sogra ir comigo. Ele não quis ir não.”* Lúcia retornou ao trabalho no horário das 7h30 às 18h e a sogra se disponibilizou para cuidar da criança durante o dia, *“ela com aquele sorriso grandão olhando pra mim. Como mamãe vai trabalhar desse jeito, com esse sorriso?”* Em outro nascimento, repetiria a via de nascimento, *“eu teria cesárea, mas por mim tanto faz. Também eu queria parto normal, porque recupera muito mais rápido, mas cesáreo também é bom.”*

6.2.2 A experiência do nascimento vivenciada por Bianca

Bianca estava com 39+6 quando foi a mais uma consulta do pré-natal e informou ter perdido o tampão mucoso, então foi orientada a procurar uma maternidade para ser avaliada. Procurou uma maternidade próxima à sua casa. Apesar de não ter identificado o início das contrações, *“tava sentindo uma dorzinha muito fraca, como se fosse cólica de menstruação. Só que ela ia e voltava, eu não sabia que era contração. Porque o povo diz que contração é uma dor muito forte na barriga pras costas, eu tava sentindo só uma cólica no pé da barriga,”* estava com dilatação entre 4 e 5cm. Foi orientada então a caminhar. Quando a dilatação

evoluiu cerca de 1cm, decidiu ir para outra maternidade, por conta própria, pois a que estava prestava assistência para alto risco, *“ia me transferir pra outra maternidade, mas a maternidade que ela ia me transferir ia ser pra qualquer uma, a que tivesse vaga, só que eu não queria qualquer uma não.”*

Ao chegar, passou por outro exame de toque, dessa vez de maneira dolorosa. Foi constatada dilatação entre 6cm e se realizou a internação. Pouco depois, a bolsa amniótica se rompeu e realizaram um exame, *“colocou uma paleta, essa paleta era pra estourar, era pra ver se tinha algum resto de bolsa já. Ainda. Só que não tinha mais não. (...) uma paleta desse tamanho assim, ó [gesticulou mostrando cerca de 20cm], acho que era de plástico, (...) catucando, pra ver se tinha algum resto de líquido.”* Constataram rompimento total da bolsa e iniciaram punção venosa para colocar soro, momento em que questionou o procedimento, *“aí, eu disse: ‘meu Deus, eu já tou morrendo de dor, vão botar soro pra eu sentir mais dor ainda,’ aí ele disse: ‘não, é porque vai ser cesáreo, alguém não te falou nada não?’ Eu disse: ‘não’. Aí pronto, depois que ela colocou o soro em mim, disse: ‘não, vai ser cesáreo, tudinho, porque seu líquido já tinha saído completamente.’”* Estava com dilatação entre 6 e 7cm e com nível de dor que considerava tolerável, o que foi algo que a surpreendeu.

Após a decisão sobre o procedimento cirúrgico, recebeu a anestesia raquidiana, *“me explicando tudinho, que eu ia sentir um negócio quente descendo no meu corpo, aí realmente eu senti, fiquei um pouco assustada. Ele: ‘calma, é normal,’ aí disse: ‘sua perna vai tremer,’ aí, realmente, tremeu, né? Veio um choquezinho na perna, por conta da raqui, aí pronto, depois, eu não senti mais nada.”* A sogra, que estava acompanhando, optou por não entrar na sala de cirurgia, por estar com medo.

Após contenção dos pulsos, a cirurgia foi iniciada, *“eu nem vi ele me amarrando, só vi depois que já tava amarrada. Eu tava meia.. sei lá, estranha. (...) eu não tava sentindo dor, mas eu sentia eles mexerem em mim, eu senti eles catucando. Aí, eu senti eles me cortando, chega meu corpo mexeu, né? Que eu sou magrinha. Aí pronto. Aí agora a parte que eu senti foi uma parte que eles catucaram a boca do meu estômago, eu acho que foi bem a placenta que tava colada, não sei. Aí quando catucou, aí eu: ‘ai’, aí eu fiquei sem ar, aí o médico, o anestesista lá: “calma, respira,” eu tentando respirar, só que eu não tava conseguindo, não. Aí, depois que ele catucou lá, tava catucando com força sei lá o que, um ferro, aí pronto, aí melhorou depois.”*

Às 10h29 foi o nascimento do seu filho, *“tirou ele, aí limpou, fez sei quê lá, uns procedimentos. Acho que saber o tamanho, o quilo. Aí me amostrou ele, disse: ‘olha, mãe, olha como ele é grande, parece que já tem um mês.’”* No momento do nascimento, Bianca

sentiu-se um pouco alheia ao processo, “*eu tava tão anestesiada, tão lerda, que eu não senti nada. Eu fiquei pensando... eu escutei um bebê chorando, aí eu fiquei: ‘meu Deus, é o meu bebê, meu filho. ’ Eu fiquei, tipo, assim, voando. Aí depois, eu fiquei olhando ele direto, como com medo dele ser roubado. ”* Após limpá-lo, o levaram ao quarto e iniciaram a amamentação. Por insistência sua, foi oferecido complemento de leite “*mas elas deu, porque eu pedi assim, fiquei insistindo. Mas só deu uma vez só, porque eu insisti muito. ”*

Sentiu-se satisfeita com o atendimento e com as orientações prestadas. O momento que mais a marcou foi durante a amamentação, quando seu filho sorriu. Caso pudesse refazer seu percurso, não modificaria em nada sua experiência, “*faria tudo igual, porque eu gostei de lá, o atendimento é ótimo, as pessoas são ótimas, não tenho o que reclamar, não. ”* No entanto, avaliou que numa próxima gestação teria preferência por um parto normal, “*assim, normal é bom, porque, como o povo diz, a dor só é na hora, né? Doeu na hora e na mesma hora você tá boa. ”*

6.2.3 A experiência do nascimento vivenciada por Rebeca

Durante uma consulta no pré-natal, que realizava na maternidade, foi verificado que Rebeca estava com pressão arterial elevada, sendo atendida na emergência, quando estabilizou. A enfermeira obstétrica que a acompanhava tirou férias, então no momento de sua consulta seguinte, com 34 semanas de gestação, procurou o posto de saúde, que a encaminhou para outra maternidade. Ao chegar, foi constatado, novamente, episódio de hipertensão, sendo transferida para um hospital referência em acompanhamento pré-natal de alto risco.

Na triagem, foram realizados exames de sangue e de toque, constatando que não havia dilatação. Realizou-se o internamento e permaneceu no corredor do hospital, em observação, quando foi aplicada medicação para maturação pulmonar. Posteriormente, foi transferida para um quarto e orientada a não se alimentar, porque seria realizada cirurgia cesariana. Ficou em jejum, mas posteriormente foi orientado que se alimentasse, pois apenas no dia seguinte, pela manhã, seria realizado o procedimento. Ela se alimentou, mas na mesma noite foi encaminhada para a cirurgia, “*foi normal, foi tranquilo, me atenderam superbem. ”*

Ao chegar no bloco cirúrgico, recebeu anestesia, “*eu acho que foi mais de três, porque eu senti mais de três picadas. ”* Com contenção dos pulsos e tecido de separação, a cirurgia foi realizada, “*aí foi quando ela nasceu. Já nasceu chorando já, aí colocaram ela perto de mim. ”* Durante o procedimento cirúrgico, Rebeca estava nervosa, “*as mãos e os pés tremendo, eu acho que meus nervos do corpo todo tremendo, ”* com medo do “*procedimento todinho, eu não sabia como era. Tava nervosa com isso mesmo. ”*

Sobre a assistência, Rebeca avalia positivamente, pois desejava que não fosse um processo demorado, *“um negócio assim, que assim quando eu chegasse fosse atendida superbem e não fosse aquele negócio demorado, né? E, graças a Deus, também não foi. Eu cheguei na quinta-feira e do sábado pro domingo, eu tive ela, não passei muito tempo. (...) O atendimento super ótimo. Tudinho lá, tanto médico, como enfermeiro.”*

Logo após o nascimento, molharam a boca do bebê com colostro de Rebeca. A criança foi, então, levada para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde foram realizados exames e banho de luz, enquanto Rebeca foi para a sala de recuperação e, posteriormente, para o quarto. Apenas no dia seguinte, as duas se encontraram. Pelo baixo peso (1,710kg) e dificuldade de sucção, precisou permanecer por cerca de oito ou nove dias na Unidade de Cuidados para o Método Canguru (UCINCa), quando as duas puderam ficar juntas, até aumentar a massa corporal, através da amamentação. Quase um mês após o nascimento, com 2,194kg, tiveram alta hospitalar. Rebeca teve uma boa recuperação pós-cirúrgica, *“Foi tranquila também, me recuperei rápido, no dia seguinte já tava andando. Agora devagarinho, né? E a cirurgia foi direitinho, o médico sempre acompanhando.”*

Quando Rebeca foi internada, sua tia a estava acompanhando, mas no momento da realização da cirurgia, ninguém a acompanhou, mesmo estando bastante nervosa. Durante o longo período em que ficaram no hospital, a família (companheiro, mãe e tia) fez um revezamento para acompanhá-la.

O momento em que se encontraram foi, para ela, o mais marcante. O que marcou negativamente, no entanto, foi quando soube que não ficariam juntas imediatamente após o nascimento, *“foi quando ela desceu, que eu não esperava que ela ia descer. (...) achava que ia ficar comigo.”* Se pudesse modificar algo no processo do nascimento da sua filha, *“esperava até os nove meses. Eu acho que esperando até os nove meses, ela poderia até ficar comigo, não precisaria descer.”* O nascimento prematuro da sua filha a impactou, *“eu esperava os nove meses, né? Eu não esperava os oito meses, não. Acho que a gente deveria ser preparada pra isso antes, pegou a gente de surpresa. (...) ah, se fosse pra passar tudo de novo, por ela, eu passaria.”* Refletindo por todo esse processo, Rebeca pensa nas surpresas que passou, *“Surpresa. Que é o que mais tem. Pega sempre a gente de surpresa.”*

6.2.4 A experiência do nascimento vivenciada por Marília

Após realização de exame de ultrassonografia, retornou para avaliação. Com dilatação entre 2 e 3cm, o médico não queria internar, mas insistiu. *“Aí ele: ‘eu vou lhe internar, mas se você daqui pra amanhã não dilatar mais, vai ter que tirar você do hospital,’ né? Tinha que*

sair. ” Assim, no final da tarde realizou a internação, mas colocou no prontuário que ela não estava em trabalho de parto, *“aí quando chegou lá ninguém tava nem aí pra mim, porque no prontuário tinha como se eu não tivesse em trabalho de parto. ”*

Houve então uma troca de plantão, uma médica assumiu e fez mais um exame de toque, constatando que estava entre 4 e 5cm de dilatação, *“e as meninas todinhas que tavam comigo no quarto fizeram cesárea em todo mundo. Fizeram cesárea em todo mundo e me deixaram lá, como se eu não tivesse em trabalho de parto, e eu morrendo de dor. ”* No dia seguinte, pela manhã, o médico do dia anterior retornou ao plantão e fez mais um toque, estava entre 6 e 7cm de dilatação. O médico e a médica a seguiram, acompanhando, e orientaram que caminhasse e durante o trabalho de parto, foram oferecidos comida e bebida, mas não conseguia se alimentar, estava vomitando.

Algum tempo depois, em novo exame de toque, com 9cm de dilatação, a médica estourou a bolsa amniótica, *“ela estourou a bolsa, só que eu tava com medo de... De fazer força pra ter ela. Ele: ‘não, bora, você vai conseguir, não sei quê. ’ A doutora colocou como se fosse uma essência de... Eita, esqueci o nome da essência. Botou lá, ela disse que era pra ajudar na dor. ”* Foi aplicada ocitocina sintética, *“o danado do soro, que, meu Deus do céu. Aí foi que ajudou mais. ”*

Na sala de parto, não estava mais conseguindo identificar o momento em que tinha contrações, os médicos, então, tocando sua barriga, avisavam, *“eu acho que eu tava tão cansada que eu não sentia nem a dor direito, porque minha mãe dizia que se assustou, porque tinha hora que eu cochilava na cama. Eu tendo a menina e cochilava na cama de tanto sono que eu tava. ”*

Passou cerca de meia hora no período expulsivo, *“só fazendo força pra pelo menos a cabeça dela sair, porque eu não tava conseguindo, eu não sabia a força, né? Qual era a força que era pra fazer. Aí, eu lá, fazendo, fazendo força, só que eu demorei muito, aí entrou um monte de médico, ‘Não, bora ajudar, bora cortar ela, né? Pra... pra menina sair, que não sei o quê, ’ só que o médico: ‘não, ela vai conseguir. ’* Realizaram então Manobra de Kristeller. Sua mãe a estava acompanhando nesse momento.

Quando nasceu, a filha de Marília não chorou, o que a deixou assustada, *“ela nasceu cansada, por conta da demora, aí quando colocaram ela em cima de mim, ela só tava choramingando, ‘hum’, choramingando, não tava conseguindo chorar. Aí começaram a fazer massagem, ‘não, bota ela aí que ela vai chorar, ’ só que ela demorou muito pra chorar, aí puxaram ela e foi na hora que a doutora começou a conversar comigo, acho que era pra eu não me assustar, porque eu tava perguntando ‘ela não tá chorando não? Ela não tá chorando*

não? ’, aí ela: ‘não, calma, ela vai chorar’. (...) aí começaram a colocar uns fiozinhos na boca dela, no nariz, pra ela chorar. Aí começaram a fazer massagem, aí depois que eu consegui escutar o choro dela. ” Os médicos explicaram que seria necessário ficar cerca de três horas na incubadora, no entanto, após um período de tempo bem maior, sua filha ainda não tinha sido levada para o quarto. Só no dia seguinte levaram o bebê para o quarto, o que a deixou muito nervosa.

Durante o trabalho de parto, parto e período de internação, a mãe e a tia se revezaram no acompanhamento. Para Marília, o momento mais intenso foi quando a filha nasceu, *“acho que foi amor quando eu vi minha filha, quando colocaram ela em cima de mim foi a melhor coisa que teve. A pessoa esquece da dor na hora. ”* Sentiu a assistência recebida no momento em que foi internada, como algo que marcou negativamente, *“quando me deixaram lá, que acharam que eu não tava em trabalho de parto. ”* Assim, acredita que deveria ter passado mais tempo em casa antes de procurar o hospital, *“só que eu também não entendia como era a dor, tudinho. ”*

Inicialmente, seu desejo era por um parto humanizado e avalia que no nascimento de sua filha, a única intervenção foi o uso de ocitocina sintética. Se tiver outro filho, gostaria de vivenciar novamente um parto vaginal, *“não que gostei, é que a recuperação é melhor. ”*

6.2.5 A experiência do nascimento vivenciada por Luciana

Luciana procurou o hospital após a saída do tampão mucoso (ela achava que era líquido amniótico após rompimento da bolsa) e sem contrações dolorosas. No entanto, ao chegar à maternidade, a bolsa rompeu e as contrações começaram, então foi orientada a caminhar. Foi internada com 2cm de dilatação, quando as contrações já estavam muito dolorosas. Teve acesso à bola para se exercitar e recebeu massagem para alívio da dor, por sua sobrinha. Foram realizados outros exames de toque, quando estava com 3cm e depois com 5cm. Quando estava com 9cm de dilatação, recebeu ocitocina sintética, *“aí quando ela botou o soro, aí é que a dor dobrou! Aí, eu fiz: ‘ai meu Deus do céu, eu não aguento mais não, doutora, eu já tou fraca, não aguento mais não. ”*

Relatou muita dor e sentimento de fraqueza durante o trabalho de parto, *“eu tava tão passada, que eu não queria saber se era cesáreo ou se era normal, eu só queria passar a dor, queria que a minha dor passasse, entendeu? ”* No período expulsivo, sentou numa banquetta, *“aí, quando a dor veio, ela [sua irmã] tava aqui do meu lado e eu ia mordendo o ombro dela, aí a outra médica, a que era acompanhante junto com a outra médica, eu sei que ela jogou o*

pano: ‘é cachorro agora, é?’ ” Luciana sentia que estava fazendo toda a força que podia, então a médica que a estava acompanhando perdeu a paciência e saiu, ficou apenas outra médica que a ajudou a deitar e continuou estimulando que fizesse força, “aí foi um anjo na minha vida.”

Fez um novo toque, disse ter sentido a orelha do bebê e que precisaria utilizar fórceps, “Aí, uma [enfermeira] foi pra um lado, a outra foi pro outro. Aí, quando eu disse a ela ‘é agora a dor, é agora a dor,’ ela fez: ‘vá, faça força, mãe, faça força.’ Aí, quando eu fiz a força, uma pegou na minha perna, outra pegou na outra, aí conseguiu puxar ele. (...)puxou com ferro, aí quando puxou, eu não tava mais vendo ele. Aí, ela botou ele aqui em mim, a enfermeira fez ‘mãe, olhe seu bebê aqui, olhe, dê um beijo nele.’ Aí, eu fiz assim, aí eu vi ele cortado aqui.”

A médica que havia saído retornou, “ela: ‘não sei como é isso não, já vi alguém sentir dor...’, e, assim, nervosa comigo, ‘eu já vi alguém sentir dor e ter força de botar pra fora, mas desse jeito... eu não tou entendendo essa menina não, eu já perdi toda a minha paciência.” Luciana foi então levada para a sala de cirurgia, recebeu anestesia e passou por uma curetagem para retirada da placenta, “ela tava dando ponto e a hemorragia... aí minha irmã entrou na sala, do grito que eu dei, disse ‘tire essa mulher daqui’. (...) Eu já tava mole, eu já tava pedindo a Deus: ‘será que eu vou morrer, meu Deus?’ Com medo de fechar os olhos.”

Após o nascimento, o bebê foi levado para o berçário. A médica informou que ela iria precisar de fisioterapia, mas esqueceu de dar o encaminhamento. Quando tentou retornar para a maternidade, não conseguiu o encaminhamento e nem uma consulta com a médica que a acompanhava no pré-natal, “Aí, a gente não tem direito mais a volta, a gente fica à mercê, porque a gente já tá ponteada, desse jeito, com menino no braço.”

Um mês depois, ainda sentindo dor, conseguiu atendimento ginecológico em outro hospital, quando soube que estava com uma inflamação, “o que eu tou achando estranho é que tou soltando gases o tempo todo. (...) E fedendo, né? Que a gente fica fedendo. Tudo isso, que a gente fica com tanta dúvida. Quer dizer, o filho é cuidado, a mãe não.” Nessa consulta, foi informada de que deveria ter tirado os pontos, mas não haviam dito anteriormente. Entregou um encaminhamento para realização da fisioterapia e prescreveu uma medicação, que na farmácia informaram que não é produzida mais.

Luciana ficou também bastante insatisfeita com o primeiro atendimento pediátrico, sentiu que foi tratada com descaso no atendimento e que o médico não estava atento, não havia nem percebido que ele estava com a cabeça machucada.

O momento que marcou positivamente foi após o nascimento, quando soube que seu filho estava bem. Luciana fala não conseguir sequer explicar o amor que sente, *“Meu Deus, é um amor tão grande por ele que eu não sei nem te explicar o tamanho. Eu acho que eu viro uma leoa. Eu era mansa, acho que agora virei uma leoa.”* Fez o registro no cartório, sem identificação paterna.

O que a marcou negativamente, *“foi a parte do parto, né? Que você sofre que só pra ter e você não tem aquele apoio. Não senti apoio, entendeu? De conversar, de eu saber que ela queria me deixar ali só, ainda não de perto de mim, né? (...) eu digo: ‘a gente passa pelo matador, depois é que a gente tem.’”* Luciana ainda se mostrou magoada com a assistência recebida durante o nascimento do seu filho, *“eu creio que cada doutora, umas delas, querendo ou não, foi mãe, tá sendo mãe. Devia ter mais dó da pessoa que tá passando por aquela situação. Se fosse um médico homem, eu acho que ele não ia entender, mas parece que o médico homem entende melhor do que uma mulher. Eu vi isso, sabe? Poxa, médico homem sente mais dó do que a própria mulher sente dó da outra. Eu não sei se isso ficou complexado na minha cabeça. Porque eu não só vi eu sofrendo, eu vi muitas mulheres.”*

Acredita que foi forçada a vivenciar uma situação traumática, que poderia ter tido um desfecho diferente, *“se ele [médico] vê que a gente tá dizendo que não tá suportando, faz um cesáreo, acho que é mais adiantado. Eu sei que é mais saudável ter normal, é mais... né? Dizem que é isso, dizem que é aquilo, a recuperação. Eu tô sentindo não, eu tô sentindo como se tivesse feito um cesáreo. Se eu tive dilatação ou não, mas eu não tava conseguindo. Terminou me cortando, terminei levando ponto, terminei na raqui, como se tivesse feito as duas coisas ao mesmo tempo.”* Ao repensar esse processo pelo qual passou, diz que não faria nada igual.

6.2.6 A experiência do nascimento vivenciada por Carla

Carla, com 40+3 dias de gestação, acordou com um sangramento e leve cólica e foi ao hospital, mas foi orientada a retornar para casa, por estar com apenas 1cm de dilatação. No dia seguinte, as contrações estavam dolorosas, então procurou uma maternidade mais próxima, quando foi constatado que estava com 5cm, *“aí eu disse pra ele [médico]: ‘oh, mas eu quero meu parto humanizado.’ Aí ele: ‘a gente não faz parto de bicho aqui não.’* Informou então que iria para outra maternidade, *“aí ele: ‘mas você pode ter uma... você pode ser atendida tardiamente, pode acontecer várias coisas com o seu filho, pode dar tudo errado.’”*

Foi, então, por conta própria para outra maternidade e, ao chegar, foi informada de que sua pressão arterial estava 14/9 e que estava com 7cm de dilatação. A médica a acompanhou

durante todo o trabalho de parto, sempre perguntando o que queria fazer, deixando-a à vontade para escolher os melhores métodos de alívio da dor. Com 9cm de dilatação e sem evoluir para dilatação total, a médica perguntou se gostaria que rompesse a bolsa e concordou. Pouco depois, entraram no período expulsivo. Durante o trabalho de parto, foi oferecido comida, mas, pela dor, não conseguia comer.

Carla optou pela banqueta na hora do nascimento. Na expectativa do nascimento, *“eu fiz dois empurrões que eu não tava sentindo contração, aí eu me lasquei, tipo, de vez, né? Porque ele fez uma super laceração. (...) A dor que eu sentia mesmo era da contração e quando ele saiu, eu não senti mais nada. Blaaaam. Meu marido aparou ele, colocou ele no meu braço.”* Foi também o companheiro de Carla quem cortou o cordão umbilical, quando parou de pulsar. O seu companheiro esteve com ela durante todo o trabalho de parto e no parto, *“eu não esperava que ele fosse tão forte, ” “olha, o pai que deu o primeiro banho. Inclusive, até hoje é ele que dá banho.”* O bebê ficou com o pai enquanto Carla recebia a sutura e, ao voltar, já mamou, ficou com eles durante todo o internamento, *“eu tava muito feliz pelo parto ter dado certo. Deu certo, era aquilo que eu queria, foi maravilhoso, deu certo.”*

Após dois dias do nascimento, percebeu o olho do bebê com uma secreção amarela, mas a pediatra orientou apenas a passar soro. Com o passar do tempo, a secreção só aumentava, mas tiveram alta mesmo assim, *“só essa neo que me estressou um pouco, porque eu acho que ela não avaliou direito, porque eu limpava o olho dele e na mesma hora tava sujo e aí com 7 dias, o olho dele ficou com um edema enorme.”* Procuraram então a UPA, que orientou internação e explicou se tratar de conjuntivite neonatal, que tinha contraído durante o parto, *“de alguma forma, eu fiquei me culpando o tempo todo quando eu tava no hospital com ele, eu ficava dizendo: ‘não adiantou nada eu ter o parto que eu queria se meu filho tá doente’. (...) eu ficava me culpando o tempo todo, porque o médico disse que não tinha como ter sido de outra forma.”* Posteriormente, lembrou que a enfermeira da maternidade havia pedido pra ela não deixar o bebê nos lençóis, então acredita ter sido material contaminado, *“aí ela [outra mulher] teve um parto cesárea e o bebê dela estava com a mesma coisa e aí foi quando eu resolvi parar de me culpar.”*

O bebê continuou o tratamento em casa, durante muitos dias e não melhorava. Posteriormente, foi atendido por outra profissional, que modificou a medicação e em pouco tempo ele apresentou uma melhora grande, *“primeira vez que ele tava mamando e olhando pra mim, que a gente tava se olhando, eu chorei de novo.”* O que mais marcou positivamente foi a presença e assistência da médica, *“ela passou o tempo todo assim, preocupada em saber*

o que eu queria. ” No aspecto negativo, foi a assistência da neonatologista, por não ter, em sua opinião, avaliado bem. Sobre uma próxima gestação, pensa: *“eu amei meu parto, faria dez de novo desse jeito. Aí também já levaria os meus panos. Vamos humanizar os panos desse hospital.”*

6.2.7 A experiência do nascimento vivenciada por Priscilla

Priscilla acordou com um sangramento e sentindo dor no dia que tinha agendada uma consulta pré-natal. Antes da consulta, foi à emergência, quando foi verificado, através de um exame de toque, que estava com dilatação entre 5 e 6cm e, então, foi solicitado um ultrassom, *“aí ele disse que já tinha passado já, se eu queria ou andar no hospital ou se eu queria subir pra colocar o soro, aí: ‘se você subir pra colocar o soro, de 10h40/10h30, ele nasce.’”* Optou então por utilizar a ocitocina sintética. Na mudança de plantão, *“aí foi que ela aumentou o soro, disse: ‘vamo tirar todo mundo daqui que é muita gente.’”* A mãe, que a estava acompanhando, a estimulou a utilizar o cavaleiro, fez massagens e tentou tranquilizá-la. Também se sentiu acolhida com a equipe.

Foram realizados vários exames de toque, *“foi, toque... deram... oxe, deram um bocado”* e a bolsa foi rompida pela médica, *“ela que estourou porque ele não estourou não.”* No momento do expulsivo, Priscilla ficou na posição de litotomia, por orientação da médica e sofreu episiotomia. Logo após o nascimento, o bebê foi levado para a incubadora, *“tipo, eu tenho cansaço, aí acho que ele nasceu um pouquinho cansadinho por causa do resto de parto no nariz que ficou dele, aí ele foi pra... esqueci até o nome agora. Ficou lá na incubadorazinha.”* Apenas no dia seguinte, os dois se encontraram e iniciaram amamentação.

Durante o trabalho de parto, Priscilla estava focada em concluir o processo, *“só de colocar ele pra fora, pra não sentir mais dor nenhuma. Dor, dor nenhuma.”* Esta foi a única parte que achou difícil e que marcou negativamente sua experiência, no entanto, compreende *“que é uma dor que você sabe que tem um ser ali que precisa de você. Você precisa fazer essa força, esse show todo que o povo fala... porque não é uma dor de morrer, é uma dor que dá pra você superar, que dá pra você controlar, que você sabe que ele tá ali só precisando da sua força pra poder sair.”*

Dentre os sentimentos vivenciados, Priscilla relata ter ficado nervosa pela demora em receber seu filho, que estava na incubadora e o que mais marcou sua experiência do nascimento foi o momento em que seu filho nasceu e ela o olhou pela primeira vez, *“quando ela cortou e ele saiu foi a melhor, eu acho que foi a melhor emoção que eu vi, porque eu só olhando o dos outros, nunca tinha olhado o meu.”* Priscilla foi suturada após a episiotomia e

avalia que teve uma boa recuperação. Quando retornou para casa, após uma semana de internamento, já estava muito bem. Priscilla achou positiva a experiência e teria novamente parto vaginal. Se houvesse uma nova gestação, faria tudo da mesma forma que ocorreu, mas não deseja ter mais filhos.

6.2.8 *Discussão experiência*

As mulheres consultadas fizeram várias referências à dor em suas expectativas ao nascimento, conectando-a ao medo e apreensão. No entanto, durante o trabalho de parto e/ou nascimento, a dor pode ser sentida de maneira diferente do esperado, com menor intensidade ou mesmo com maior naturalidade e utilizando ferramentas pessoais para encontrar melhores formas de vivenciá-la e atenuá-la:

Fiquei me preparando os nove meses todinhos pela aquela dor que o povo diz que é uma dor triste, que é a pior dor do mundo, aí eu fiquei morrendo de medo, né? Mas esperando aquela dor. Mas, graças a Deus, não veio aquela dor. (...) Eu tava lá de boa, nem parecia que eu ia ter filho, brincando, rindo e as mulheres lá chorando, estressadas, morrendo de dor (Bianca).

[quando estava com dor] eu andava, fui pro cavalinho. (...) Minha mãe que me estimulou. À massagem, a relaxar, nada de se desesperar. Porque ele ia depender de mim pra nascer, se eu me desesperasse não ia adiantar de nada, aí foi supertranquilo (Priscilla).

A dor vivida durante o trabalho de parto se caracteriza através de diversos aspectos, tanto fisiológicos, como psicológicos e socioculturais. Assim, as mulheres referem limiares de dor diferentes. Para lidar com essa sensação, é importante que à mulher seja fornecido suporte físico e emocional, que pode se configurar de diversas formas, como a presença do acompanhante, a concentração ou utilização de técnicas de respiração, caminhada, massagem e a utilização da água durante o trabalho de parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Desse modo, é importante refletir sobre os diversos aspectos que envolvem a dor, tanto em relação à percepção da dor como algo a ser combatido, como no impacto que o medo pode ter sobre o nascimento e maternidade.

Pereira, Franco e Baldin (2011) afirmam que a dor compreende diversas dimensões, que vão além dos elementos anatômicos e fisiológicos. Assim, é necessário discutir sobre como esta possui raízes culturais e sobre sua capacidade de originar sentimentos aversivos e preocupações envolvendo o processo da parturição. “O medo demanda interpretações socioculturais e fornece uma identidade cultural à dor de sofrimento e superação. Este, pactuado com o modelo biomédico e a mídia, obstaculiza o protagonismo e influencia a

decisão das mulheres” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p. 387). A dor física, no entanto, pode estruturar uma dor simbólica, uma “dor na alma,” essencialmente se emerge não apenas a partir da dor anatômica, mas do sentimento de ser violentada.

Aí ela [a médica] disse: “eu vou deixar é você aí!,” e eu disse: “faça isso não, doutora, pelo amor de Deus, não me deixe aqui só não,” segurando ela. (...) Porque se ela disse que eu não tava sabendo expulsar meu filho... Porque a gente imagina, né? Eu queria morrer, mas não queria que ele morresse. Aí a dor fica dentro da gente (Luciana).

Em seu relato, Luciana faz diversas referências à dor sentida durante o trabalho de parto e do pouco acolhimento oferecido pela obstetra que a estava acompanhando. Muito cansada, no período expulsivo não compreendia a orientação dada sobre o tipo de força que deveria fazer e, diante das acusações proferidas pela médica sobre sua incompetência no ato de parir, afirma que daria sua vida pela do seu filho. Mesmo após o parto, a dor resultante das violências sofridas permaneceu.

Segundo Alvarenga e Kalil (2016), os desrespeitos sofridos pela mulher durante a parturição, que englobam afrontas verbais diversas, trazem consequências profundas, que vão desde cicatrizes emocionais a traumas. Muitas mulheres sequer sabem o que pode ser considerado violência e quais os seus direitos. Assim, seja pela falta de informação, medo, vergonha ou qualquer outro motivo, a maior parte das mulheres vítimas de violência obstétrica não formaliza uma denúncia.

A definição de violência obstétrica engloba “toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher e que não seja baseado em evidências científicas atuais, seja de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material” (RODRIGUES et al., 2018, p. 244).

Através do relato da experiência do nascimento, foi possível identificar o uso de diversas intervenções não recomendadas pelo Ministério da Saúde nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. A utilização destas intervenções configura violência obstétrica, conforme consta no dossiê elaborado pela Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa para a CPMI da Violência Contra as Mulheres.

Aí quando foi 9cm, quando ela deu o toque, aí ela estourou minha bolsa, que a minha bolsa não estourou sozinha [rompimento artificial da bolsa amniótica]. (...) Aí começou a empurrar minha barriga, a empurrar, a empurrar, a empurrar. Aí quando a menina virou pra pegar o bisturi pra cortar, aí eu consegui fazer força pra menina sair [referindo-se ao uso na manobra de Kristeller e à intenção da realização de episiotomia] (Marília).

Fiquei normal, a posição normal, aquela com as perninhas assim [referindo-se à posição de litotomia por orientação médica]. (...) “força, força”, só que não tinha muita passagem, aí ela teve que dar um cortezinho. Porque... porque ele tava, mas não tava... aí precisou dar um cortezinho. Aí foi, cortou, num instante ele nasceu [utilização de episiotomia e puxos dirigidos] (Priscilla).

Assim, logo que eu cheguei, eu recebi um toque. (...) Eu não gostei porque, primeiro, ela botou a luva, tudinho, só que ela não botou o lubrificante e quando ela fez o toque, ela fez muito agressivamente, ela fez com muita força. Chega eu: “aí”, chorei na hora, começou a sair sangue. Aí quando foi lá em cima outra pessoa também fez o toque e não doeu nada. O jeito muito grosseiro dela (Bianca).

O modo como o conhecimento obstétrico foi construído, a partir do entendimento do corpo da mulher e seus processos sob uma visão anátomo-patológica e, por isso, sob o domínio médico, produziu um saber institucionalizado de modo que apenas um pequeno grupo detém as informações e a capacidade de decidir instrumentos e práticas de intervenção neste corpo, um corpo passivo (MARTINS, 2005).

Como aponta Souto (2008), a representação simbólica do corpo feminino se dá a partir da construção social e cultural da mulher, do seu papel na sociedade, antes restrito à opressão e submissão. As formas de dominação se consolidam também na assistência à saúde e no modo como este corpo é manipulado.

Essa destituição do poder sobre seus próprios corpos no processo da parturição é possível ser percebida, a partir de algumas falas das mulheres sobre como elas próprias se mostram alheias ao processo do nascimento ou mesmo da dificuldade em perceber possibilidade de escolhas sobre as intervenções a serem realizadas em seu corpo:

Mas a médica até agora não disse pra mim se é um cesáreo, se é um normal [Ainda durante a gestação] (Luciana).

Eu disse a ela, né? [enfermeira que atendeu no posto de saúde] Que tinha saído esse negócio, um negócio estranho de mim, uma gosminha, assim, branca, pegajosa [se referindo ao tampão mucoso e demonstrando não ter conhecimento sobre ele] (Bianca).

Queria que a médica dissesse: “leve logo essa menina pra sala de cirurgia, ” pra sair logo. Não que diga: “não, mãezinha, calma, ele não vai sair agora, ” “mas, doutora, quem tá sentindo dor sou eu, tira esse menino. ” Mas nunca é assim, né? A gente sempre tem que esperar, vai dar toque, vai não sei o quê... (Priscilla).

O modelo médico vigente reconhece este profissional como responsável técnico do processo do nascimento e, portanto, peça principal nas decisões sobre procedimentos e técnicas. A mulher, no entanto, muitas vezes não está ciente de que poderia atuar mais ativamente e, por vezes, aceita a ingerência técnica no processo fisiológico do seu corpo, “toda essa situação é extremamente subjetiva e sutil, envolve sentimentos, características

peçoais e socioculturais, transformados principalmente em medos e temores que fragilizam a mulher” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011, p. 587).

Como nos aponta Moscovici (2007), existem dois universos de pensamento que estão em interação constante: o reificado, que corresponde ao pensamento científico, e o consensual, do senso comum. A violência obstétrica é um conhecimento científico e, diante da dificuldade de acessar informações, torna-se conceitos inatingíveis. Assim, as mulheres podem não representar a experiência vivida como violenta, porque a ancoragem sobre as vias de nascimento é no papel passivo que a mulher assume durante a vivência do parto ou cesárea.

As “teorias” elaboradas no universo consensual não seguem a mesma lógica das teorias do universo reificado, apresentando mecanismos de “verificação” diferentes, pois são mais sensíveis a sentimentos compartilhados do que é plausível do que aos requisitos de objetividade (SÁ, 1993).

Campos (2017) define a ancoragem, a partir de três modalidades. A primeira diz respeito à função de atribuição de sentidos, isto é, os sistemas de valores da sociedade e as relações sociais contribuem para a constituição de uma rede de significados em torno de uma representação. A segunda modalidade diz respeito à instrumentalização das representações, servindo para interpretação da realidade e orientação de condutas. A terceira trata do enraizamento de uma representação no sistema de pensamento.

Sobre o acompanhamento ao nascimento, além das violências vividas durante o trabalho de parto já expostas anteriormente, outras questões chamam ainda a atenção. Uma delas é o não questionamento ou mesmo reconhecimento das intervenções não recomendadas.

Marília, que desejava parto humanizado, recebeu ocitocina, sem que houvesse sido discutida com ela a necessidade, aos 9cm de dilatação. Foi realizado ainda rompimento artificial da bolsa amniótica, Manobra de Kristeller e demonstraram intenção em realizar episiotomia. No entanto, não percebeu os procedimentos como algo ruim e avalia que recebeu uma boa assistência, o que também ocorreu com Priscilla, com intervenções quanto à posição de litotomia, puxos dirigidos e episiotomia.

Foi praticamente isso [parto natural], porque a única coisa que botaram foi... foi o soro, né? Pra eu sentir mais dor, umas dor mais forte e delatar, só não imaginei que a dor ia ser tão forte” (Marília).

Aí tá, eu fiquei andando, me mandaram andar pelo hospital, me ajudaram que só. Eu acho que se não fosse eles [os médicos] eu tava lá (Marília).

O hospital perfeito, o atendimento perfeito, o plantão que eu peguei excelente. Acho que não tem nada pra falar (Priscilla).

Houve ainda desrespeito à orientação da não separação entre mãe e bebê e incentivo à amamentação precoce e exclusiva, sem que tenha sido relatado ou reconhecido como um procedimento incorreto.

Mostraram o rostinho dela, aí deixaram lá no cantinho ajeitando ela, aí depois me botaram na maca. Porque eu ainda não peguei ela no colo, botaram ela no meio das minhas pernas. Eu só vim pegar nela no outro dia. (...) Aí botou ela pra dar o peito. Ela não pegou no mesmo dia porque tava pouquinho. Aí subiram lá em cima, pegaram aqueles copinhos com um leite pra dar pra ela (Lúcia).

A falta de informações e desvinculação com a mulher atendida não se restringem ao pré-natal, pois consultas de outra ordem podem reforçar o sentimento de abandono se não conduzidas com atenção e cuidado. A primeira consulta pediátrica, também realizada no SUS, foi percebida como negligente e até desrespeitosa, como pode ser percebido nas falas a seguir:

A consulta com o pediatra, eu odiei, porque ele nem olhou a menina. Eu tinha várias dúvidas (...). Entrei na sala, ele mal atendeu a menina, só fez olhar. Eu perguntei, tirei uma dúvida, porque também ela tava com umas pedrazinhas no peito, um seiozinho durinho. Ele disse que era hormônio, mas mesmo assim foi nas carreiras. Eu não durei nem um minuto na sala com ele. Eu odiei. (...) Eu tava cheia de dúvida, mulher, pra falar com ele, pra tirar as dúvidas, tudo normal com ele, ele mal olhou pra ela (Lúcia).

Porque, assim, eu acho que a primeira vez a gente quer tirar muita dúvida. Ele não deu chance pra isso, pra tirar dúvida do menino. (...) Eu fiz assim “doutor”, porque ele tava ferido aqui na cabeça, né? E eu fiquei com medo da ferida. Aí, ele fez, “cadê a ferida?”, aí eu: “doutor, você não tá vendo a ferida na cabeça dele não? Depois eu vou mostrar agorinha, olhe aqui, olhe. Eu só vou sair daqui depois que você ver essa ferida” (Luciana)

Além da insatisfação com a postura do pediatra, Luciana sentiu que sofreu pela assistência inadequada também durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, quando não teve atendimento durante o puerpério, não foi orientada sobre a retirada dos pontos e um mês após o parto, ainda sentia muita dor, por estar com uma inflamação na vulva.

Só que eu não recebi esse encaminhamento. Ela disse que sim, mas não me deram na alta. Aí voltei na maternidade com ele e perguntei lá, mas... e o ruim é que a gente é acompanhada no pré-natal até descansar, depois a gente fica à mercê, né? (Luciana)

O sentimento de negligência no atendimento, no caso de Carla, se deu na falta de diagnóstico da conjuntivite bacteriana do seu filho, que teve os primeiros sintomas ainda na maternidade e, por não ter sido diagnosticada de imediato, permaneceu durante um mês buscando atendimento adequado, passando, inclusive, por uma nova internação, além das diversas idas a unidades de saúde, para limpeza ocular.

Ela [a neonatologista] não ter visto isso me dá raiva até hoje. Tipo, ela tinha que ter visto. Eu insisti, eu insisti muito. (...) É tipo isso, essas voltas que acabavam me matando e aí eu chorava de morrer. O parto não doeu não, isso doeu. Doeu mesmo (Carla).

A insatisfação quanto à assistência recebida ou ainda o sentimento de negligência e desamparo vivido por essas mulheres remetem ao questionamento sobre o apoio percebido, não só sobre os profissionais, mas quanto aos familiares e pessoas próximas.

Foi a partir da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que ficou garantido às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, é reforçada a importância da presença de um acompanhante, à escolha da mulher, entendendo que este representa apoio emocional importante, além da presença contínua de membros da equipe de assistência, não devendo ser deixada sozinha, exceto por períodos curtos ou por sua solicitação. Dentre as sete mulheres participantes deste estudo, três não contaram com a presença de acompanhante no momento do nascimento e uma delas foi porque a maternidade não permitiu. Das quatro que tiveram o apoio de um familiar, em apenas um caso a presença foi do pai da criança. A seguir, apresentamos uma tabela para melhor visualização.

Quadro 4 - Presença de acompanhante durante o nascimento

Participante	Presença de acompanhante	Parentesco	Motivo
Lúcia	Não	-	Gostaria da presença do companheiro, mas ele, por estar nervoso, não foi. A segunda opção era a sogra, mas sua entrada não foi permitida.
Bianca	Não	-	Gostaria que fosse a tia a acompanhar. No entanto, a sogra foi, mas não quis acompanhar o procedimento cirúrgico.
Rebeca	Não	-	Gostaria da presença do companheiro, que disse não ter coragem. Estava com a tia, mas esta não quis acompanhar o procedimento cirúrgico.
Marília	Sim	Mãe e tia	Desejava o acompanhamento da mãe, que esteve presente, mas revezou com a tia.
Luciana	Sim	Irmã e sobrinha	Desejava o acompanhamento da irmã, que esteve presente, mas revezou com a sobrinha.
Carla	Sim	Companheiro	Desejava a presença do companheiro e foi atendida.
Priscilla	Sim	Mãe	Desejava a presença da mãe e foi atendida.

As mulheres que estavam sozinhas deixaram transparecer o desejo de ter alguém próximo na hora do nascimento. As que contaram com a presença de um acompanhante, no entanto, evidenciaram um movimento proativo e de apoio destes, que, possivelmente, representou um reforço dos laços afetivos. Priscilla teve a companhia da mãe, que a ajudou a utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de representar um apoio emocional, ajudando-a a se manter calma. Carla, ao demonstrar o desejo por um parto humanizado e iniciar uma série de leituras sobre o tema, teve no marido apoio e companhia nas pesquisas. Durante o trabalho de parto e no nascimento, sentiu sua presença como importante e até surpreendente.

Chama atenção ainda que apenas uma das mulheres consultadas tenha contado com a presença e apoio do pai do bebê no nascimento. Esta ausência parece se estender a outros momentos, além do nascimento em si, desde o pré-natal, em consultas e realização de exames, como no planejamento e preparação para o nascimento e mesmo posteriormente, nos cuidados com o bebê. Apenas Carla fez referência ao apoio do companheiro nos cuidados.

O pai só quer que tenha logo a menina, não importa o que seja. Fala: "não, precisa ser humanizado não, menina, a menina tem que vir de todo jeito, só quero que a menina venha bem, que esteja bem" (Marília).

Ele já me perguntou quem ia entrar na sala de cirurgia comigo, eu disse "tu, menino", ele disse que não tem coragem não, disse que não vai não (Lúcia).

Ele sabe [referindo-se à gestação] e não me deu nenhuma assistência, entendeu? Ainda veio depois querendo se achegar, mas eu não permiti, entendeu? Querendo voltar, pedindo pra gente morar junto e que só ia me dar assistência se eu fosse viver com ele. Aí, eu disse, "não dá não isso pra mim, meu filho." Foi revoltante isso pra mim, "não vou não ficar com você," porque eu comecei a ver uns caráter nele que antes eu não via. Aí, eu disse: "eu não quero, de jeito nenhum, também não tou te pedindo nada" (Luciana).

O pai do filho de Luciana não prestou nenhum tipo de apoio para ela ou para o filho. É importante refletir ainda sobre a vinculação ou mesmo condição posta por ele sobre assumir a paternidade, e tudo o que ela envolve, e assumir o relacionamento com a mãe da criança. Após o nascimento, foi registrado em cartório sem a indicação da paternidade.

Outra questão a ser refletida no discurso das mulheres consultadas diz respeito à via de nascimento. A preferência pelo parto vaginal foi verbalizada por cinco das sete participantes (incluindo as que desejavam partos humanizados). Conforme discutido anteriormente, a dor e o medo dela decorrente parecem estar enraizados nas representações sobre parto vaginal, e mantêm relação também com as representações de maternidade.

Para melhor visualização, a seguir apresentamos uma tabela, demonstrando a via de nascimento de preferência pelas mulheres durante a gestação, fazendo uma contraposição quanto à via ocorrida.

Quadro 5 - Via de nascimento desejada e ocorrida

Participante	Via de nascimento ansiada	Via de nascimento sucedida
Lúcia	Parto vaginal	Cirurgia cesariana
Bianca	Cirurgia cesariana	Cirurgia cesariana
Rebeca	Parto vaginal	Cirurgia cesariana
Marília	Parto humanizado	Parto vaginal
Luciana	Cirurgia cesariana	Parto vaginal
Carla	Parto humanizado	Parto humanizado
Priscilla	Parto vaginal	Parto vaginal

Tais considerações confluem com o encontrado anteriormente em revisão de literatura sobre autonomia da mulher quanto à escolha sobre via de nascimento apresentada no capítulo dois desta dissertação. Em relação à preferência pela via de nascimento, dos 25 artigos encontrados na revisão, que se debruçaram sobre essa questão, 23 concluíram que a maioria das mulheres desejava vivenciar um parto vaginal. Quanto às influências que as mulheres consultadas julgavam importantes na decisão sobre a via de nascimento, o medo da dor foi citado em 50% dos artigos que investigaram tal questão. A influência da família e/ou amigos foi citada em 47,2%.

O desejo pelo nascimento, via cirurgia cesariana, expresso por duas mulheres deste estudo, também trouxe a dor como principal motivo, conforme observado na seguinte fala:

Eu queria que fosse cesáreo, por causa que não sente muita dor, assim. A não ser na recuperação, né? (...) Não, né? [sobre acreditar poder decidir sobre a via de nascimento] Porque eles vão fazer de tudo pra pessoa ter normal (Bianca).

Ao refletir sobre o desfecho do nascimento e o modo como cada uma o vivenciou, é importante retomar a noção de experiência apresentada por Jodelet (2005), que nos chama atenção sobre a utilidade de se centrar sobre a produção de sentidos, através do que é vivido pelo sujeito. A experiência, que representa o modo como o indivíduo sente e elabora as repercussões positivas e negativas de uma situação e as relações e ações desenvolvidas por ele, provoca um enriquecimento de sua relação com o mundo, podendo, assim, conduzir à construção de novas representações. É importante pensar ainda que, ao favorecer uma experimentação no mundo e sobre ele, a experiência contribui para a construção da realidade, a partir de formas socialmente dadas. Isto é, são as pré-construções culturais e saberes anteriores que dão forma à experiência.

Lúcia desejava, no início da gestação, que sua filha nascesse, através de um parto vaginal. No entanto, foi informada de que, após um exame de ultrassonografia, sua filha se encontrava em apresentação pélvica e se permanecesse até o trabalho de parto, seria realizada uma cirurgia cesariana:

Preferia normal, mas quando eu fui pra médica, ela disse: "Olha, mãe, ela já tá virando, tá vai ser normal." Eu disse "beleza". Quando foi na semana retrasada, eu fiz um ultrassom e a médica disse que ela tava sentada. Saí aos prantos, com medo, né? mas depois eu fui.. como é que se fala? Me conformei. Vai ser do jeito que vai ser (Lúcia).

O procedimento cirúrgico ao qual foi submetida foi vivido por ela com muita tranquilidade, não tendo sequer nenhum momento que avaliou como negativo. Se houver uma próxima gestação, preferiria realizar cesárea, embora também tenha desejo por vivenciar um parto vaginal, alegando que a recuperação é mais rápida. A expectativa da cesariana, que, a princípio trouxe sentimento de angústia, fez com que se informasse através de conteúdos buscados na internet sobre o procedimento e essa preparação contribuiu para se sentir segura.

Rebeca desejava parto vaginal para o nascimento da sua filha. Com 34 semanas de gestação e dois episódios de pressão arterial elevada, a equipe decidiu realizar uma cirurgia cesariana. O que a marcou mais profundamente no nascimento de sua filha foi sua prematuridade e as consequências desta, como o tempo que ficaram separadas e que precisaram permanecer no hospital. Neste sentido, o foco de suas reflexões sobre o nascimento não ficou sobre a via em que se deu e a satisfação com a assistência, mas sobre o processo ocorrido em decorrência da prematuridade. Se pudesse fazer algo diferente sobre essa experiência, gostaria que a filha nascesse a termo.

Antes da gestação, Carla já havia escutado um relato sobre parto humanizado e julgava ser uma péssima escolha. Para ela, o gatilho da mudança das representações sobre parto vaginal e humanizado não parece ter sido o nascimento, mas a experiência da gestação. Foi a notícia da gravidez que a encorajou e estimulou a buscar elementos que permitissem ressignificar as informações e construções preexistentes. Assim, se dedicou a pesquisar e se informar sobre as formas de nascer e decidiu que esta seria, dentro das suas possibilidades, a melhor forma de trazer seu filho ao mundo, mas, ainda assim, demonstrava bastante medo em relação à dor. Conseguiu o parto desejado, sentiu-se apoiada e acolhida em suas escolhas e que seu filho também foi respeitado durante o nascimento, além de compreender que soube lidar com a dor sentida. A experiência vivida por ela foi fortalecedora e, numa próxima gestação, faria tudo da mesma forma.

Bianca desejava, durante a gestação, que o nascimento do seu filho fosse via cirurgia, por medo da dor do trabalho de parto, sendo este medo bastante presente em seu discurso. Durante o trabalho de parto, no entanto, a dor foi vivenciada de maneira muito mais leve do que imaginava. Com 6cm de dilatação, nível de dor suportável e dilatação evoluindo, a equipe optou por intervir cirurgicamente, sem sequer consultá-la.

Tava tudo caminhando para ser normal, só que a minha bolsa já tinha estourado completamente, o líquido já tinha saído completamente, aí pro bebê não sofrer, né? Aí, eles resolveram fazer uma cesárea (Bianca).

A experiência do trabalho de parto a surpreendeu por não ter sentido a dor tão temida em sua expectativa. A experiência vivida por ela parece ter modificado a representação anterior sobre o parto vaginal, compreendendo que a dor pode ser vivenciada de diferentes maneiras para cada mulher. Ao refletir sobre uma futura gestação, gostaria de vivenciar parto normal.

Priscilla, durante a gestação, fez diversas referências ao medo da dor, mas desejava, ainda assim, um parto vaginal. Teve um trabalho de parto e parto com diversas intervenções não recomendadas, mas se sentiu acolhida pela equipe e teve a presença da mãe como um apoio importante, avaliando como uma experiência positiva. Para ela, a intensidade da dor vivenciada também foi algo que a surpreendeu, sentindo menor do que esperava e construindo estratégias para lidar sem desespero. Numa próxima gestação, gostaria de vivenciar novamente um parto vaginal.

Luciana desejava uma cirurgia cesariana para nascimento do seu filho, tanto por medo da dor do trabalho de parto, como por já ter ouvido relatos e ter presenciado procedimentos dolorosos, conforme explicitado nas seguintes falas:

Minha irmã perdeu um e eu vi quando o médico deu o toque. Ele me chamou na hora e eu lembro que na época minha irmã disse "não, ela não tem," "ah, mas ela vai ser mãe." O médico bem grosso, em Jaboatão, aí disse assim pra mim: "ela vai ver." Aí, quando eu vi que a mão entrou, eu disse "ai, meu Deus do céu," fui no céu e voltei. Eu disse: "nunca que eu quero ter filho." Me assustou, fiquei assombrada.

Ela fez tanta força. Quando ela viu que o filho dela ia sair no ferro, aí foi que ela fez força mesmo. Eu acho que por ser o primeiro, acho que ela fez no espanto, aí fez força e o menino pulou, né? Aí, o ânus dela até hoje, ela sofre. Que o ânus dela foi pra fora.

Entrou em trabalho de parto e vivenciou essa experiência de maneira muito dolorosa, tanto pela dor sentida no corpo, como pelo tratamento recebido pela obstetra que a acompanhou e o sofrimento emocional trazido. Foi utilizado fórceps para retirada do bebê do canal vaginal, passou por um procedimento para retirada da placenta após o nascimento e

durante o pós-parto também sentiu que não foi adequadamente assistida. Sua experiência com o parto vaginal a marcou de maneira tão forte e negativa que interveio, inclusive, no desejo de não ter mais filhos.

Se eu soubesse antes, meu Deus do céu, vendia tudo o que é meu pra poder ter ele num cesáreo. Eu sofri demais. (...) Meu irmão escutou lá de baixo, foi, do grito que eu dei. Eu gritei mesmo. Do grito que eu dei pra tirar ele no ferro.

Agora, outro quero mais não. Ainda marquei lá pra fazer a palestra com o DIU. Não quero mais. Tem hora que tou com tanta dor que eu choro, da dor que ainda sinto.

Diante do relato de experiências traumáticas de outras mulheres, sua expectativa sobre o parto vaginal já se mostrava perpassada por medo e angústia, tendo a experiência vivida produzido ainda mais elementos negativos e ansiogênicos. Entendendo que este não é um caso isolado nesse contexto social e que, para grande parte das mulheres, esta é a única forma de assistência possível, o relato de Luciana levanta o questionamento sobre a escolha por uma cesárea como um exercício de autonomia, visto que havia o entendimento e a expectativa de que no sistema público seria alvo de violência, agregando à representação de parto normal o sentimento violação.

Marília, que desejava parto humanizado, entrou em trabalho de parto e, apesar de ter tido a experiência de um parto vaginal com intervenções não recomendadas – rompimento artificial da bolsa e utilização de ocitocina sintética aos 9cm de dilatação, Manobra de Kristeller –, se sentiu acolhida pela equipe e vivenciou a dor de maneira mais branda do que esperava sentir. Em uma próxima gestação, repetiria a experiência do parto vaginal.

O acesso a informações contribui para a desconstrução de conhecimentos antigos e enraizados, pois oferece novos elementos e orientações que podem conduzir a outras posturas e condutas. A experiência do nascimento, especialmente se agregada de informações baseadas em evidências e a uma assistência respeitosa, tem importante papel na construção de representações sociais sobre as vias de nascimento. A partir do acesso e incorporação de informações do universo reificado, é possível, inclusive, ressignificar o entendimento sobre parto e cesárea, entendendo alguns procedimentos, considerados normais em outro momento, como práticas violentas.

Diniz (2008, p. 212), refletindo sobre a conexão entre gênero e bioética em relação à utilização dos corpos de mulheres pobres para pesquisas científicas, ainda que com consentimento, nos levanta o questionamento sobre as mulheres deste estudo, que, vivendo no corpo intervenções consideradas violências, não as percebem. Sobre tais pesquisas, a autora afirma:

O argumento desses pesquisadores, compartilhado por muitas dessas mulheres, é que a iminência da morte retirava delas qualquer outra demanda por justiça e direitos: a certeza da morte, a ausência de tratamento e a desigualdade imposta pela pobreza as reduziam a corpos, voluntariamente dóceis para a ciência. Não era o mercado que adquiria seus corpos, mas a certeza da impossibilidade da sobrevivência senão pela última tentativa de socorro: ser um sujeito de pesquisa.

Nas assimetrias percebidas na assistência ao parto, tanto em relação a gênero, como classe e poder, perguntamo-nos se as mulheres participantes deste estudo sentiram que tinham voz e que poderiam viver outro tipo de nascimento e assistência. Estas mulheres, em vulnerabilidade social e econômica, que acessaram relatos e histórias de pessoas próximas também carregados de violência, cujo pré-natal não ofereceu suporte informativo baseado em evidências científicas e acolhedor sobre demandas emocionais, puderam refletir sobre o processo do nascimento do primeiro filho como ferramenta empoderadora e libertadora? Ou tiveram seus corpos manipulados de modo a reforçar os mecanismos de opressão sempre presentes?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trabalhar com um fenômeno como o nascimento, que levanta uma série de questões e compõe uma rede de significados complexa, envolvendo uma infinidade de aspectos entrelaçados, sejam físicos, sociais, culturais, históricos, econômicos e políticos, ideológicos, simbólicos, emocionais, qualquer tentativa de entendimento completo se mostra falaciosa. O recorte feito nessa pesquisa, lançando mão da Teoria das Representações Sociais, nos fornece pistas sobre formas de nascer e o impacto destas na vida das pessoas.

Este estudo teve como objetivo principal compreender os significados construídos sobre vias de nascimento e assistência obstétrica por mulheres primíparas antes e após a experiência de parto vaginal ou cesárea. O contato inicial com as mulheres consultadas, ainda gestantes, permitiu conhecer seus saberes e impressões sobre as vias de nascimento e o modo como as informações estavam sendo acessadas, bem como seus conteúdos. Assim, foi possível perceber que as conversas com outras mulheres, familiares ou não, bem como pesquisas na internet representaram uma importante fonte de informações. O pré-natal, no entanto, não se mostrou um espaço educativo e esclarecedor, embora tenha esta como uma das principais funções, definida a partir do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), mostrando, no entanto, como ponto central do acompanhamento, as medições de peso, altura uterina, aferição da pressão arterial e solicitação e leitura de exames.

Foi possível conhecer também a via de nascimento que desejavam ainda durante a gestação (duas mulheres desejavam vivenciar cesárea e cinco preferiam parto vaginal, sendo que destas, duas aspiravam parto humanizado), entendendo que esta preferência teve seus contornos pautados nas representações sociais construídas sobre parto vaginal e cirurgia cesariana e que carregam uma série de questões importantes a serem pensadas.

O modo como a atenção obstétrica foi construída se pautou nas relações hierarquizadas já existentes na sociedade, de dominação sobre a mulher, e que coloca ainda outro poder nas mãos dos profissionais médicos, o poder do conhecimento técnico sobre o corpo feminino. O nascimento representa então um evento a ser controlado pelo médico. As experiências vividas, a partir dessa lógica de assistência, experiências marcadas por violências, são contadas e recontadas ao longo da história e vão tecendo conceitos e expectativas que envolvem partos dolorosos e carregados de sofrimento, perpassando até as concepções sobre maternidade, como algo que provoca dor e tem como condição a abdicação.

Após a vivência do parto vaginal ou da cirurgia cesariana, o relato de sua experiência, uma experiência nunca sentida e vivida antes e estreitamente relacionada à qualidade da

assistência recebida, permitiu fazer algumas reflexões sobre a construção de novos sentidos e saberes. E assim se constroem novas histórias, também carregadas de dor ou sofrimento, ou histórias de empoderamento e superação, que serão também contadas e costuradas nas redes de significados que circulam cotidianamente nos diversos espaços sociais.

Na busca por uma melhor compreensão de como o parto e o nascimento estão sendo tratados na literatura científica, foram realizadas duas revisões de literatura que possibilitaram o contato com importantes produções e, conseqüentemente, com valiosas reflexões. Foi possível perceber que este tema pode ser trabalhado de diversos modos, tanto em relação aos procedimentos metodológicos e aportes teóricos, como ao posicionamento ideológico e valorização de saberes. A reflexão sobre quem está tendo voz durante o ciclo gravídico-puerperal remete à importância de ouvir as mulheres atendidas, seus sentimentos em relação a seus processos corporais e como tem se constituído a assistência nesse momento importante para as mulheres que escolhem vivenciar a maternidade.

Esse foi o posicionamento adotado nesta pesquisa, de escutar o que essas mulheres têm a dizer e sobre as oportunidades acessadas ao longo da vida. Posicionou-se ainda sobre quais as mulheres que têm menos garantias ou vivência dos direitos, inclusive sobre espaços de fala e esse foi o motivo da escolha por mulheres atendidas no sistema público de saúde. Vale ressaltar que das sete mulheres consultadas neste estudo, apenas uma concluiu ensino superior e foi esta que demonstrou maior condição de buscar informações baseadas em evidências, de se aprofundar sobre os processos fisiológicos do parto e nascimento e de sentir que poderia reivindicar o parto que desejava, incluindo os procedimentos a serem realizados em seu corpo.

A opção por consultá-las antes e após a gestação se mostrou uma estratégia pouco utilizada, como observado nas revisões de literatura. Além disso, nessa revisão de literatura não foi encontrado nenhum estudo sobre vias de nascimento com o aporte teórico das representações sociais que tenha sido realizado na região Nordeste. Estas questões representaram importantes contribuições deste trabalho.

Este estudo apresentou limitações quanto à entrevista que, por vezes, foi realizada em local com muitos ruídos e estímulos, além das diversas interrupções. Durante a análise dos dados, foi percebido também que alguns aspectos poderiam ter sido mais bem trabalhados se houvesse mais incentivo à fala das mulheres. Outro limite desta pesquisa diz respeito ao não aprofundamento das relações entre a experiência vivida e a transformação nas representações sociais. Assim, aponta-se como pistas futuras a importância de investigações sobre mudanças nas representações sociais, com foco mais definido nas condições nas quais a experiência

transforma as representações sociais. Estudos comparativos também são de grande importância e em muito podem contribuir para o entendimento do complexo cenário da parturição ao apresentar diferentes perspectivas, como comparação entre serviços públicos e privados, estudos realizados com gestantes primíparas e múltiparas, mulheres com parto vaginal prévio e mulheres com cesárea anterior, ou ainda estudos longitudinais.

A compreensão de que a experiência do nascimento ou mesmo a sua expectativa pode motivar a construção de novos sentidos e ainda novas perspectivas sobre os corpos femininos se mostra bastante frutífera pelo entendimento de que as realidades não estão postas e engessadas, mas em um constante movimento de construções e reconstruções. Esta é uma pequena contribuição sobre um dos públicos que precisa e merece ser ouvido e sobre a necessidade de movimentar uma mudança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS. M. F. S.; ALMEIDA. L. M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: UFPE/Ufal, p. 119 – 60, 2005.

ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago./dez., 2016.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atualização das taxas de partos na saúde suplementar**. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula O § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe Sobre Regulamento Técnico Para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática I Ministério da Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.

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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_6_2011.html>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 24 ago. 2017.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.135-149, abr/jun, 1991.

CAMPOS, P. H. F. O estudo da ancoragem das Representações Sociais e o campo da Educação. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 26, n. 63, p. 775-797, set./dez. 2017.

CARNEIRO, M. S. et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das Representações Sociais. **Rev Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 446-453, 2013.

CLEMENTINO, M. O. S.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 452-457, 2008.

DAVIS-FLOYD. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, Austin (Tex), 75, p. 5-23, 2001.

DINIZ, D. Bioética e gênero. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 207-216, 2008.

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

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p.80-91, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.101-116, 2014.

D'ORSI, E. 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, p.154-168, 2014.

FREUD, S. **Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Sexualidade e outros Trabalhos** (1901 – 1905) – Obras Completas – Vol.VII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

GUERREIRO, E. M. et al. Representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na Atenção Primária de Saúde. **Ver. Rene**, v. 14, n. 5, p. 951-959, 2013.

HEGENBERG, L. Evolução histórica do conceito de doença. In: **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-03.pdf>> Acesso em 25 mar. 2018.

HERZLICH, C. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 193-203, 2005.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: **Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; Abr 25-27. p.485-506, 2007.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1303-1311, 2002.

JODELET, D. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M. S. de S.; SHIMIZU, A. de M. (Org.). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JODELET, D. Presença da cultura no campo da saúde. In: ALMEIDA, A. M. de O. et al. (Org). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ – Faculdade de Educação, dez. 1993.

LEAL, M. do C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS–2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009, p. 383-415.

LOPES, A. A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 285-288, 2000.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 645-666, 2005.

MARTINS, A. P. V. A mulher no discurso médico e intelectual brasileiro. In: **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 217-262. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-08.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2018.

MELO, C. P. L. **No tempo da espera**: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife. 2017. 260 f. Tese (Doutorado) – Curso de Sociologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MIGUEL, L. F; BIROLI, F. **Feminismo e Política: uma introdução**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Coord. Maísa Silva de Melo de Oliveira. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>> Acesso em: 16 ago. 2017

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 337-346, abr/jun, 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MÜLLER, E. et. al. **O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania**. Portal de Conferências do Laboratório de Tecnologias Intelectuais (LTI), 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/322>> Acesso em: 27 abr. 2018.

MÜLLER, E.; NEPOMUCENO, M. Mulheres que reivindicam seus corpos: autonomia e corporeidade na hora do parto. In: **18º Encontro da Redor**. Recife, 2014, p. 833 - 846. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/742/680>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, A. C. E. **Uma vez cesárea, sempre cesárea?** Representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre parto normal. 2013. 154f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf> Acesso em: 15 mar. 2018.

PEREIRA, R. R., FRANCO, S. C., BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p.382-388, 2011.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, jul./set., 2011.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L. S.; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Actas Saude Col**. V. 4, n. 4, 2010. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**: Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2017.

RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n.1, p. 236-46, jan., 2018.

ROSENTHAL, G. História de vida vivenciada e história de vida narrada. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 227-249, mai.-ago., 2014.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. (1993). Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.), **O conhecimento no cotidiano**: As representações sociais na perspectiva da psicologia social (p. 19-45). São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

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

SANFELICE, C. F. de O.; SHIMO, A. K. K. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 606-613, Out/dez, 2015.

SHIMIZU, H. E.; PAMELA, X.; SANCHEZ, M. N. Representações Sociais do SUS: um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p.295-306, 2012.

SILVA, F. A. **Representações Sociais da maternidade segundo mães de crianças com deficiência**. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, jan./abr., 2010.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social, Brasília**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, Nov/dez, 2006.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, 2018.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 412 f. Tese (Doutorado) – Curso de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRINDADE, Z. A.; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, I. F. Organização e interpretação de entrevistas: uma proposta de procedimento a partir da perspectiva fenomenológica. In: RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M. (Org.). **Lógicas metodológicas**: trajetos de pesquisa em psicologia. Vitória: UFES – Programa de Pós-Graduação em Psicologia / Gm Gráfica Editora, 2007.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.2, p. 282-289, mar./abr., 2014.

VELOSO, A. M. C. **Gênero, Poder e Resistência**: As mulheres nas indústrias culturais em 11 países. 2013. 341 f. Tese (Doutorado) – Curso de Comunicação, Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

WACHELKE, J. F. R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n.2, p. 313 – 320, 2005.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017.

APÊNDICE A – ARTIGOS LOCALIZADOS A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Categoria 1

	Título	Objetivo	Referência
1	Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais	Identificar as tendências em saúde materna na perspectiva das representações sociais.	CARNEIRO, M. S. et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. <i>Revista Mineira de Enfermagem</i> , v. 17.2, p. 454-461, abr./jun., 2013.
2	O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos	Apreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério, em um contexto regional de serviços públicos de saúde do interior paulista.	PARADA, C. M. G, L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. <i>Interface</i> , Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan./mar., 2008.
3	Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas	Apreender os conteúdos das representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal na atenção básica de saúde.	GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, jan./fev., 2014.
4	Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas	Compreender as representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal.	RODRIGUES, D. P. et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. <i>Online Brazilian Journal of Nursing</i> , v. 12, n. 4, p. 911-22, dez., 2013.
5	Pré-natal é pra quem pode	Identificar as representações sociais sobre gravidez e assistência à saúde em um grupo de mulheres que deram à luz no ano de 2000 no município de Pilar do Sul-SP e que não procuraram assistência pré-natal.	CAVALCANTE, M. A. de A. Pré-natal é pra quem pode! 2002. 94p. Dissertação – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas/SP, 2002.
6	Da gestação ao resguardo: a fala social de agentes de saúde de um	Compreender as representações sociais das agentes de saúde sobre as práticas referentes ao ciclo	SIQUEIRA, T. C. de A. Da gestação ao resguardo: a fala social de agentes de saúde de um assentamento do MST em

	assentamento do MST em Alagoas, Nordeste do Brasil	gravídico-puerperal em um Assentamento Rural de Alagoas organizado pelo MST.	Alagoas, Nordeste do Brasil. 2003. 197p. Dissertação – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
--	--	--	--

Categoria 2

	Título	Objetivo	Referência
1	Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério	Analisar as representações sociais das mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no ciclo gravídico-puerperal.	RODRIGUES, D. P. et al. Representações Sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. <i>Revista Enfermagem UERJ</i> , v. 15, n. 2, p. 197-204, abr./jun., 2007.
2	Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento	Compreender a representação social das puérperas acerca do Alojamento Conjunto (AC)	SOARES, A. V. N.; SILVA, I. A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , São Paulo, v. 37, n. 2, p. 72-80, jun., 2003.
3	O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico	Apreender o senso comum acerca da depressão pós-parto e da experiência materna, elaborado pelas puérperas com sintomatologia depressiva.	SARAIVA, E. R.; COUTINHO, M. da P. de L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. <i>Revista Mal Estar e Subjetividade</i> , Fortaleza, v.8, n.2, p. 505-527, jun., 2008.
4	A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto	Apreender e descrever a estrutura central e periférica das representações sociais de mães puérperas.	SARAIVA, E. R.; COUTINHO, M. da P. de L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. <i>PsicoUSF</i> , Itatiba, v. 12, n.2, p. 319-326, dez., 2007.
5	As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas	Apreender as representações sociais da depressão e da experiência materna elaboradas pelas puérperas com e sem sintomatologia depressiva.	COUTINHO, M. da P. de L.; SARAIVA, E. R. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. <i>Psicologia: ciência e profissão</i> , Brasília, v. 28, n. 2, p. 244-259, jun., 2008.
6	Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação	Apreender as representações sociais sobre amamentação de mulheres da mesma família e de três gerações distintas e identificar continuidades e	MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. <i>Texto & contexto – Enfermagem</i> , Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 432-

		descontinuidades nas práticas e representações relacionadas ao fenômeno e a atuação da enfermagem nesse processo.	41, abr./jun., 2013.
7	Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro	Compreender os significados de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez que tiveram como consequência o parto pré-termo.	SOUZA, N. L.; ARAUJO, A. C. P. F.; COSTA, I. do C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-92, dez., 2011.
8	Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro	Identificar os significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e suas consequências, como o nascimento prematuro e a hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal	SOUZA, N. L.; ARAUJO, A. C. P. F.; COSTA, I. do C. C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , v. 21, n. 3, p. 726-733, mai./jun., 2013.
9	O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho	Analisar as representações sociais de puérperas sobre o cuidado de enfermagem e os ensinamentos recebidos, durante o ciclo puerperal, acerca do autocuidado e do cuidado com seu filho.	RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. <i>Texto & Contexto Enfermagem</i> , v.15, n.2, p. 277-286, 2006.

Categoria 3

Primeiro subgrupo:

	Título	Objetivo	Referência
1	Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram	Conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea de mulheres que os vivenciaram	VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , Brasília, v. 67, n.2, p. 282-289, mar./abr., 2014.
2	Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as	Conhecer elementos da representação social acerca do parto na perspectiva de mulheres que vivenciaram partos normal e cirúrgico.	MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. <i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> , v. 10,

	duas experiências		n. 2, p. 337-346, abr./jun., 2008.
3	"Uma vez cesárea, sempre cesárea"? Representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal	Compreender as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.	NASCIMENTO, A. C. e. Uma vez cesárea, sempre cesárea"? Representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre parto normal. 2013. 154f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013.
4	Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT	Analisar alguns aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeter ao parto normal hospitalar do SUS.	TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez., 2006.
5	Representações sociais sobre o parto domiciliar	Conhecer as representações sociais sobre o parto domiciliar de mulheres que fizeram esta opção diante da escassez de estudos que avaliem esse fenômeno sob uma perspectiva humana, histórica e social.	SANFELICE, C. F. de O.; SHIMO, A. K. K. Representações sociais sobre o parto domiciliar. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 606-613, out./dez., 2015.
6	Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP	Identificar os significados de dar à luz na Casa de Parto sob a óptica de puérperas, conhecer os motivos de dar à luz nesse local e identificar os meios que as levaram a conhecer a Casa de Parto	CLEMENTINO, M. O. S.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. <i>O Mundo da Saúde</i> , São Paulo, v. 32, n. 4, p. 452-457, 2008.

Segundo subgrupo:

	Título	Objetivo	Referência
1	Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres	Compreender, a partir das representações sociais femininas, o protagonismo da mulher na decisão sobre a parturição.	PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. <i>Saúde e Sociedade</i> , São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, jul./set., 2011.
2	A dor e o protagonismo da mulher na	Compreender, pela teoria das representações sociais, as dimensões	PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na

	parturição	socioculturais da dor e seu impacto no protagonismo da mulher na parturição.	parturição. <i>Revista Brasileira de Anestesiologia</i> , Campinas, v. 61, n. 3, p. 376-388, mai./jun., 2011
3	Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde	Investigar representações sociais (RS) de mulheres assistidas (20) e profissionais de saúde (20), sobre a assistência ao parto em maternidades.	SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. <i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, jan./abr., 2010.

Apêndice B – Questionário Socioeconômico**I – Identificação****Nome:****Idade:****Bairro:****Estado civil:****Com quem reside:****Escolaridade:**

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo ()

Profissão/ocupação:**Renda Per Capita:**

Até R\$ 954,00 ()

Entre R\$ 954,00 e R\$ 2.862,00 ()

Entre R\$ 2.862,00 e R\$ 4.770,00 ()

Entre R\$ 4.770,00 e R\$ 6.678,00 ()

Acima de R\$ 6.678,00 ()

Recebe benefício? Não () Sim () Qual? _____

Apêndice C – Roteiro das entrevistas

1ª Entrevista:

- Como é para você ser mãe?
- Como foi o seu nascimento? Sua mãe já conversou com você sobre isso?
- Quais são seus sentimentos sobre o nascimento?
- Como você descobriu a gravidez?
- Como está sendo o pré-natal? Como foi a escolha da maternidade?
- Quais são as experiências de parto da sua família e das suas amigas? Você conversa com alguém sobre parto e nascimento?
- Já escutou relato de outras mulheres?
- Como deseja o nascimento? Por quê?
- Qual a opinião do pai, amigos ou familiares?
- O que você espera do seu médico em relação ao momento de nascimento do seu bebê?
- Já conversou sobre isso durante o pré-natal?
- Participa ou participou de grupo informativo?
- Foi indicação do obstetra ou outro membro da equipe?
- Quem gostaria que fosse seu/sua acompanhante no momento do nascimento?
- Faz algum tipo de preparação para o nascimento?

2ª Entrevista:

- Conte-me como foi a experiência do nascimento, desde o momento em que entrou em trabalho de parto (se entrou), até o nascimento.
- Sentimentos vivenciados durante o nascimento
- Alguma coisa que marcou positiva ou negativamente
- O que você faria de diferente se pudesse vivenciar novamente esse momento? E igual?
- Se você tivesse que contar para uma mulher que não tem filhos, o que diria?

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – R resolução 466/12)

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa Representações sociais e protagonismo da mulher na escolha sobre a via de nascimento, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Arruda de Vasconcelos. Esta pesquisa está sob a orientação de Renata Lira dos Santos Aléssio.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A presente pesquisa tem como objetivo analisar a decisão e expectativas quanto ao tipo de nascimento por mulheres em sua primeira gestação e atendidas no sistema público de saúde, bem como conhecer como percebem as informações recebidas no pré-natal e acolhimento sobre suas decisões.
- Para a coleta de dados, serão utilizados questionários e entrevistas semiestruturadas. No questionário, constarão informações socioeconômicas, com o objetivo de melhor compreender a realidade econômica e social, o acesso aos bens e serviços e escolaridade das participantes.
- Serão realizadas duas entrevistas. A primeira, durante a gestação, com o objetivo de verificar e apreender suas expectativas e escolhas quanto ao nascimento. A segunda, após o nascimento, para compreender o desfecho do processo. As entrevistas serão agendadas em dia e lugar escolhidos pela participante de acordo com sua conveniência e realizadas individualmente, com tempo livre, registradas em áudio, para posterior transcrição.
- A presente pesquisa não propõe a utilização de nenhum procedimento invasivo e, desse modo, apresenta risco mínimo às participantes. No entanto, existe a possibilidade do surgimento de algum desconforto emocional, que será minimizado, a partir da descrição clara dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como da garantia do anonimato sobre as informações por elas fornecidas. A participante tem ainda a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa.
- Os resultados e reflexões realizadas a partir desta pesquisa trarão benefícios para a população estudada, por meio de maiores clarificações e compreensões acerca do processo de escolha da via do parto e do evento em si, a partir da experiência das próprias gestantes. Embora as entrevistas não possuam objetivo terapêutico, podem representar um momento de acolhimento e escuta. Além disso, proporcionarão ampliação do conhecimento em relação à atenção obstétrica, favorecendo reflexões, por profissionais, mulheres e outros interessados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, questionários) ficarão armazenados em pastas de arquivo e/ou computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Arruda de Vasconcelos, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo Representações sociais e protagonismo da mulher na escolha sobre a via de nascimento, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a nenhuma penalidade.

Recife, _____ de _____ de 2018

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(Duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: