

**MÍRIAM RÊGO DE CASTRO**

**RESSIGNIFICANDO-SE COMO MULHER NA  
EXPERIÊNCIA DO PARTO:  
EXPERIÊNCIA DE PARTICIPANTES DE  
MOVIMENTOS SOCIAIS PELA HUMANIZAÇÃO DO  
PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.a Dr.a Maria Luiza Gonzalez  
Riesco

Co-orientadora: Prof.a Dr.a Margareth Angelo

Versão Corrigida.

A versão original está disponível na Biblioteca da EEUSP

**SÃO PAULO**

**2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU  
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE  
CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castro, Míriam Rêgo de

Ressignificando-se como mulher na experiência do  
parto: experiência de participantes de movimentos sociais  
pela humanização do parto / Míriam Rêgo de Castro. – São  
Paulo, 2014.

174 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Gonzalez Riesco

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth Angelo

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem Obstétrica 2. Gravidez 3. Parto  
4. Movimentos sociais I. Título

## Folha de Aprovação de Doutorado

Nome: Míriam Rêgo de Castro

Título: Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que participaram desta pesquisa e todos os ativistas que lutam para transformar o mundo, mudando a forma de nascer.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração a todos que me ajudaram neste percurso. Muitos foram os obstáculos enfrentados e sem a colaboração de tantas pessoas maravilhosas que cruzaram meu caminho nestes quatro anos, eu não teria chegado até aqui.

Alguns nomes merecem meu destaque:

A Professora orientadora Maria Luíza Gonzalez Riesco, que aceitou o desafio de me orientar, acreditou em mim e se dedicou de corpo e alma durante todo o percurso

A Professora Margareth Angelo, que me ensinou com tanta competência a produzir uma Teoria Fundamentada nos Dados

A Rosa Rêgo de Castro e Leonam Jardim de Castro, os melhores pais do mundo

A Daniel de Castro Leão e Felipe de Castro Leão, os melhores filhos do mundo

A Alexandre Portilho Carneiro, o melhor namorado e companheiro do mundo

A Leonora Rêgo de Castro e Marcos Rêgo de Castro, os melhores irmãos do mundo

A Camila Schneck, Sônia Lansky, Sibylle Vogt, Nágela Santos, Nelci Muller, Deborah Esquarcio, Marcos Nascimento, Natália Horta, Samira Auxiliadora, Odete Pregal, Janaína Gomes, Vânia Brandenberger e Patrícia Mourão, minhas amigas especiais

A Ivani Firmo, minha ajudante fiel

A Adriana Bizzotto, por seu cuidado zeloso

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, aos colegas da pós, as professoras e todos os funcionários

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, aos colegas da pós, as professoras e todos os funcionários

Ao grupo Ishtar BH e todas as mulheres que dele participam

A ONG Bem Nascer e todas as mulheres que dela participam

A PUC Minas, aos meus alunos, aos colegas professores e todos os funcionários

Ao Hospital Sofia Feldman e todos os seus trabalhadores, onde tudo isso começou...

*Eu apenas queria que você soubesse  
Que aquela alegria ainda está comigo  
E que a minha ternura não ficou na estrada  
Não ficou no tempo presa na poeira*

*Eu apenas queria que você soubesse  
Que esta menina hoje é uma mulher  
E que esta mulher é uma menina  
Que colheu seu fruto flor do seu carinho*

*Eu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta  
Que hoje eu me gosto muito mais  
Porque me entendo muito mais também*

*E que a atitude de recomeçar é todo dia toda hora  
É se respeitar na sua força e fé  
E se olhar bem fundo até o dedão do pé*

*Eu apenas queria que você soubesse  
Que essa criança brinca nesta roda  
E não teme o corte das novas feridas  
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida...*

— Gonzaguinha

Castro MR. Resignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

## RESUMO

**Introdução:** A medicalização do parto é uma transformação cultural que influenciou a capacidade de enfrentamento autônomo da experiência de parir. As redes e movimentos sociais pela humanização do parto são apontados como promotores da autonomia no exercício do direito à saúde, na medida em que possibilitam apoio mútuo, compartilhamento de experiências e mobilização coletiva das mulheres para reivindicarem seus direitos no parto. **Objetivos:** 1) Compreender o significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto, a trajetória de gestação e parto dessa mulher e como essa participação influencia sua experiência de gestação e parto; 2) Elaborar um modelo teórico explicativo da experiência de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto. **Método:** Pesquisa qualitativa, conduzida pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico e referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. O cenário do estudo foi constituído por grupos de usuárias do movimento pela humanização do parto, em Belo Horizonte (MG). Os sujeitos foram 15 mulheres e os dados foram obtidos por meio de observação participante, entrevistas intensivas e análise textual de relatos de parto. **Resultados:** Foram construídas as categorias “Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”, “Conquistando o protagonismo no processo do parto” e “Resignificando a experiência vivida”, que permitiram compreender a trajetória de gestação e parto da mulher que integra os movimentos sociais pela humanização do parto. A análise e o modo como estas categorias interagem possibilitaram identificar a categoria central “Resignificando-se como mulher na experiência do parto”. O modelo teórico explicita o movimento da mulher de resignificar-se na experiência do parto, participando de uma engrenagem capaz de resignificar culturalmente o parto, na medida em que cada mulher compartilha sua experiência e convida outras mulheres para participarem dos movimentos sociais pela humanização do parto. Deste modo, contribui para uma resignificação cultural do parto como experiência fortalecedora para a mulher e com significado de superação e prazer. Ao resignificar-se como mulher, ela se considera uma pessoa mais forte, capaz de cuidar de si e dos filhos, capaz de tudo o que desejar e transformada por sua experiência de parto. Mesmo quando não consegue parir, considera que a mulher tem direito de viver o parto como um evento que fortalece sua feminilidade e deseja lutar por esse direito, para que outras mulheres se superem e experimentem o prazer de parir. **Conclusão:** De modo consensual, as mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto compartilham entre si o significado do parto como experiência de superação e prazer. Esse processo contínuo, ao longo do tempo, é capaz de modificar a estrutura social que sustenta o significado do parto como sofrimento e risco e de resignificar culturalmente o parto, sendo de grande relevância para países como o Brasil, com elevadas taxas de intervenções no parto, em especial, de cesarianas desnecessárias e indesejadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado. Autonomia Pessoal. Participação Social. Enfermagem Obstétrica. Teoria Fundamentada nos Dados.

Castro MR. Reframing herself as a woman in childbirth experience: experience of participants in social movements for the humanization of birth [thesis]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

## ABSTRACT

**Introduction:** The medicalization of childbirth is a cultural change that has affected women's empowerment to face their childbirth experience. Social networks and consumer movements for childbirth humanization are seen as promoters of women's autonomy on health right performance as they provide mutual support, the sharing of experiences and social mobilization of women to claim their rights in childbirth. **Aims:** 1) To understand the meaning according to woman's perspectives on her involvement in social movements for the humanization of childbirth, her pathway during pregnancy and childbirth and how her own participation in the social movement have influenced pregnancy and birth experiences; 2) To develop a theoretical model in order to explain the experience of pregnancy and childbirth of woman participating in social movements for the humanization of childbirth. **Method:** Qualitative research carried out using the theoretical framework of Symbolic Interactionism and the methodological framework of Grounded Theory. The study setting consisted of consumer health groups connected to the childbirth humanization movement in Belo Horizonte (MG), Brazil. Data were collected through participant observation of the social movements groups as well as intensive face to face interviews and textual birth reports with fifteen women. **Results:** Analysis of the data elicited a number of themes. These included "Breaking barriers searching for an experience of normal childbirth", "Conquering to place herself at the centre of her process of childbirth" and "Reframing the experience" which allowed us to understand the pregnancy and childbirth stories of the woman who engaged in the movement for the humanization of childbirth. Further analysis of the interaction of these categories identified a core category: "Reframing herself as a woman in the experience of childbirth". The theoretical model explains how woman reframed herself in the experience of childbirth as each woman shares her experience and invites other women to join the movement to humanize childbirth. The movement therefore contributed to a cultural redefinition of childbirth as an empowering experience for woman and a source of resilience and pleasure. By reframing herself as a woman she considered herself a stronger person, able to care for herself and her children, able to make whatever she wants, and transformed by her experience of childbirth. Even when she can't give birth, believes that women have a right to live childbirth as an event that strengthens their femininity and want to fight for this right, in order that other women might also experience the pleasure of giving birth. **Conclusion:** Women who participate in social movements for the humanization of childbirth share among themselves the meaning of the childbirth as an experience of overcoming and pleasure. Over time, this process is able to change the dominant notion of childbirth as suffering and risky and to culturally reframe childbirth. This process is of great relevance in countries like Brazil, with high rates of intervention in childbirth, specially, unnecessary and unwanted caesarean section.

**KEYWORDS:** Humanizing Delivery. Personal Autonomy. Social Participation. Midwifery. Grounded Theory.



Castro MR. Resignificándose como mujer en la experiencia del parto: experiencia de participantes de movimientos sociales por la humanización del parto [tesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

## RESUMEN

**Introducción:** La medicalización del parto es una transformación cultural que influyó en la capacidad de afrontamiento autónoma de la experiencia de dar a luz. Redes y movimientos sociales por la humanización del parto son vistos como promotores de la autonomía en el ejercicio del derecho a la salud, en la medida en que permiten el apoyo mutuo, el intercambio de experiencias y la movilización colectiva de las mujeres para hacer valer sus derechos en el parto. **Objetivos:** 1) Entender el significado para la mujer de su participación en los movimientos sociales por la humanización del parto, la trayectoria de la gestación y parto de esta mujer y cómo esta participación influye en su experiencia del embarazo y parto; 2) Desarrollar un modelo teórico para explicar la experiencia del embarazo y de parto de mujeres que participan en los movimientos sociales para la humanización del parto. **Método:** Investigación cualitativa conducida por el marco teórico del Interaccionismo Simbólico y el marco metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos. El ámbito del estudio consistió en grupos de usuarias del movimiento por la humanización del parto en Belo Horizonte (MG), Brasil. Los sujetos fueron 15 mujeres y los datos fueron recolectados a través de la observación participante, entrevistas intensivas y análisis textual de reportes de parto. **Resultados:** Se construyeron las categorías "Rompiendo barreras en busca de una experiencia de parto normal", "La conquista del protagonismo en el proceso del parto" y "Resignificando la experiencia", lo que permitió entender la trayectoria del embarazo y parto de la mujer que integra los movimientos sociales por la humanización del parto. El análisis y el modo cómo estas categorías interactúan posibilitaron identificar la categoría central "Resignificándose como mujer en la experiencia del parto". El modelo teórico explica el movimiento de la mujer de replantear la experiencia del parto, participando de un engranaje capaz de enmarcar culturalmente el parto, en la medida en que cada mujer comparte su experiencia e invita a otras mujeres a unirse a los movimientos sociales por la humanización del parto. De este modo, contribuye a la redefinición cultural de parto como una experiencia potenciadora para la mujer y con el significado de superación y placer. Al redefinirse como mujer, ella se considera una persona más fuerte, capaz de cuidar de sí misma y de sus hijos, capaz de cualquier cosa que quiera, transformada por su experiencia de parto. Aun cuando no se puede dar a luz, cree que las mujeres tienen derecho a vivir el parto como un evento que refuerza su feminidad y quiere luchar por este derecho, para que otras mujeres se superen y experimenten el placer de dar a luz. **Conclusión:** De manera consensuada, las mujeres que participan de los movimientos sociales por la humanización del parto comparten entre sí el significado del parto como una experiencia de superación y placer. Este proceso continuo, con el tiempo, es capaz de cambiar la estructura social que mantiene el significado del parto como sufrimiento y riesgo y replantear culturalmente el parto, con gran relevancia en países como Brasil, que poseen altas tasas de intervenciones en el parto y de cesarianas desnecesarias y no deseadas.

**PALABRAS-CLAVE:** Parto Humanizado. Autonomía Personal. Participación Social. Enfermería Obstétrica. Teoría Fundamentada en los Datos.

## LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1: Evolução das taxas de cesariana em alguns países.....</i>	<i>2</i>
<i>Quadro 2: Caracterização das participantes .....</i>	<i>36</i>
<i>Quadro 3: Exemplo de marcação da entrevista em segmentos de dados e codificação .....</i>	<i>43</i>
<i>Quadro 4: Exemplo de codificação.....</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 5: Exemplo de categorização.....</i>	<i>46</i>

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1: Exemplo de relação entre códigos, componentes da subcategoria, subcategoria e categoria.....</i>	<i>47</i>
<i>Figura 2: Categoria “Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”, suas subcategorias e componentes .....</i>	<i>49</i>
<i>Figura 3: Categoria “Conquistando o protagonismo no processo do parto”, suas subcategorias e componentes .....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 4: Categoria “Ressignificando a experiência vivida”, suas subcategorias e componentes.....</i>	<i>124</i>
<i>Figura 5: Modelo teórico “Ressignificando-se como mulher na experiência do parto” .....</i>	<i>145</i>

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 O cenário da medicalização do parto no Brasil e no mundo .....	1
1.2 As mulheres frente ao cenário de medicalização do parto.....	9
1.3 A autonomia das mulheres em questão.....	14
1.4 Movimentos de humanização do parto frente ao cenário de medicalização no Brasil .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>25</b>
3.1 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico .....	25
3.2 Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados.....	30
3.3 Contexto da pesquisa.....	32
3.4 Participantes .....	35
3.4.1 Caracterização das participantes.....	36
3.5 Coleta de dados.....	38
3.5.1 Observação participante.....	38
3.5.2 Entrevista.....	39
3.5.3 Relato de parto .....	41
3.6 Análise dos dados .....	41
3.7 Aspectos éticos.....	48
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
4.1 Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal .....	49
4.1.1 Engravidando e querendo ter parto normal .....	50
4.1.2 Descobrimo um novo significado da experiência do parto.....	62
4.1.3 Preparando-se para o parto.....	70
4.2 Conquistando o protagonismo no processo do parto.....	80
4.2.1 Sentindo e fazendo o parto acontecer.....	82
4.2.2 Enfrentando desafios durante a experiência .....	98
4.3 Ressignificando a experiência vivida .....	123
4.3.1 Sentindo-se poderosa com a experiência de parir.....	125
4.3.2 Lidando com a frustração por não parir .....	129

4.3.3 Contribuindo para a ressignificação cultural do parto .....	137
<b>4.4 Modelo teórico: ressignificando-se como mulher na experiência do parto .....</b>	<b>143</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>149</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>162</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE 2: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA .....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO 1:.....</b>	<b>174</b>

# 1 INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

## 1.1 O cenário da medicalização do parto no Brasil e no mundo

A evolução científica e cultural ocorrida ao longo das últimas décadas influenciou de maneira significativa os hábitos e o modo de vida das pessoas. O parto, especialmente no mundo ocidental, deixou de ser vivenciado como um evento natural e familiar para ser um evento médico e hospitalar. A experiência pessoal, privada e íntima compartilhada apenas com outras mulheres no domicílio, passou a ser acompanhada por profissionais de saúde no ambiente hospitalar.

No Brasil, o cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas, principalmente, a partir da segunda metade do século XX, quando passou a ser um evento hospitalar. Este processo foi fundamental para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente e a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade (Nagahama, Santiago, 2005).

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas de outra maneira no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos (Tesser, 2006). No caso em questão, a medicalização contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, em especial, a imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto.

---

<sup>1</sup> Parte do texto da Introdução foi publicada em artigo de opinião de Leão et al. (2013).

O Ministério da Saúde (MS) afirma que, apesar do processo de institucionalização do parto ter sido a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher, no Brasil, e dos benefícios alcançados com essa ação, a parturiente foi separada da sua família e submetida às ordens dos profissionais de saúde, o que gerou insegurança na mulher. O preço da melhoria das condições de assistência ao parto foi a sua “desumanização” e “medicalização” e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo (Brasil, 2001; Nagahama, Santiago, 2005).

As indicações para intervir no processo de parto, como a cesariana, aumentaram significativamente, na medida em que as técnicas anestésicas e cirúrgicas permitiram maior segurança para sua realização.

Segundo Viswanathan et al. (2006), a tendência de aumento da taxa de cesariana é um fenômeno mundial. Porém, dentre alguns países selecionados abaixo, apenas o Brasil e o México têm taxas que superam 40%.

**Quadro 1: Evolução das taxas de cesariana em alguns países**

<b>País</b>	<b>Taxa cesárea % (ano)</b>	<b>Taxa cesárea % (ano)</b>	<b>Taxa cesárea % (ano)</b>
Brasil	39 (1994)	37 (1996)	44 (2005)
México	24 (1990)	28 (2000)	42 (2009)
EUA	23 (1990)	23 (2000)	32 (2008)
Austrália	18 (1990)	23 (2000)	31 (2008)
Canadá	17 (1990)	21 (2000)	27 (2008)
Reino Unido	16 (1995)	21 (2001)	24 (2008)
N. Zelândia	15 (1990)	20 (2000)	24 (2009)
Israel	14 (1998)	16 (2000)	19 (2009)
Noruega	13 (1990)	14 (2000)	17 (2008)
Finlândia	15 (1990)	16 (2000)	16 (2009)
Holanda	9 (1990)	12 (2000)	14 (2008)

Fonte: OECD (2012); RIPSAs (2007).

Estudo sobre taxas de cesariana de 126 países publicado por Bétran et al. (2007) evidenciou que, apesar da distribuição desigual, 15% dos nascimentos em todo o mundo ocorrem por cesariana. A América Latina e o Caribe apresentaram as taxas mais elevadas (29,2%) e a África apresentou a menor proporção (3,5%). Na região da América Latina e Caribe, as taxas nacionais variaram de 1,7% no Haiti e 7,9% em Honduras a 39,1% no México, 36,7% no Brasil, 31,3% na República Dominicana e 30,7% no Chile. Na Europa, a proporção média de nascimentos por cesariana foi de 19%, com taxas mais elevadas na Itália (36%) e Portugal (30,2%) e taxas mais baixas na Sérvia e Montenegro (8%) e Moldávia (6,2%). Nas regiões mais desenvolvidas, incluindo Europa, América do Norte, Japão, Austrália e Nova Zelândia, as taxas variaram entre 6,2% e 36%, com uma média de 21,1%.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios, evidenciou as altas taxas de cesariana praticadas no Brasil. No total, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas Regiões Sudeste (52%) e Sul (51%), entre as mulheres com mais de 35 anos (61%) e entre as brancas (49%). O percentual de partos cirúrgicos em mulheres com 12 ou mais anos de estudo foi de 83% e no sistema de saúde suplementar, 81% (Brasil, 2008b).

Dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Indicadores e Dados Básicos Saúde confirmam os achados da PNDS e evidenciam que a proporção de cesarianas entre os partos hospitalares aumentou de 39% em 1994 para 44,2% em 2005. Considerando a escolaridade materna, observou-se maior taxa conforme os anos de estudo, sendo 26,8% a proporção entre mulheres com menos de três anos de escolaridade e 69,2% entre mulheres com 12 anos ou mais (RIPSA, 2007).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, atualmente, a proporção de cesarianas no setor suplementar supera os 80%, enquanto na rede própria e conveniada/contratada do Sistema Único de Saúde (SUS), os valores estão em torno de 30%. Em 2008 a taxa no setor suplementar foi de 84,5% (Brasil, 2008a).



Coortes de nascimentos realizadas em três importantes cidades do Brasil revelaram taxas de cesariana de 50,8% em Ribeirão Preto (SP) (1994), 33,7% em São Luiz (1997-1998) e 45,4% em Pelotas (RS) (2004). A proporção de prematuridade ao nascer foi de 12,5%, 12,6% e 15,3% e de baixo peso ao nascer 10,7%, 7,6% e 10% respectivamente. A maior proporção de baixo peso ao nascer em Ribeirão Preto, cidade com melhores condições sociais e econômicas que São Luiz, revelou um paradoxo se considerarmos que o baixo peso ao nascer é menos comum entre recém-nascidos de maior nível socioeconômico (Barros et al., 2006; Silva et al., 2006).

Em Pelotas, os dados da coorte de nascimentos realizada em 1993 comparados aos de 2004, demonstram um aumento de 50% da taxa de cesárea (30,5% para 50,8%) e de prematuridade (7,5% para 15,3%). Os autores sugerem que há necessidade de investigar a relação entre o aumento de cesarianas e de prematuridade, considerando uma maior concentração de prematuros entre 35 e 36 semanas de gestação e também uma maior concentração de cesarianas nos hospitais privados em relação à rede própria e conveniada/contratada do SUS (84,5% vs 36,4%) (Barros et al., 2006).

Dados comparativos das coortes de nascimentos de 1978-1979 e de 1994 de Ribeirão Preto evidenciaram variação no número de nascimentos em hospitais privados, assim como na taxa de cesariana, de 30,3% para 50,8%. A taxa de prematuridade aumentou de oito para 14,4% e o percentual de bebês com peso ao nascer menor que 3000 gramas aumentou de 28,1% para 36,6%. Variáveis como idade materna maior que 30 anos, número de consultas de pré-natal maior ou igual a quatro e peso ao nascer entre 3500 e 3999 gramas foram associadas ao nascimento por cesariana. Algumas variáveis relacionadas aos serviços de saúde também foram associadas à cesariana e merecem destaque, como o dia da semana, o horário do nascimento e ser assistida no parto pelo mesmo médico que realizou o pré-natal, evidenciando que razões não médicas podem estar contribuindo para o aumento da taxa cesariana em Ribeirão Preto (Gomes et al., 1999).

Investigação pioneira realizada na base de dados do Sistema de Seguridade de Saúde da Companhia de Água e Esgoto do Estado de São Paulo, entre 2004 e 2009, identificou evidências de indução de demanda de cesariana pelo provedor. Considerando que o médico obstetra recebe maior remuneração pelo parto cirúrgico, essa diferença aumentou a chance da parturiente ter esse tipo de parto. Os resultados corroboraram achados de outros estudos que apontam fatores não clínicos como mais importantes que os clínicos, na realização da cesariana no Brasil (Santos, 2011).

Em Belo Horizonte, segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), em 2012, as taxas de cesariana nos estabelecimentos privados oscilaram entre 64,1% e 91,8%, enquanto nos públicos ou conveniados com o SUS, oscilaram entre 22,4% e 36,7% (Belo Horizonte, 2012). Ressalta-se que, segundo a Organização Mundial da Saúde, não há evidências que justifiquem taxas regionais de cesariana superiores a 15% (WHO, 1985).

Segundo Consenso do *Nacional Institute of Health* dos Estados Unidos, sobre “cesariana a pedido”, a taxa ideal deve ter como base a maximização dos melhores resultados maternos e neonatais, considerando os recursos médicos e de saúde disponíveis e as preferências maternas. Assim, a taxa ideal irá variar ao longo do tempo e entre as diferentes populações de acordo com as circunstâncias individuais, locais e sociais (NIH, 2006).

Considerando a necessidade de maximizar resultados maternos e neonatais, ressalta-se a relação entre mortalidade materna, infantil e neonatal e a taxa de cesariana evidenciada pelo estudo ecológico de Bétran et al. (2007). Os autores identificaram associação inversa entre taxas de cesariana e a razão de mortalidade materna (RMM), embora a força da associação enfraquecesse com a diminuição da RMM, mostrando uma relação positiva, em vez de inversa, em níveis muito baixos de mortalidade. Um padrão semelhante também foi encontrado para de mortalidade infantil e neonatal.

Essa realidade evidencia que o uso abusivo da cesariana pode causar mais dano que benefício e ilustra o que Illich (1981) conceitua como contra

produtividade. A contra produtividade é descrita como uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções como, por exemplo, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. No caso em questão, a cesariana que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A consequência da contra produtividade é a perda da sinergia produtiva entre as ações de saúde autônomas, produzidas pelos indivíduos no meio social, e as ações de saúde heterônomas, produzidas pelos profissionais de saúde institucionalizados e especializados. O desequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas, com predominância de ações heterônomas, induz a um círculo vicioso de contra produtividade, que produz a ilusão da necessidade de mais ação heterônoma para corrigir os efeitos indesejáveis e paradoxais produzidos (Ilich, 1981). Em relação ao parto, a medicalização influenciou a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de parir, gerando dependência excessiva, heteronomia e um consumo abusivo e contra produtivo de cesarianas.

Em publicação da Biblioteca Cochrane, os revisores registraram que não há ensaios clínicos que comparem os riscos e os benefícios da cesariana planejada a termo sem razões médicas reais, ou seja, desnecessária, com os riscos e benefícios da tentativa de parto vaginal, mas apontam para a necessidade urgente de revisões de estudos observacionais e síntese de estudos qualitativos sobre os efeitos a curto e longo prazo da cesariana e do parto vaginal (Lavender et al., 2009).

Análise de resultados neonatais de 5.762.037 nascidos vivos e 11.897 mortes infantis nos Estados Unidos evidenciou taxas de mortalidade neonatal de 1,77 na cesariana eletiva (antes do início do trabalho de parto) e 0,62 no parto vaginal de gestantes sem fatores de risco, incluindo mortalidade por hipóxia intra-útero e asfixia (MacDorman et al., 2006).

A associação entre morbidade respiratória neonatal (síndrome do desconforto respiratório, taquipnéia transitória do recém-nascido e hipertensão pulmonar persistente) e cesariana eletiva foi evidenciada por uma coorte realizada na Dinamarca com 34.458 bebês nascidos de janeiro de 1998 a dezembro de 2006. A incidência de morbidade neonatal grave foi

inversamente proporcional à idade gestacional no momento da cesariana. Os resultados se mantiveram após a exclusão de gestações complicadas por diabetes, pré-eclâmpsia ou hipertensão, crescimento intrauterino restrito e apresentação pélvica. Os autores concluíram que a cesariana eletiva elevou de duas a quatro vezes o risco de morbidade respiratória neonatal comparada ao parto vaginal (Hansen et al., 2008).

Resultados maternos e perinatais de 97.095 nascimentos, em oito países latino-americanos, evidenciaram um percentual de óbitos maternos maior nas gestantes sem fatores de risco que foram submetidas à cesariana eletiva que nas gestantes que tiveram parto vaginal e maior percentual de óbitos neonatais até a alta hospitalar. A morbidade materna também foi maior na cesariana eletiva, incluindo necessidade de histerectomia, transfusão sanguínea, antibioticoterapia, admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) e permanência hospitalar por mais que sete dias. Os resultados neonatais de cesarianas realizadas eletivamente foram piores que os resultados de cesarianas realizadas após início espontâneo do trabalho de parto (Villar et al., 2006).

Em revisão narrativa sobre o impacto da cesariana eletiva nos desfechos respiratórios neonatais, Ramachandrappa e Jain (2008) ponderam que há evidências de alta incidência de complicações respiratórias (taquipnéia transitória, deficiência de surfactante e hipertensão pulmonar) e internação neonatal em UTI entre bebês nascidos de mulheres que não entraram em trabalho de parto. Obviamente, como apontam os autores, a incidência de tocotraumatismo, asfixia ao nascimento e síndrome de aspiração meconial é menor nessa população.

Quanto à taxa de episiotomia, intervenção cirúrgica realizada no períneo no parto vaginal, não há dados disponíveis nos sistemas de informação nacionais, uma vez que apenas a via de parto (vaginal, fórceps ou cesariana) é registrada na Declaração de Nascido Vivo e no SINASC. Segundo dados da PNDS publicados em 2006, a episiotomia foi realizada em 70% dos partos vaginais, e assumiu proporções mais baixas apenas em partos de mulheres com mais de três filhos (Brasil, 2008b).

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane evidenciou, por meio de uma metanálise de oito ensaios clínicos randomizados, com um total de 5.541 mulheres, que a realização de episiotomia de forma restritiva foi associada a menor incidência de trauma na região posterior do períneo, menor necessidade de sutura e menor incidência de complicações no processo de cicatrização, quando comparada à realização de episiotomia de forma rotineira. Não houve diferença significativa quanto à incidência de trauma perineal severo, dispareunia, dor intensa e incontinência urinária. A incidência de trauma na região anterior do períneo foi maior no grupo da episiotomia restritiva, mas os revisores concluíram que há mais benefícios associados à política de episiotomia restritiva (Carroli, Mignini, 2009).

Apesar das evidências científicas e da maioria dos protocolos institucionais recomendarem a episiotomia restritiva, estudo sobre sua incidência no mundo revelou que há uma tendência de decréscimo das taxas de episiotomia em alguns países, mas há significativa necessidade de redução, especialmente em países em desenvolvimento. Os autores identificaram as seguintes variações nas taxas: 65,3% (Argentina) a 95,9 (Chile) nos países da América Latina; 9,7% (Suécia) a 33,9% (Finlândia) nos países do norte europeu, 13% (Inglaterra) a 87% (Espanha) nos países do oeste europeu, 11% (Nova Zelândia) a 16,2% (Austrália) na Oceania e 14% (Burkina Faso) a 67,5% (África do Sul) na África. A taxa no Brasil, entre 1995 e 1998, foi de 94,2% (Graham et al., 2005).

Diniz (2009) destaca que, no Brasil, no cenário da atenção ao parto convive-se com o pior dos dois mundos: “o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada”. Alerta, ainda, que a adoção da “cesárea de rotina” no setor privado e o parto vaginal com intervenções de rotina, como a episiotomia, no setor público, desconsideram as evidências científicas e as reais necessidades de saúde da população. Assim, os serviços de saúde brasileiros oferecem as mulheres ou um parto vaginal com intervenções rotineiras desnecessárias e dolorosas ou a cesariana, e as mulheres têm que escolher entre “o ruim e o pior”.

Esse cenário de medicalização do nascimento nos faz refletir sobre a seguinte questão: As mulheres brasileiras preferem cesariana ou parto normal?

## **1.2 As mulheres frente ao cenário de medicalização do parto**

Embora o aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda seja parcialmente atribuído ao pedido da mulher, revisão sistemática sobre a preferência das mulheres pela cesariana concluiu que apenas uma minoria delas, em uma ampla variedade de países, manifestou preferência por essa via de parto. A revisão, que incluiu 38 estudos (n = 19 403), indicou uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6% (95% IC 12,5-18,9) e mostrou que essa foi maior entre as mulheres com cesariana anterior, em comparação àquelas sem cesariana prévia (29,4%; 95% IC 24,4-34,8 vs 10,1%; 95% CI 7,5-13,1), e entre as que moram em países de renda média, em comparação àquelas que moram em países de alta renda (22,1%; 95% IC 17,6-26,9 vs 11,8%; 95% CI 8,9-15,1) (Mazzoni et al., 2011).

Em relação aos motivos que influenciam a preferência das mulheres pelo tipo de parto, Nur e Creden (2012) conduziram revisão sistemática que incluiu 30 estudos (18 com metodologia quantitativa e 12 com metodologia qualitativa). Independentemente do tipo de parto preferido pela mulher, as questões de segurança, medo, recuperação pós-parto, expectativas em relação ao parto e informações recebidas dos profissionais de saúde foram apontados como os fatores que mais influenciam a tomada de decisão das mulheres quanto ao tipo de parto.

Estudos observacionais realizados sobre preferência da via de parto pelas mulheres usuárias da rede pública e do setor suplementar de saúde, no Brasil, evidenciam que a maioria prefere o parto normal. Dentre os principais motivos referidos para esta preferência está a recuperação mais rápida após o parto. Apesar disso, a cesariana é a via de parto da maioria das usuárias do setor suplementar de saúde, o que põe em risco a autonomia e a satisfação feminina com a experiência de parir (Barbosa et al., 2003; Dias et al., 2008; Faúndes et al., 2004; Potter et al., 2001; Potter et al., 2008).

Estudo Latino Americano sobre Cesarianas-ELAC que envolveu 40 hospitais de cinco países (Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala e México) investigou a opinião das mulheres sobre a forma de parto preferida, em hospitais da rede própria e conveniada/contratada do SUS, no Brasil. Foram pesquisados quatro hospitais no Estado de São Paulo e quatro em Pernambuco, que realizavam mais de 1.000 partos/ano e tinham taxas de cesariana maior que 15%. Os resultados referentes a 656 mulheres e 147 médicos entrevistados mostraram um contraste entre o que os médicos declararam perceber como sendo a opinião das mulheres e o que as próprias mulheres manifestaram como preferência. Além do equívoco quanto à via de parto preferida pelas mulheres, que foi majoritariamente a via vaginal e não a cesariana, como os médicos supunham, houve uma total discrepância entre os motivos que os médicos percebiam para esta preferência e a opinião das mulheres. Os médicos relataram que a principal razão da preferência pela cesariana era o medo da dor do parto normal, porém, as mulheres relataram ter preferência pelo parto normal devido à dor pós-cesariana. Não houve diferenças significativas quanto a esses resultados segundo o tipo de hospital (Faúndes et al., 2004).

Em uma coorte prospectiva, Potter et al. (2001) entrevistaram 1.136 mulheres grávidas usuárias do setor público e suplementar em quatro capitais brasileiras: Belo Horizonte, Natal, Porto Alegre e São Paulo. As entrevistas foram realizadas no início da gravidez, um mês antes da data provável do parto e um mês após o parto. Antes do parto, 80% a 90% das gestantes (nulíparas e multíparas com história de parto normal) preferiam parto normal, não havendo diferenças entre a preferência no setor público e suplementar. Entretanto, as taxas de cesariana foram de 72% entre as mulheres atendidas no setor suplementar e 31% no setor público, sendo as cirurgias programadas ou eletivas mais frequentes entre as mulheres atendidas no setor suplementar. O tempo entre a admissão em trabalho de parto e a realização da cesariana também foi significativamente menor entre as mulheres atendidas no setor suplementar.

Estudo com dados referentes às indicações de cesariana na coorte acima citada mostra que a proporção de cesarianas eletivas foi de 64,4% no

setor suplementar e 23,7% no setor público. Um terço do total de gestantes do setor suplementar que declarou preferência pelo parto normal teve cesariana eletiva. As indicações da cesariana foram categorizadas em: razões não médicas (conveniência médica e/ou da mulher), razões médicas não justificadas (circular de cordão, falha de dilatação e condições com justificativa para interrupção da gestação, mas através de indução do parto e não por cesariana eletiva) e razões médicas reais (sofrimento fetal crônico, apresentação pélvica, gemelar, outros). As razões médicas reais para realização da cesariana eletiva entre as mulheres que desejavam ter parto vaginal e não tinham história anterior de cesariana corresponderam a 13% (31/243). Os autores sugeriram que os médicos persuadem as mulheres a aceitarem a cesariana e apontam para a necessidade de se preocupar com as responsabilidades éticas dessa questão (Potter et al., 2001; Potter et al., 2008).

A análise dos dados específicos do município de São Paulo, referentes à mesma coorte, indica a discrepância entre a preferência manifestada pelas mulheres e o tipo de parto realizado. A distorção é mais acentuada quando o parto é realizado no setor suplementar e o autor manifesta preocupação diante do elevado percentual de mulheres (80%) que se declararam frustradas por não terem tido o parto normal. Alerta, ainda, que a realidade evidenciada nesse estudo traz a tona preocupações quanto aos riscos físicos e emocionais a que estão expostas as mulheres brasileiras no exercício de seus direitos reprodutivos (Souza, 2010).

Um estudo transversal, realizado com 437 puérperas em duas unidades hospitalares do setor suplementar de saúde do município de Rio de Janeiro, revelou que independente do desejo inicial da gestante pelo parto normal, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana para a maioria das usuárias. A pesquisa identificou que poucas gestantes entram em trabalho de parto e que as mesmas não são adequadamente informadas quanto às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto (Dias et al., 2008).

Estudo qualitativo, realizado com 33 mulheres em três capitais da Região Sul do País, revelou que a maioria manifestou o desejo de ter parto



normal após a confirmação da gravidez. Porém, à medida que realizavam as consultas de pré-natal e se aproximava o momento do parto, esse desejo era substituído pelo nascimento por cesariana. As decisões sobre o tipo de parto foram influenciadas pelos profissionais médicos e pela medicalização do processo de gravidez e parto e da assistência pré-natal, baseada na biomedicina. Fatores culturais como medo da dor, experiências anteriores, relações familiares e conveniência da data marcada também influenciaram a favor da cesariana (Pires et al., 2010).

Estudo fenomenológico realizado com 14 gestantes em Londrina (PR) identificou que os médicos desconsideram a necessidade de informações sobre o parto durante o pré-natal e omitem orientações, contribuindo para que as gestantes se tornem vulneráveis à decisão médica sobre o tipo de parto. Entretanto, algumas gestantes com atitudes mais ativas, usuárias de planos de saúde e com melhores condições socioeconômicas, perceberam a possibilidade de serem submetidas a uma cesariana desnecessária e trocaram de médico. As gestantes acreditaram que podiam ter o parto normal até o momento que ficaram sabendo da prática predominante de cesarianas entre seus obstetras. Diante dessa constatação, as autoras se referem à fragilidade das mulheres desinformadas diante do “conto do parto normal”, versão obstétrica do “conto do vigário”, processo pelo qual tantas mulheres são induzidas por seus obstetras à cesárea indesejada e desnecessária (Sodré et al., 2010).

Como usuária do setor suplementar de saúde no Brasil, fui submetida a cesarianas indesejadas, apesar da preferência pelo parto normal e de ter procurado um médico obstetra considerado referência em partos naturais. Durante toda minha formação profissional em enfermagem tive grande afinidade pela área materno-infantil e sempre valorizei os processos fisiológicos do período reprodutivo. Admirava o parto natural e o contato mãe-bebê logo após o nascimento e sonhava em ter meus filhos naturalmente. Após 10 anos de profissão, iniciei minha formação como enfermeira obstetra e, então, pude compreender que se não tivesse sofrido algumas intervenções no parto, minha história poderia ter sido diferente.

Somente ao estudar obstetrícia no processo de titulação para enfermagem obstétrica, identifiquei que as duas cesarianas a que fui submetida poderiam ter sido evitadas. Na primeira, fui admitida em trabalho de parto latente e submetida a intervenções para acelerar o processo (ocitocina, amniotomia e peridural), que culminaram em uma cesariana por distocia. Na segunda, fui novamente admitida em fase latente e, a seguir, submetida à cesariana sem tentativa de parto vaginal. Além de indesejadas, as cesarianas foram, provavelmente, desnecessárias. Esta constatação trouxe intenso sentimento de frustração.

Percebo, então, por meio da minha vivência pessoal e profissional que, quando os médicos obstetras apresentam às mulheres razões técnicas para realizar uma cesariana no final da gestação ou no início do trabalho de parto, a maioria das mulheres não questiona essas razões. Elas se submetem ao procedimento, mesmo que não o desejem. Em nossa cultura, a relação entre profissionais de saúde e usuários, na maioria das vezes, é desigual e assimétrica, sendo o profissional aquele que detém o poder, o saber e a responsabilidade sobre o estado de saúde do usuário.

Em relação à mulher, a essa problemática somam-se questões complexas relacionadas ao gênero, que refletem padrões culturais de submissão feminina. Considerando o período gestacional, essa realidade é intensificada pela situação de maior vulnerabilidade emocional da mulher, pelos sentimentos ambivalentes, os temores do parto e a ansiedade de esperar o nascimento da criança.

Segundo o MS, a excessiva taxa de cesariana no setor suplementar tem múltiplas razões. “Parte importante dos obstetras não se encontra suficientemente motivada, e até mesmo capacitada para o acompanhamento ao parto normal. Por sua vez, em uma relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões técnicas levantadas pelos médicos.” (Brasil, 2001, p.19).

Esta realidade denuncia a falta de acesso ao parto normal e a violação do direito à escolha informada e à decisão sobre a integridade

corporal, especialmente entre as usuárias do setor suplementar de saúde brasileiro.

### **1.3 A autonomia das mulheres em questão**

Há três fatores distintos, porém inter-relacionados, que concorreram para a incorporação da autonomia como um dos princípios da bioética na década de 1970: os dilemas e escândalos envolvendo a assistência e a pesquisa na área médica; as transformações ocorridas no processo de trabalho médico e na relação médico-paciente; a ampla mobilização civil em torno das mudanças nos valores das sociedades ocidentais, em particular a norte-americana (Almeida, 1999).

A prática e a pesquisa médica sofreram intensos questionamentos que a ética tradicional hipocrática não foi capaz de responder. A bioética incorporou aos princípios da beneficência e não maleficência, que já eram tradicionais na ética médica hipocrática, os princípios da autonomia e da justiça que, até então, não faziam parte das considerações éticas da época. Assim, os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e respeito à autonomia se constituíram em um conjunto de diretrizes da bioética para os profissionais de saúde frente a dilemas morais (Almeida, 1999).

Almeida (1999) aborda, sinteticamente, os princípios da bioética como: beneficência ou obrigação moral de agir em benefício dos outros; não maleficência ou, acima de tudo, não causar mal ou dano; justiça, que diz respeito à equidade e a justa distribuição dos recursos na assistência à saúde e autonomia, que significa reconhecer o direito do indivíduo de ter sua própria maneira de compreender o mundo, de fazer escolhas, de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais.

Segundo esse autor, um dos obstáculos principais à incorporação do princípio bioético da autonomia do usuário pelos profissionais de saúde é a tradição da relação paternalista que é estabelecida, baseada no princípio da beneficência. Aplicado especificamente à prática nos serviços de saúde, o princípio da autonomia do usuário é o que mais traz conflitos com valores associados ao princípio da beneficência, e ambos estão em posição de

destaque na ética da assistência à saúde. O equacionamento dos possíveis conflitos que podem surgir entre dois ou mais princípios torna-se, portanto, uma questão central na aplicação da bioética.

Na questão referente à autonomia das mulheres que desejam ter parto normal, o conflito entre os princípios da autonomia e beneficência não se aplica, especialmente no setor suplementar, uma vez que esse conflito só seria justificado diante de uma cesariana por razão médica real e a maioria das mulheres usuárias desse setor é submetida à cesárea desnecessária, ou seja, sem razão médica real.

A Lei nº. 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, considera a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral como um dos princípios a serem seguidos pelos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS (Brasil, 1990).

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão em saúde que fortaleçam a autonomia e o direito dos cidadãos, o MS, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite publicaram em 2007, a Carta de Direitos dos Usuários de Saúde. Dentre os seis princípios da Carta, destaca-se o quarto princípio, que assegura ao cidadão atendimento que respeite seus valores e direitos, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O respeito à cidadania deve ainda observar, dentre alguns direitos, o de consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. Assegura ainda, a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem o usuário confiará a tomada de decisão, para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia (Brasil, 2007).

A ideia de autonomia conduz o pensamento à ideia de liberdade e de capacidade do exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e as possibilidades e capacidades para construir suas

trajetórias de vida. No âmbito pessoal, remete a ideia de capacidade de decidir, de forma responsável e informada e no âmbito social, ao exercício da cidadania e ao direito de escolha (Bastos, Silva, Beraldi, 2009; Fleury-Teixeira et al., 2008).

Porém, considerando a realidade da vida em sociedade, o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas e outras. Somos movidos pela nossa própria vontade (autonomia), mas também pela vontade do mundo exterior (heteronomia), o que confere uma característica relativa e relacional à autonomia, inseparável da dependência. As relações de autonomia/dependência estão presentes durante toda a vida dos seres humanos, seja no nível dos indivíduos, seja no nível das sociedades. Como não podemos pensar o ser humano fora da sociedade e da cultura à qual pertence, a ideia de autonomia dependente parece mais apropriada que a autonomia absoluta (Bastos, Silva, Beraldi, 2009; Soares, Camargo Jr, 2007).

Neste contexto, torna-se necessária a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de autonomia/dependência das pessoas e a superação da relação autoritária que entende o usuário como um sujeito passivo que deve se sujeitar às prescrições dos profissionais de saúde. Defender a autonomia é reconhecer que a voz ativa do processo terapêutico é o próprio usuário e que ele tem necessidades, valores, expectativas e desejos, frutos da sua natureza e cultura, que precisam ser considerados no cuidado em saúde (Soares, Camargo Jr, 2007).

Fleury-Teixeira et al. (2008) valorizam a atuação para ampliar o controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde e reconhecem a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção à saúde. Consideram que a ampliação da autonomia atua como protetora, assim como sua restrição é fator de risco na cadeia causal dos principais grupos de agravos à saúde.

Esses autores estudaram experiências de promoção à saúde, desenvolvidas por equipes de saúde da família em quatro regiões do Brasil e concluíram que apesar do sistema social, representado pela cultura, formas de trabalho, distribuição social de recursos e outros determinantes, a atuação

das equipes de saúde da família em nível local pode ampliar as possibilidades de escolha e deliberação dos indivíduos sobre os diversos determinantes de sua saúde.

Há evidências científicas que demonstram que a democratização das relações entre profissionais de saúde e usuários em um modelo de corresponsabilidade, bem como a valorização da autonomia do usuário em relação à escolha da terapêutica e dos procedimentos, está associada a melhores resultados em saúde (Soares, Camargo Jr, 2007).

O MS reforça a importância da adoção dos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles e da solidariedade nos vínculos estabelecidos na atenção obstétrica e neonatal. Além disso, vale ressaltar o caráter indispensável da provisão dos recursos necessários, da adoção de práticas comprovadamente benéficas e de relações baseadas em princípios éticos, compartilhando as decisões sobre as condutas com a mulher e sua família (Brasil, 2006).

A autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental de uma sociedade democrática, mas que não é absoluta; é relativa e relacional e deve ser construída em um processo contínuo. Afirmá-la como valor implica na busca da democratização de saberes e das relações entre profissionais e usuários, na participação dos cidadãos, no respeito à multiplicidade, diversidade e singularidades e na valorização da subjetividade; implica, acima de tudo, em uma ética de solidariedade e responsabilidade (Soares, Camargo Jr, 2007).

#### **1.4 Movimentos de humanização do parto frente ao cenário de medicalização no Brasil**

Em oposição ao excesso de intervenções médicas no processo de gestação e parto, observa-se nas últimas décadas, uma expansão significativa de movimentos de usuárias e profissionais de saúde que se posicionam criticamente em relação a essa realidade.

Segundo Diniz (2005), os danos do uso irracional de tecnologia no parto e a elevada mortalidade materna e perinatal em vários países impulsionaram, na década de 1980, o surgimento de um movimento internacional pelo uso da tecnologia apropriada no parto, pela qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e pela “desincorporação” de tecnologia danosa. O movimento foi batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil foi denominado humanização do parto.

Antes mesmo desse movimento internacional, na década de 1970, no Brasil, surgiram profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como os médicos obstetras Galba de Araújo, no Ceará, Moisés Paciornick, no Paraná, e Hugo Sabatino, em Campinas (SP), além do Hospital Pio X, em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a ioga, no Instituto Aurora, no Rio de Janeiro. Na década de 1980, vários grupos já ofereciam assistência humanizada na gestação e parto, com propostas de mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, e o Hospital Sofia Feldman, em Minas Gerais, além dos grupos Curumim e Cais do Parto, em Pernambuco (Diniz, 2005; Rattner, 2009).

Diniz (2005) e Rattner (2009) destacam a importância da criação da Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento, em 1993, que congrega atualmente centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador dessa Rede, denuncia as circunstâncias de violência, alienação, dor e constrangimento a que as mulheres são submetidas na assistência ao parto e alerta que a cesariana está sendo culturalmente difundida como uma possibilidade de não viver essa experiência negativa no parto.

Diniz (2005) esclarece que o termo humanização do parto no Brasil se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, destacando as abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras. Refere que é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

No âmbito das políticas oficiais de saúde, Rattner (2009) concorda que o termo humanização é polissêmico e salienta que este somente foi adotado oficialmente pelo MS a partir de 2000, quando instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Esclarece que o sentido do termo humanização nesse programa foi de equidade/cidadania. Já no manual “Parto, Aborto, Puerpério: Atenção Humanizada à Mulher”, o sentido adotado foi o de práticas legitimadas pelas evidências científicas, além da discussão sobre gênero e direitos das mulheres.

Pesquisa realizada com 24 grupos de ativismo pela humanização do parto de vários países revelou que, salvo raras exceções, os grupos começaram com mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou profissionais com dificuldades para prestar um cuidado humanizado, ou ambos. Todos os grupos têm limitações para se contraporem ao modelo biomédico tradicional hegemônico, por contarem com trabalho majoritariamente voluntário dos seus ativistas e pela escassez de recursos financeiros (Goer, 2004).

A partir do final da década de 1990, com a popularização da *Internet*, observa-se, no Brasil, a ampliação e o fortalecimento do movimento de ativistas pela humanização do parto, especialmente dos movimentos de usuárias, que se organizam por meio de redes sociais, listas de discussões *on-line* e encontros presenciais, destacando-se: Organização Não Governamental (ONG) Amigas do Parto e Bem Nascer, as listas de discussão Parto Natural, Maternidade Ativa, Parto Humanizado, Parto Nosso, PartoAtivo-BH, Materna, Gesta Paraná, a rede Parto do Princípio, os grupos apoiados pela rede Parto do Princípio (GAPP), como os Ishtar de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Recife, Rio de Janeiro e Sorocaba (SP), dentre outros.

Esses movimentos de usuárias são caracterizados por redes de solidariedade que fornecem apoio emocional, possibilitam troca de experiências, serviços e produtos, promovem atividades gratuitas com intercâmbio de conhecimentos e de evidências científicas em saúde materna e infantil, fortalecendo assim o saber das mulheres. Ressalta-se a circulação de informações e reflexões entre usuárias como fundamental para garantir



uma relação mais igualitária entre as mulheres e os profissionais, que deixam de ser os únicos detentores do saber (Duarte, 2010).

Um exemplo da potencialidade desses movimentos ocorreu em 2007, quando a rede Parto do Princípio moveu uma ação no Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP) contra o abuso das cesarianas no setor suplementar. Foi entregue ao referido órgão um dossiê de 35 páginas, baseado em mais de 30 artigos científicos, contendo propostas e soluções para a epidemia de cesarianas.

O MPF-SP elegeu as seguintes medidas, a serem adotadas pela Agência Nacional de Saúde, como um passo inicial no sentido da regulamentação estatal do setor de serviços obstétricos da saúde suplementar, com vistas à redução do número de cesarianas desnecessárias: fornecimento pelas operadoras de saúde aos seus clientes, a pedido destes e em determinado prazo, dos percentuais de cesariana e parto vaginal efetuados pelos obstetras e hospitais que prestam serviços de atenção obstétrica; adoção do partograma como documento obrigatório; implantação obrigatória do cartão da gestante; partos acompanhados por enfermeiras obstetras; incentivo a práticas humanizadoras e formas diferenciadas de remuneração para o parto vaginal e a cesariana, privilegiando o parto vaginal (São Paulo, 2012).

Apesar de o movimento pelo parto humanizado denunciar a epidemia de cesariana no Brasil, não há negação ou demonização desse procedimento, ao contrário, há o reconhecimento da sua importância, desde que tido como realmente necessário. Assim, o ponto de inflexão do discurso do parto humanizado é a regra da cesárea desnecessária e o uso abusivo da tecnologia e da farmacologia. Reconhece o saber médico e científico, mas opõe-se ao domínio da tecnologia, à medida que parte do pressuposto de que o parto, antes de ser um acontecimento fisiológico que se passa no corpo da mulher, é um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, quando não também sexual e espiritual (Carneiro, 2011).

Segundo Nogueira e Lessa (2003), os movimentos de usuárias e de profissionais de saúde pela humanização do parto contribuem para a

promoção de um novo paradigma de atendimento à gestante e à parturiente, uma nova visão da mulher sobre seu corpo, sua sabedoria e intuição. Favorecem mudanças nas relações entre profissionais e usuárias, com questionamento da autoridade advinda do *status* social e do saber acadêmico, além de uma maior consciência e participação cidadã.

Rattner (2009) discute a importância dos movimentos sociais para a humanização da assistência ao parto, destacando a rica difusão de informação, por parte das ativistas, em livros, trabalhos científicos, vídeos, *sites*, *blogs* e espaços virtuais.

Devido a um grande desejo pessoal de contribuir para informar as mulheres sobre assistência qualificada ao parto e nascimento, desde 2007, atuo como ativista de movimentos de usuárias pela humanização do parto em Belo Horizonte. A ONG Bem Nascer, o grupo Ishtar e a lista de discussão Parto Ativo BH tem como objetivo comum, disseminar a cultura do parto humanizado e divulgar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

A ONG Bem Nascer e o grupo Ishtar-BH realizam ações educativas para promoção da autonomia da mulher no processo de gestar, parir e amamentar, por meio de lista de discussão *on-line*, palestras, exposições, encontros e rodas de conversa para gestantes. A metodologia utilizada nas rodas de conversa e encontros é a de relatos de experiências, ou seja, participam tanto gestantes como mães que já deram à luz, que contam como foram suas experiências de gestação, parto e amamentação. Em geral, os relatos das mulheres que tiveram histórias bem sucedidas de parto mostram que durante a gravidez elas foram construindo uma experiência exitosa, por meio de escolhas por profissionais e serviços que prestam uma assistência compatível com seus anseios e expectativas.

Atualmente, observamos uma procura crescente desses grupos por mulheres usuárias do setor suplementar que desejam ter parto normal. Muitas tiveram experiências anteriores frustrantes, questionam a indicação da cesariana que tiveram, ou mesmo as rotinas das maternidades onde deram à luz. Essas usuárias estão percebendo que não basta desejar ter um parto normal para conseguir, algo mais é necessário.

Estudo realizado com 30 gestantes participantes das atividades oferecidas pela ONG Bem Nascer, em 2011, mostrou que essas mulheres eram, em sua maioria, casadas, com escolaridade superior e média de idade de 32 anos, usuárias tanto do setor público de saúde, como do setor suplementar. Os dados mostraram que as gestantes conheceram a ONG por meio de amigos e da *Internet*, tendo como motivos para participar a troca de experiências e a busca de informações e orientações sobre parto, pois, a exceção de uma delas, pretendiam ter parto normal com o mínimo de intervenções (Leão et al., 2011).

Importante destacar também as ações do movimento BH Pelo Parto Normal, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O movimento foi instituído na cidade, em 2007, como estratégia de mudança da cultura do parto e nascimento. Trata-se de uma mobilização permanente que conta com a participação de cerca de 30 entidades (Lansky, 2010).

Uma das ações do movimento é um estande itinerante que ocorre em diversos espaços públicos da cidade. No estande, são expostas fotos de mulheres em trabalho de parto e parindo e de bebês em contato pele a pele com suas mães e mamando logo após o nascimento. São exibidos vídeos com imagens de parto normal e cesariana e demonstrados recursos diversos para alívio não farmacológico da dor no parto (posições antálgicas, massagens, uso de banheira, chuveiro, bola de *Bobath* e banqueta para parto vertical). Os visitantes recebem ainda folders educativos com informações diversas (mitos do parto, vantagens do parto normal, práticas que potencializam a fisiologia do parto etc.) e panfletos com contatos dos grupos de apoio ao parto humanizado para gestantes, existentes em Belo Horizonte.

A aposta do movimento é na informação adequada para uma participação consciente da mãe, do pai e da família, a fim de transformar o cenário do parto e nascimento na cidade e no país, evitando intervenções desnecessárias e mortes maternas e neonatais evitáveis, promovendo o vínculo e o afeto familiar, desde os primeiros momentos da vida da criança, e favorecendo os laços nas relações humanas (Lansky, 2010).

Considerando que a autonomia dos usuários é imprescindível no exercício do direito à saúde e que a mulher deve participar ativamente das

decisões sobre seu processo de gestação, parto e amamentação, propôs-se a realização desta pesquisa com usuárias que participam desses movimentos sociais pela humanização do parto para responder às seguintes questões: Qual o significado para a mulher de sua participação em movimentos sociais pela humanização do parto? Qual a trajetória de gestação e parto das mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto?

Esse conhecimento pode instrumentalizar gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e sociedade em geral, na elaboração de políticas e estratégias de promoção da autonomia das mulheres no processo de gestação e parto, com vistas a enfrentar o cenário da medicalização do nascimento e transformar a realidade da epidemia de cesarianas no País.

## 2 OBJETIVOS

- Compreender:
  - O significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto;
  - A trajetória de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto;
  - Como a participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto influencia sua experiência de gestação e parto.
  
- Elaborar um modelo teórico explicativo da experiência de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto.

### 3 MÉTODO

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizamos um referencial teórico e metodológico da sociologia compreensiva, que permite compreender fenômenos sociais sob o ponto de vista de quem os vivencia, considerando o universo dos significados e da intencionalidade.

Estudamos as experiências de gestação e parto das mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto, a fim de revelar e compreender suas percepções, atitudes, comportamentos, expectativas, crenças, valores, visões de mundo e interações de forma completa e profunda. A pesquisa buscou compreender a multiplicidade de dimensões presentes na gestação e parto dessas mulheres, no contexto de suas vidas e do mundo contemporâneo.

A opção por um referencial teórico e metodológico da sociologia compreensiva, especificamente, o **interacionismo simbólico** e a **teoria fundamentada nos dados**, deve-se ao fenômeno a ser estudado situar-se no universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Trata-se de dados qualitativos que não serão compreendidos por meio de mensuração, mas de uma abordagem interpretativa que valoriza a natureza ativa e reflexiva do sujeito abordado, sua subjetividade e singularidade.

Praça e Merighi (2003) ressaltam que o emprego do referencial teórico e metodológico na pesquisa qualitativa norteia todas as fases da pesquisa e a opção pelo referencial mais adequado deve considerar o objeto e as características do estudo. Além disso, é tarefa do pesquisador compatibilizar e inter-relacionar o referencial teórico com o referencial metodológico.

#### 3.1 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico

O interacionismo simbólico teve sua principal origem no pensamento de George Herbert Mead, psicólogo social e professor de filosofia da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos. Mead foi influenciado pela filosofia do pragmatismo, do darwinismo e do

behaviorismo. Sua principal obra, “Mind, Self and Society”, editada em 1934 por estudantes que o assistiram no final da sua carreira, é um conjunto de lições sobre filosofia. O principal discípulo de Mead foi seu ex-aluno Herbert Blumer, que apresentou de forma sistemática os escritos e pensamentos de seu mestre (Carvalho, Borges, Rêgo, 2010; Charon, 2004).

Na perspectiva do interacionismo simbólico, o ser humano é ativo e não um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída por indivíduos interagindo. A percepção e interpretação dos indivíduos são influenciadas por suas experiências individuais e coletivas, durante suas interações sociais (Charon, 2004).

As ideias centrais do interacionismo simbólico descritas por Charon (2004) são:

- O indivíduo está constantemente interagindo e mudando o comportamento de acordo com as interações com os outros. Desse modo, o indivíduo é ativamente envolvido em seu desenvolvimento. Nas interações que estabelece com os outros, age, percebe, interpreta e transforma a ação.
- O ser humano é influenciado pelo presente, pois a interação é algo que acontece no presente. Nossa ação está diretamente relacionada à interação ocorrida na situação atual e não a situações do passado. O modo como o passado integra a ação depende de como o indivíduo o recupera no presente.
- A interação não ocorre apenas entre as pessoas, mas também dentro do indivíduo, ou seja, ele interage consigo mesmo.
- O ser humano é imprevisível e ativo em seu mundo. É livre e faz escolhas conscientes. Pode direcionar e redirecionar sua ação de acordo com sua avaliação e, também, de acordo com a avaliação dos outros.

O mesmo autor, com base nas obras de Mead e de Blumer, apresenta-nos alguns conceitos do interacionismo simbólico, como **símbolo**, **self**, **mente (mind)**, **interação social**, **cultura** e **sociedade**, necessários para a compreensão desse referencial teórico.

**Símbolos** são objetos sociais usados para representar ou comunicar algo. Eles são usados pelo indivíduo para se comunicar com ele mesmo (pensar) e com os outros. A comunicação ocorre por meio de símbolos e a interação social, por meio da interpretação dos símbolos.

Os símbolos não são estáticos, surgem e são transformados por meio da interação social, que é um processo dinâmico. São arbitrariamente associados com aquilo que representam.

O ato é simbólico quando expressa um significado, uma intencionalidade. Se ele não tem intenção ou não significa para ninguém, não é um símbolo. Portanto, os símbolos (gestos, palavras, ações, objetos etc.) são usados para dar significado para o próprio indivíduo e para o outro com quem interage.

A interpretação dos símbolos permite nos vermos e nos aproximarmos da realidade; vemos nós mesmos e os outros, de acordo com nosso sistema de símbolos, sendo essa a nossa realidade simbólica. Os símbolos são complexos e podem ser interpretados de diferentes formas pelos indivíduos e grupos sociais. Considerando esse caráter ambíguo, compreender os símbolos para aquele indivíduo ou grupo social é útil para a sociedade.

Silva (1999) afirma que o símbolo é um conceito central do interacionismo simbólico, pois quando o indivíduo compartilha sua perspectiva com o outro, por meio de algum tipo de linguagem, está presente o símbolo e sem ele não é possível interagir com o outro.

O *self*, para os interacionistas simbólicos, representa quem é o indivíduo, tanto na relação com ele mesmo, como na relação com os outros com os quais interage. Do mesmo modo que o indivíduo interage socialmente com os outros, ele interage socialmente consigo mesmo. O *self* surge na infância, inicialmente por meio da interação com os pais e outras pessoas significativas para a criança e se amplia à medida que o indivíduo aprende as regras sociais, percebe a perspectiva dos outros e interage com diferentes grupos.

O *self* é considerado um processo social que ocorre dentro do indivíduo e possibilita que este seja capaz de se ver na situação, de pensar,



interpretar e se comunicar com ele mesmo e com os outros. Sem se comunicar consigo o indivíduo não seria capaz de se comunicar simbolicamente com o outro.

O processo de interagir e refletir sobre si mesmo permite se perceber e se sentir no papel do outro. A capacidade de assumir o papel do outro possibilita ao indivíduo se ver como os outros agem, ou seja, na perspectiva dos outros.

O *self* é social, sendo definido e redefinido na interação com os outros, mudando constantemente. Como o indivíduo se vê, se define e o julgamento que faz de si mesmo depende das definições sociais que encontra ao longo da vida.

O desenvolvimento do *self* possibilita a vida mental do indivíduo. Para os interacionistas simbólicos, **mente** (*mind*) é ação, conduta, não pode ser confundida com cérebro. É a ação que usa os símbolos e os direciona por meio do *self*. O aprendizado e a manipulação dos símbolos, assim como o desenvolvimento do *self*, fazem a mente (*mind*).

Por meio da mente (*mind*), o indivíduo atribui significado, interpreta e dá sentido às experiências. Presta atenção especial a algumas situações, ignora outras. Atribui significado de acordo com a utilidade daquela situação no momento. Assim, sua interpretação e definição das situações sociais ocorrem por meio da atividade mental e não como uma resposta reflexa. Sua ação resulta da interpretação ativa das situações, que envolve interação consigo mesmo e com os outros.

Nessa perspectiva, a interação social é de grande relevância para o interacionismo simbólico. Os símbolos, o *self*, a mente (*mind*) e a ação surgem da **interação social** e são partes dela. Quando interagimos, usamos símbolos, direcionamos o *self*, assumimos o papel do outro, interpretamos as situações por meio da mente (*mind*), tomamos decisões, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade e as situações.

A interação é social e simbólica, pois as ações de cada indivíduo têm significados para quem agiu e para quem recebe a ação. A interação humana é mediada pelo uso de símbolos. As respostas às ações são baseadas nos significados atribuídos pelos indivíduos, por meio da interpretação.

A interação social caracteriza-se pela cooperação e desenvolve a **cultura**. Cultura significa “consenso de grupo”, concordância, objetivos, regras, conhecimento, entendimento, linguagem compartilhada e valores que emergem conjuntamente. Os indivíduos que se tornam parte do grupo concordam com algum grau de controle dos outros sobre suas próprias ações, por meio do consenso produzido. A cultura ajuda a criar “a continuidade no tempo” e, embora pareça paradoxal, está em permanente mudança e negociação.

Por fim, destaca-se o conceito de **sociedade** para os interacionistas simbólicos. Estes conceituam sociedade com ênfase na dinâmica e não na estrutura. Reconhecem os conceitos de estrutura, poder e papel social para compreensão dos aspectos mais permanentes e estruturais da sociedade, mas enfatizam o papel ativo dos indivíduos para as mudanças sociais. Assim, a sociedade é descrita como um processo, como dinâmica. São indivíduos que interagem e, constantemente, definem e alteram a sociedade.

Multidões, grupos, organizações e comunidades são todos formados por indivíduos que interagem. A sociedade, ou todo grupo vivo, é constituída por indivíduos em interação e que se comunicam com símbolos. A ação de um é importante para o outro. Os indivíduos se engajam em um processo de interação cooperativa e desenvolvem uma cultura.

Carvalho, Borges e Rego (2010) afirmam que o interacionismo simbólico é uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento em situações específicas.

Para essas autoras, o interacionismo simbólico, dentro do paradigma interpretativo, permite aos pesquisadores e profissionais da saúde estabelecer juízo de valor do fenômeno investigado, pois se preocupa em compreender a maneira como os indivíduos percebem os fatos ou a realidade à sua volta e como eles agem em relação às suas convicções.

Jeon (2004) reitera as afirmações de Carvalho, Borges e Rego (2010) ao apontar que, para os interacionistas simbólicos, o significado é um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano,

das interações e dos processos. Assim, para alcançar uma compreensão plena do processo social, o investigador precisa se apoderar do que é experienciado pelo sujeito em um contexto particular.

Carvalho, Borges, e Rego (2010) afirmam também que o interacionismo simbólico é, potencialmente, uma das abordagens mais adequadas para analisar processos de socialização e ressocialização e também para o estudo de mobilização de mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais.

Consideramos esse referencial teórico o mais adequado para esta investigação, na medida em que possibilita compreender como a interação entre as usuárias dos movimentos sociais provoca mudanças no comportamento e na ação das mulheres e como elas interpretam essa experiência.

### **3.2 Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados**

Optou-se pelos métodos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que em língua inglesa denomina-se *Grounded Theory*, sistematizada pelos sociólogos Glaser e Strauss, a partir dos estudos do processo de morte em hospitais nos Estados Unidos, na década de 1960. Eles observaram como os profissionais e os pacientes terminais lidavam com a morte. Realizaram um tratamento analítico explícito dos dados e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte (Charmaz, 2009).

Glaser e Strauss ingressaram no cenário metodológico em um momento em que a pesquisa qualitativa perdia terreno na Sociologia e sofisticados métodos quantitativos ganhavam relevância. O positivismo, como paradigma dominante de investigação nas ciências naturais, estava sendo difundido e amplamente adotado nas ciências sociais. Eles contestaram noções de consenso metodológico e ofereceram estratégias sistemáticas para a prática da pesquisa qualitativa. Explicitaram uma lógica própria para a análise qualitativa sistemática capaz de gerar teoria (Charmaz, 2009).

A lógica e a abordagem sistemática dos métodos da TFD são reflexos da formação quantitativa rigorosa de Glaser e do positivismo da Universidade de Colúmbia. Por sua vez, a formação de Strauss, baseada no pragmatismo da Escola de Chicago, foi influenciada por interacionistas simbólicos e contribuiu com a noção de atividade humana e de significações sociais e subjetivas (Charmaz, 2009).

Os princípios do interacionismo simbólico influenciaram as interpretações de Glaser e Strauss a respeito da sociedade. Deste modo, na TFD, o pesquisador necessita compreender as ações a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa, as interpretações que eles fazem nas situações de interação e os significados que eles atribuem às ações. As ações devem ser observadas e analisadas no contexto da situação social em que ocorrem (Kimura, Tsunehiro, Angelo, 2003).

Charmaz (2009) afirma que as estratégias explícitas de Glaser e Strauss em relação ao desenvolvimento de teorias a partir de dados qualitativos difundiram-se entre variadas disciplinas e profissões, influenciando novas gerações de cientistas sociais e, em especial, profissionais da área de enfermagem. Por volta da década de 1990, a TFD já era conhecida por seu rigor e utilidade, o que contribuiu para o fortalecimento da pesquisa qualitativa e sua aceitação por pesquisadores quantitativos.

Os dados constituem a base da TFD e a análise dos dados origina explicações teóricas do fenômeno observado. Esse método de investigação de dados qualitativos possibilita ir além da simples descrição do fenômeno estudado, por meio da criação de arranjos teóricos explanatórios que produzem compreensões abstratas (independentes do tempo e do espaço) e conceituais da realidade (Charmaz, 2009).

Segundo Cassiani, Carili e Pelá (1996), a TFD é uma metodologia de campo que objetiva gerar construtos teóricos que explicam a ação no contexto social. O pesquisador interpreta os processos que estão acontecendo na cena social e a partir de hipóteses que se relacionam, explica o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas. A abordagem indutiva emerge após a coleta dos dados no processo de codificação,

enquanto a abordagem dedutiva é usada para derivar dos códigos indutivos, as diretrizes conceituais ou hipóteses, que podem indicar a necessidade de amostrar mais dados para gerar a teoria.

Na TFD, a coleta e a análise dos dados são realizadas de modo concomitante, sendo interligadas e aproximadas em todas as fases do estudo. O pesquisador coleta, codifica, redige memorandos (registros escritos de reflexões sobre o processo de coleta e análise dos dados), percebe lacunas e decide quais dados necessitam ainda ser coletados. Esse processo permite aprofundar no tema em estudo, descobrir conceitos e formular hipóteses (Kimura, Tsunehiro, Angelo, 2003).

O valor da TFD não é apenas sua capacidade de gerar teoria, mas de basear sua teoria em dados, que são interpretados a partir de uma investigação sistemática. A teoria não é um conjunto de resultados, é sim um conjunto de categorias sistematicamente inter-relacionadas por meio de declarações de relações, que integra uma estrutura teórica explicativa do fenômeno estudado (Strauss, Corbin, 2008).

### **3.3 Contexto da pesquisa**

Dois grupos de usuárias do movimento pela humanização do parto foram identificados em Belo Horizonte (BH): a ONG Bem Nascer e o Ishtar-BH. A ONG Bem Nascer foi fundada em 2001, por um grupo de profissionais de saúde e educação interessados em promover a cultura do parto normal e humanizado. Desde então, promove encontros gratuitos, por meio de rodas de conversa, em que gestantes e mulheres que já deram à luz, assim como seus parceiros ou outros familiares relatam suas experiências, oportunizando troca de conhecimentos e informações, auxiliando na preparação para o parto, o puerpério e a amamentação. Participam também profissionais de saúde e ativistas do parto humanizado.

As rodas de conversa com gestantes da ONG Bem Nascer acontecem quinzenalmente, aos sábados, de manhã ou à tarde, nos parques Mangabeiras e Municipal, ambos na região centro-sul de Belo Horizonte. Essa atividade ocorre em local público e está aberta à participação de

qualquer pessoa interessada. A roda é coordenada por uma integrante da ONG que tem a função de garantir a fala dos participantes e organizar as atividades. Todos são orientados a levar alimentos para um lanche coletivo.

A ONG promove também, por demanda das gestantes ou puérperas, “chás de bênçãos” nos períodos pré-natal e pós-parto. O “chá de bênçãos” pré-natal é um encontro que ocorre após a 37ª semana de gestação, na casa da mulher que o solicita. Por meio de um evento informal e de caráter comemorativo entre os participantes, tem como objetivo oferecer apoio emocional, massagens, escalda-pés, esclarecer dúvidas, favorecer a troca informações e orientações e outros. Os participantes fazem uma roda ao redor da gestante e cada um, por meio de uma mensagem falada, manifesta seu apoio, transmitindo confiança e otimismo para a mulher. O “chá de bênçãos” pós-parto ocorre após o nascimento da criança e objetiva comemorar a experiência da maternidade, esclarecer dúvidas sobre os cuidados com o bebê, a amamentação e oferecer apoio emocional à puérpera.

A ONG Bem Nascer também realiza atividades direcionadas a estudantes das áreas de ciências sociais, humanas e da saúde, bem como a profissionais diversos. .

O grupo Ishtar-BH foi constituído em 2011, por usuárias dissidentes da ONG Bem Nascer, que por se oporem à vinculação de algumas ativistas da ONG a um grupo de médicos obstetras, criaram o referido grupo, com ações mais direcionadas para as usuárias. O grupo Ishtar-BH realiza encontros com gestantes e “chá de bênçãos” pré-natal e pós-parto, no mesmo formato da ONG Bem Nascer.

Os encontros com gestantes do grupo Ishtar-BH acontecem mensalmente, aos sábados, no período da manhã, no parque Ecológico, na região da Pampulha, e às quartas feiras à noite, em espaços itinerantes, na cidade. Essas atividades ocorrem em local público e estão abertas à participação de qualquer pessoa interessada.

As mulheres que frequentam ambos os grupos podem participar de uma lista de discussão *on-line* denominada PartoAtivo-BH, que conta com a moderação de doulas integrantes do Ishtar-BH e tem aproximadamente 500

participantes. A ONG Bem Nascer também possui uma lista de discussão *on-line*, que igualmente conta com a moderação de doulas e tem aproximadamente 100 integrantes, mas está em expansão. Pelo *Facebook* de ambos os grupos, participam aproximadamente 250 seguidoras.

Os encontros, rodas de conversa e “chás de bênçãos” pré-natal e pós-parto de ambos os grupos são divulgados nas listas de discussão *on-line*, nos *sites*, *blogs* e *Facebook*. Além da divulgação das atividades dos grupos por meio da *Internet*, ocorre a disseminação por propaganda “boca-a-boca”, em que as usuárias divulgam as atividades umas às outras.

As atividades da ONG e do grupo Ishtar-BH são também divulgadas nas três edições anuais da Feira da Gestante e Bebê que ocorre na cidade, na qual o Movimento BH Pelo Parto Normal mantém um estande.

O Ishtar-Bh e a ONG Bem Nascer têm representação na Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Segundo Lansky (2010), a Comissão Perinatal é um fórum interdepartamental e interinstitucional, instituído em 1993, com caráter técnico e educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao recém-nascido. Tem a atribuição de planejar, avaliar, monitorar, normatizar e divulgar a gestão das ações de saúde, para adequação dos serviços à necessidade da população.

Em relação à atenção obstétrica, na cidade de Belo Horizonte, as usuárias de saúde dispõem da rede de serviços do SUS, com aproximadamente 150 centros de saúde, sete hospitais com leitos obstétricos e um centro de parto normal peri-hospitalar. O Hospital Sofia Feldman, que integra a rede SUS, é referência nacional na atenção obstétrica e neonatal humanizada. No setor suplementar de saúde, além dos médicos que atendem em consultório próprio, a rede oferece leitos em sete hospitais.

Belo Horizonte conta ainda com a atuação de profissionais autônomos, como doulas, enfermeiras obstetras e médicos obstetras e pediatras, que atendem mulheres que participam do movimento pela humanização do parto. Em geral, esse atendimento é feito no domicílio, particular ou pelo setor suplementar.

### 3.4 Participantes

As participantes da pesquisa foram 15 mulheres integrantes do movimento pela humanização do parto de Belo Horizonte. Uma das mulheres foi incluída no estudo na 36ª semana de gestação e acompanhada até o pós-parto. As demais mulheres foram incluídas no período pós-parto.

As iniciais do nome e sobrenome das participantes foram utilizadas para identificar os trechos das entrevistas e relatos de parto que ilustraram os resultados deste estudo. Quando uma participante forneceu dados de duas experiências, as iniciais foram complementadas pelos números 1 ou 2, indicando a cronologia do parto.

A amostragem inicial foi definida para incluir mulheres com diferentes experiências de gravidez e parto. Assim, foi entrevistada uma gestante, identificada por VC, e três mulheres que já haviam dado à luz, das quais, uma, identificada por RG, teve um parto normal em centro de parto normal pelo SUS e um parto domiciliar. Outra, identificada por MT, teve parto normal em hospital, pelo SUS, e a outra, identificada por FC, teve duas cesarianas intraparto, em hospital pelo setor suplementar. Ainda nesta fase, foi feita entrevista pós-parto com a mulher (VC) que foi entrevistada também na gestação. Ela teve uma experiência de parto normal hospitalar pelo SUS, com auxílio de fórceps. Esse conjunto de quatro mulheres compôs o primeiro grupo amostral. Entre essas 04 mulheres, uma (RG) contribuiu também com os relatos de parto dos seus dois filhos.

O segundo grupo amostral foi constituído por uma mulher com história de parto vaginal após cesariana e superação da experiência negativa de cesariana, identificada por RC, que foi entrevistada no período pós-parto e que também disponibilizou seus dois relatos de parto. As outras três mulheres, identificadas por DS, GC e EC, tinham também história de parto vaginal após cesariana e superação da experiência negativa de cesariana, e participaram por meio de seus relatos de parto.

As outras sete participantes, identificadas por DP, LD, CR, GM, GS, JS e KB, contribuíram fornecendo dados por meio de relatos de parto, que subsidiaram a análise em ambos os grupos amostrais.



### **3.4.1 Caracterização das participantes**

Em relação à caracterização das 15 mulheres que participaram do estudo, é importante destacar que três delas participaram apenas por meio de entrevistas, duas participaram por meio de relatos de parto e entrevistas e 10 participaram por meio de relato de parto. Entre elas, 13 residiam na região metropolitana de Belo Horizonte e duas em cidades do interior de Minas Gerais. Todas dispunham de planos de saúde do setor suplementar e apenas uma não residia com o companheiro. Outras características são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Caracterização das participantes

Iniciais	Forma de participação	Idade último parto (anos)	Profissão	Nº. filhos	História obstétrica
RG	Entrevista no domicílio após o parto e 2 relatos	32	Enfermeira	2	Gestações a termo; 1 parto normal em centro de parto, pelo SUS, com uso de ocitocina; 1 parto domiciliar natural, sem intervenções
VC	Entrevista no domicílio na gestação e após o parto	27	Estudante	1	Gestação a termo; 1 parto fórcepe em hospital, pelo SUS, com uso de ocitocina e analgesia, com remoção após tentativa de parto domiciliar
MT	Entrevista no domicílio após o parto	21	Auxiliar administrativa	1	Gestação a termo; 1 parto normal em hospital, pelo SUS, com uso de ocitocina e analgesia
FC	Entrevista no domicílio após o parto	28	Jornalista e <i>sommelier</i>	2	Gestações a termo; 2 cesarianas intraparto, pelo setor suplementar, com uso de ocitocina e analgesia
RC	Entrevista via <i>Skype</i> após o parto e 2 relatos	24	Professora e doula	2	Gestações a termo; 1 cesariana intraparto, pelo SUS, com uso de ocitocina e analgesia; 1 parto normal pós-cesárea em centro de parto, pelo SUS, com uso de ocitocina
GC	2 Relatos	27	Pedagoga	2	Gestações a termo; 1 cesariana intraparto, pelo SUS, com analgesia; 1 parto domiciliar pós-cesárea, natural, sem intervenções
DS	2 Relatos	32	Psicóloga	2	Gestações a termo; 1 cesariana eletiva, pelo setor suplementar; 1 parto normal pós-cesárea em centro de parto, pelo SUS, com uso de ocitocina e analgesia

(continua)

*(continuação)*

<b>Iniciais</b>	<b>Forma de participação</b>	<b>Idade último parto (anos)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Nº. filhos</b>	<b>História obstétrica</b>
EC	2 Relatos	35	Bibliotecária	2	Uma gestação pré-termo e uma gestação a termo; 1 cesariana intraparto, pelo setor suplementar; 1 parto domiciliar pós-cesárea, natural, sem intervenções
DP	Relato	33	Psicóloga e doula	2	Gestações a termo; 1 parto fórcepe em hospital, pelo setor suplementar, com uso de ocitocina, analgesia e episiotomia; 1 parto normal em centro de parto, pelo SUS, natural, sem intervenções
LD	2 Relatos	28	Psicóloga e doula	2	Gestações a termo; 1 parto normal em hospital, pelo setor suplementar, com analgesia e episiotomia; 1 parto domiciliar, natural, sem intervenções
CR	Relato	31	Psicóloga	1	Gestação a termo.; 1 parto normal em centro de parto, pelo SUS, natural, sem intervenções
GM	Relato	32	Terapeuta ocupacional	2	Gestações a termo; 2 partos normais em hospital, pelo setor suplementar, naturais, sem intervenções
GS	Relato	32	Advogada e socióloga	1	Gestação a termo; 1 parto normal em centro de parto, pelo SUS, com analgesia
JS	Relato	31	Artista plástica	1	Gestação a termo; 1 parto domiciliar, natural, sem intervenções
KB	Relato	27	Jornalista e doula	1	Gestação a termo; 1 parto domiciliar, natural, sem intervenções

### 3.5 Coleta de dados

Os dados dessa pesquisa foram coletados por meio de **observação participante, entrevistas** intensivas e análise textual de **relatos de parto**. Segundo Charmaz (2009), alguns aspectos devem ser constantemente observados pelo pesquisador durante a coleta dos dados:

- Observar cuidadosamente as ações e palavras.
- Concentrar-se em ações, palavras e expressões às quais os participantes parecem atribuir um significado especial.
- Delinear com cautela o contexto, as cenas e as circunstâncias da ação.
- Registrar quem fez o que, quando, porque e como ocorreu.
- Identificar as condições nas quais determinadas ações, intenções e processos emergem ou são abrandados.
- Descobrir suposições tidas como óbvias e ocultas e identificar como são reveladas.

As atividades presenciais promovidas pela ONG Bem Nascer e grupo Ishtar-BH, o *Facebook* e as listas de discussão *on-line* foram utilizados para convidar as mulheres para participarem da pesquisa. Nas atividades presenciais, foi feito um convite pessoal e nas atividades virtuais, o convite foi feito por *e-mail* ou *inbox* do *Facebook*.

É importante reiterar que a pesquisadora participa das atividades do movimento pela humanização do parto em Belo Horizonte, desde 2007, sendo referência, juntamente com outros profissionais, para questões referentes ao parto domiciliar, pois integra uma equipe que presta esse tipo de assistência na cidade, desde 2002.

#### 3.5.1 Observação participante

Na TFD, o fenômeno, e não o ambiente assume o foco principal da observação participante. Por meio dessa técnica de coleta de dados, o pesquisador se aproxima dos sujeitos da pesquisa, busca dados relevantes,

descreve eventos observados, resolve questões e desenvolve categorias teóricas para compreender os dados.

Os encontros presenciais promovidos pelo Ishtar-BH foram objeto de observação deste estudo. Observaram-se de modo sistematizado os diálogos, depoimentos, gestos e as interações das participantes durante os encontros. As observações, registradas no diário de campo, foram feitas nos encontros de julho e novembro de 2012 e dezembro de 2013. Em setembro de 2013, foi também realizada observação de um encontro do Ishtar-BH, denominado “Reparto: acolhendo a dor do nascimento real”. Esse encontro existe com a finalidade específica de apoiar mulheres que se sentiram insatisfeitas com suas experiências de parto.

A observação nesses encontros teve como foco, além de contatar mulheres para participarem do estudo por meio da entrevista e do relato de parto, obter dados por meio da observação da interação no grupo e da troca de experiências. No “Reparto”, em especial, o foco foi contribuir para o desenvolvimento de uma das categorias teóricas.

O *Facebook* e a lista de discussão *on-line* PartoAtivo-BH também foram objeto de observação participante durante todo o período de coleta de dados, com acesso semanal. O foco dessa observação também foi contatar mulheres para participarem do estudo e conhecer a interação das participantes do movimento por meio virtual.

Uma mulher (PA, analista de sistemas e doula, com uma gestação a termo e uma pré-termo, duas cesarianas, pelo setor suplementar), contribuiu individualmente na observação participante, cedendo um texto de sua autoria, com reflexões sobre o impacto da cesariana na sua experiência de vida, enviado pelo *Facebook*.

### **3.5.2 Entrevista**

As entrevistas foram realizadas com mulheres que frequentam os encontros presenciais da ONG Bem Nascer ou Ishtar-BH, ou participam das listas de discussão *on-line* e *Facebook*. Para Charmaz (2009), a natureza detalhada de uma entrevista intensiva promove o esclarecimento da

interpretação do sujeito sobre sua experiência. O pesquisador escuta, ouve com sensibilidade e estimula o sujeito a descrever e refletir sobre sua experiência.

Ao elaborar questões abertas, não valorativas, o pesquisador estimula o entrevistado a contar sua história. Na medida em que o pesquisador manifesta o interesse e a vontade de saber mais, por meio de expressões como “Isso é interessante, fale mais sobre isso”, temas que seriam evitados em conversas usuais tornam-se a essência a ser explorada. O entrevistado é estimulado a articular as suas próprias intenções e significados. À medida que a entrevista prossegue, o pesquisador pode ainda solicitar detalhes esclarecedores, a fim de obter informações precisas e conhecer as experiências e as reflexões do entrevistado (Charmaz, 2009).

O pesquisador deve prestar atenção em como o entrevistado o percebe e no processo de interação entre ele e o entrevistado. À medida que se torna mais sensível às preocupações e vulnerabilidades dos entrevistados, aprende até quando deve se aprofundar e explorar mais, assim como quando deve recuar. Ao longo da entrevista, são realizadas questões específicas para o entrevistado, a fim de ir além das narrativas, porém o entrevistador deve se manter ativo e alerta para não forçar dados e não impor conceitos preconcebidos (Charmaz, 2009).

No período de agosto de 2012 a outubro de 2013, foram realizadas seis entrevistas, com cinco mulheres, identificadas por RG, VC, MT, FC e RC, sendo uma no período de gestação (outubro de 2012) e cinco, no período pós-parto (agosto de 2012; fevereiro, abril, maio e outubro de 2013). Todas as entrevistas foram gravadas, sendo cinco realizadas de modo face-a-face e uma via *Skype*. A duração média de cada entrevista foi de uma hora.

Por escolha das participantes, as entrevistas foram realizadas no domicílio, exceto a entrevista com a gestante, que ocorreu na residência da pesquisadora e a entrevista por *Skype*. Em todas as situações, o ambiente foi adequado para que as participantes se sentissem à vontade para se expressar, com privacidade.

A entrevista com a gestante teve a seguinte questão aberta: **Conte-me sobre sua experiência da gestação, desde o momento em que se descobriu grávida até hoje.** A entrevista com mulheres no pós-parto teve a seguinte questão aberta: **Conte-me sobre sua experiência da gestação e parto, desde o momento em que se descobriu grávida até hoje.**

Como a análise dos dados na TFD é realizada simultaneamente à coleta, na medida em que esses foram sendo analisados, foi necessário incluir questões analíticas na entrevista, contribuindo para validação das categorias de análise.

As perguntas incluídas nas entrevistas foram: **Você considera que a mulher que participa do movimento e teve uma experiência negativa de parto tem espaço para continuar no movimento e contribuir?** e **O que motiva a mulher a continuar no movimento após o parto?**

### **3.5.3 Relato de parto**

Compreende os textos existentes cuja elaboração não conta com a participação do pesquisador. Esses textos devem ser situados dentro dos seus contextos e devem ser analisados de forma minuciosa e não apenas com o objetivo de confirmar indícios. Eles podem oferecer *insights* dentro das perspectivas, práticas e eventos (Charmaz, 2009).

Foram analisados 18 relatos de parto de 12 participantes que publicaram suas experiências nos *sites* ou nas listas de discussão *on-line* dos referidos movimentos. Apenas 03 das 15 participantes, identificadas por VC, MT e FC não tinham publicado seus relatos de parto. Esses relatos são descrições minuciosas da trajetória de gestação e parto das mulheres.

A análise desses relatos foi realizada ao longo de todo o período de coleta de dados, de julho de 2012 a dezembro de 2013, fornecendo informações complementares às entrevistas e essenciais para o desenvolvimento das categorias teóricas.

## **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados a partir das leituras sucessivas dos materiais coletados: **diário de campo da observação participante, entrevistas transcritas na íntegra e relatos de parto.**

A análise iniciou-se pela **codificação**, que consistiu na separação e sintetização dos dados. Foi feita uma marcação de trechos da entrevista ou do relato, de modo a formar “segmentos de dados”. Essa marcação possibilita o refinamento e a classificação dos dados, favorecendo as comparações entre os diversos segmentos. Um exemplo dessa etapa da análise é apresentada no Quadro 3.



**Quadro 3: Exemplo de marcação da entrevista em segmentos de dados e codificação**

Trecho da entrevista	Códigos
<p>Minha primeira gravidez foi em 2009, engravidei em agosto de 2009, <u>foi uma gravidez planejada</u> tínhamos dois anos de casados e aí planejamos engravidar. Sou enfermeira de formação, desde quando estudei a saúde da mulher, <b><u>sempre quis o parto normal</u></b>, <u>quando estudei achei mais importante ainda</u> e aí quando me vi grávida. <u>Iniciei o pré-natal com a médica que eu fazia os controles anuais, ela era muito boazinha, cheguei a perguntar pra ela nas primeiras consultas sobre o parto, ela falou que fazia parto normal mais tinha que definir no final da gestação. Eu sabia que poucas das mulheres que conversava no consultório, poucas ou nenhuma havia tido parto normal, a grande maioria ou quase todas havia tido cesárea e era uma coisa que me incomodava um pouco a questão de que ela fazia muitas cesárias.</u> Em um Congresso de Enfermagem que teve <u>encontrei uma professora, que me falou de uma ONG do movimento pelo parto humanizado</u>, de novas experiências e eu <u>resolvi participar da ONG com cinco meses de gestação.</u> Fui ao <u>primeiro encontro, na primeira roda de encontro de gestantes</u> e aí <u>percebi já no primeiro encontro que se eu continuasse com a ginecologista que eu estava fatalmente eu cairia em uma cesárea desnecessária.</u> Então, a primeira conduta que tive foi <u>mudar de obstetra.</u>(RG1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tendo uma gravidez planejada;</li> <li>•<b>Querendo ter parto normal;</b></li> <li>•Achando mais importante ainda ter parto normal quando estudou enfermagem (saúde da mulher);</li> <li>•Iniciando o pré-natal com a médica que sempre fez os controles anuais;</li> <li>•Achando a médica muito boazinha;</li> <li>•Perguntando para a médica sobre o parto;</li> <li>•Escutando da médica que ela fazia parto normal, mas que tinha que definir no final da gestação;</li> <li>•Sabendo que poucas ou nenhuma das mulheres que conversava no consultório tinha tido parto normal, a grande maioria ou quase todas havia tido cesárea;</li> <li>•Ficando incomodada devido a médica fazer muitas cesáreas;</li> <li>•Encontrando uma professora que falou de uma ONG do movimento pelo parto humanizado;</li> <li>•Resolvendo participar da ONG com 05 meses de gestação;</li> <li>•Indo na primeira roda de encontro com gestantes;</li> <li>•Percebendo já no primeiro encontro, que se continuasse com a ginecologista que estava, fatalmente, cairia em uma cesárea desnecessária;</li> </ul>

Na codificação, os dados das entrevistas e dos relatos de parto foram “quebrados”, examinados e analisados palavra por palavra, linha por linha, incidente por incidente. Os códigos foram nomeados por verbos no gerúndio, para transmitir a sensação de ação e sequência, e termos empregados pelas participantes da pesquisa.

A codificação possibilitou detectar e desenvolver as subcategorias e seus componentes, que são os códigos mais frequentes ou que mais se destacaram. Além disso, os códigos foram utilizados para analisar minuciosamente novos dados, indicando quais temas deveriam ser investigados na coleta subsequente. O Quadro 4 apresenta um exemplo dessa codificação.

**Quadro 4: Exemplo de codificação**

Códigos	Código frequente
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Querendo ter parto normal – RGPI</li> <li>•Não conseguindo imaginar trazer o filho ao mundo de outra maneira, que não for do jeito que estudou e que viu que é melhor – VC</li> <li>•Sentindo que agora é sua vez, ela é a gestante que está buscando o parto normal e natural – VC</li> <li>•Não querendo ter a mesma experiência da mãe, que teve cesárea eletiva, antes do tempo, do irmão que estava sentado e teve um monte de problema – MT</li> <li>•Querendo mudar o que não foi bom na história dela – nasceu de cesariana - e ter a chance de fazer melhor – FCP1 e FCP2</li> <li>•Querendo parto normal, mas não sabendo nada – FC P1</li> <li>•Sabendo que queria ter o parto normal, mas não sabia nem o porquê – FC P1</li> <li>•Pensando que estava tendo uma nova oportunidade, dessa vez ia conseguir um parto para se renovar, para curar todas as suas cicatrizes, dessa vez ia fazer tudo direitinho – FCP2</li> <li>•Falando que queria acabar de ter o neném e cuidar dele normal, cuidar da 1ª filha e pegar ele – o segundo – no colo – FCP2</li> </ul>	<p><b>Querendo ter parto normal</b></p>

Charmaz (2009) e Kimura, Tsunehiro e Angelo. (2003) recomendam que o pesquisador selecione e decida quais códigos permitem uma melhor compreensão analítica do fenômeno. Ressaltam, também, que a codificação auxilia o pesquisador a abster-se de imputar seus motivos, medos e questões pessoais não resolvidas aos sujeitos e aos dados coletados.

Ainda nesta etapa da análise, foram redigidos **memorandos**, que são anotações analíticas preliminares sobre os códigos e as comparações.

Nos memorandos, o pesquisador registra de modo informal seus pensamentos, comparações, conexões, questões e possíveis direções, refletindo sobre os dados. Charmaz (2009) considera essa etapa crucial, pois incentiva o pesquisador a analisar os dados e códigos desde o início da pesquisa.

A comparação dos dados e a redação dos memorandos possibilitaram a **categorização analítica**. Para tanto, as subcategorias e seus componentes foram agrupados por similaridades ou diferenças. Nesse processo, as categorias analíticas, que inicialmente são provisórias e experimentais, foram nomeadas e renomeadas. Para preencher as lacunas identificadas, buscaram-se novos dados nas entrevistas e nos relatos de parto.

O Quadro 5 e a Figura 1 apresentam exemplos dessa etapa da análise de dados.

**Quadro 5: Exemplo de categorização**

Códigos frequentes	Componentes da subcategoria	Subcategoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evitando a gravidez</li> <li>•Decidindo engravidar</li> <li>•Constatando exame positivo</li> <li>•Percebendo sinais e sintomas de gravidez</li> <li>•Levando um tempo para revelar gravidez</li> <li>•Não tendo coragem de tirar o filho</li> <li>•Decidindo ter o filho</li> <li>•Percebendo a gravidez atropelar projetos pessoais</li> <li>•Revelando a gravidez</li> </ul>	<p><b>Descobririndo a gravidez e querendo ter o filho</b></p>	<p><b>Engravidando e querendo ter parto normal</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Procurando um médico para o pré-natal</li> <li>•<b>Querendo ter parto normal</b></li> <li>•Percebendo a preferência do médico pela cesariana</li> <li>•Percebendo que o médico queria decidir por ela</li> <li>•Mudando de médico</li> <li>•Fazendo pré-natal pelo SUS</li> <li>•Gostando da nova equipe de pré-natal</li> </ul>	<p><b>Mudando o rumo do pré-natal em busca do parto normal</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tendo uma gravidez tranquila</li> <li>•Sentindo gratidão por ter uma gravidez sem intercorrências</li> <li>•Curtindo a gravidez</li> <li>•Tendo uma gravidez tumultuada</li> <li>•Tendo intercorrências na gravidez</li> <li>•Sentindo-se deprimida na gravidez</li> </ul>	<p><b>Vivendo a experiência da gravidez</b></p>	

**Figura 1: Exemplo de relação entre códigos, componentes da subcategoria, subcategoria e categoria**



Mediante análises sucessivas, foram desenvolvidas relações entre as subcategorias e categorias, que geraram um **modelo teórico** ou **categoria central** da experiência de gestação e parto das participantes da pesquisa.

O modelo teórico foi representado graficamente, pois segundo Charmaz (2009), a **representação gráfica** das categorias e suas relações auxilia o processo de análise, situando os conceitos e orientando o movimento que existe entre eles.

Ao final do estudo, a categoria central foi validada por três participantes, mediante reunião com a pesquisadora, com apresentação e discussão da representação gráfica do modelo teórico.

É importante ainda destacar um pressuposto básico da TFD, descrito por Glaser e Strauss e denominado **saturação de categorias**. Segundo Kimura, Tsunehiro e Angelo (2003, p.41):

O pesquisador predetermina o primeiro grupo amostral: à medida que hipóteses provisórias são elaboradas e as categorias identificadas, são levantados novos dados em amostras diferentes para testar estas hipóteses e expandir as categorias existentes. A amostragem se completa quando não se obtêm mais dados diferentes ou novos, ou seja, quando ocorre a saturação das categorias.

### **3.7 Aspectos éticos**

As participantes da pesquisa foram devidamente informadas sobre os objetivos do estudo, tanto na coleta de dados por meio da entrevista, como por meio da observação participante e da análise textual. Destacou-se que os dados fornecidos seriam utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, respeitando-se o anonimato das participantes.

As mulheres participaram voluntariamente do estudo, mediante entrevista e relato de parto, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), garantindo-se o cumprimento das questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos. Além disso, foi solicitada autorização à coordenação do grupo Ishtar-BH, para a realização da observação participante nos encontros com as mulheres (Apêndice 2).

Vale ressaltar que todas as mulheres aceitaram prontamente participar do estudo, colocando-se permanentemente à disposição para fornecer informações durante a pesquisa.

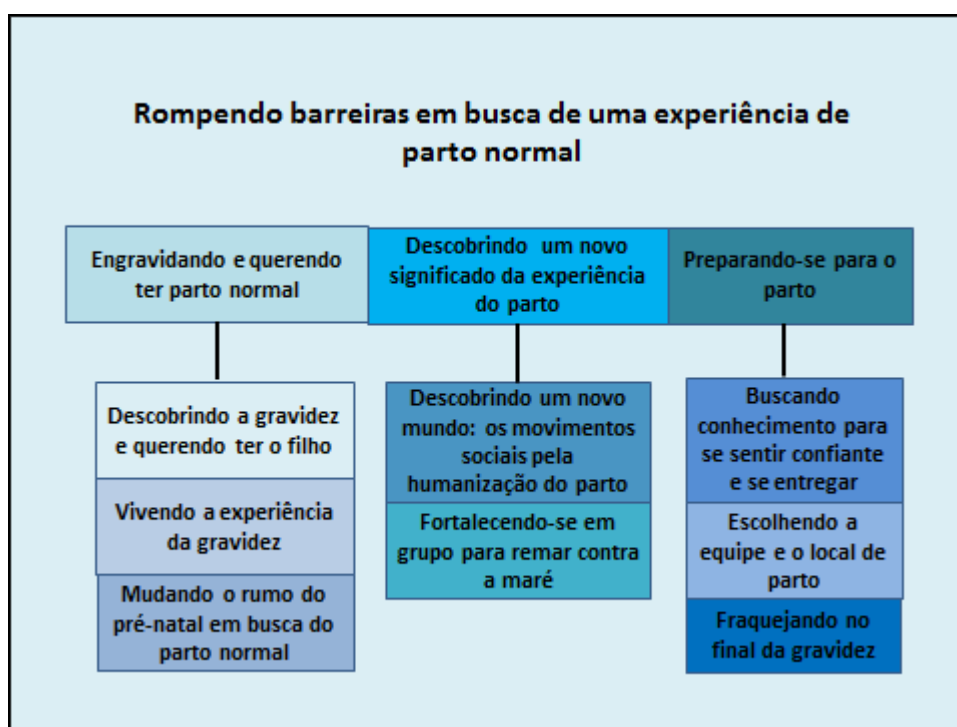
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, conforme a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal

A categoria “Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”, apresentada na Figura 2, revela o processo de idealização da experiência do parto ao longo da gestação, por meio de três subcategorias: “Engravidando e querendo ter parto normal”, “Descobrendo um novo significado da experiência do parto” e “Preparando-se para o parto”. Todo o processo vivenciado, desde a descoberta da gravidez até os momentos finais da espera do parto estão detalhados nessa categoria, por meio de suas subcategorias e componentes.

**Figura 2: Categoria “Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”, suas subcategorias e componentes**



#### **4.1.1 Engravidando e querendo ter parto normal**

Apesar de o desejo de ter parto normal existir previamente, é a partir da descoberta da gravidez e do desejo de ter o filho que a mulher inicia, efetivamente, o processo de idealização da sua experiência de parto. Conforme apresentado na Figura 2, a subcategoria “Engravidando e querendo ter parto normal” é composta pelos seguintes componentes: “Descobrimo a gravidez e querendo ter o filho”, “Vivendo a experiência da gravidez” e “Mudando o rumo do pré-natal em busca do parto normal”.

##### *4.1.1.1 Descobrimo a gravidez e querendo ter o filho*

A suspeita e confirmação da gravidez são vividas com muita expectativa e emoção quando se trata de uma gestação esperada pelo casal. Apesar de todas as alterações físicas e emocionais inerentes ao período gestacional, tudo é aceito pela mulher. A alegria de ter conseguido engravidar contagia as percepções e interpretações da vivência inicial da experiência.

Alterações físicas como o atraso menstrual e as modificações na mama, e alterações emocionais, como uma sensação de certa “estranheza”, são os sinais que mais contribuem para a mulher suspeitar da gravidez. Porém, é o exame de sangue que confirma sua suspeita.

Já a descoberta de uma gravidez inesperada, que não estava planejada para aquele momento, dependendo do contexto de vida da mulher, causa um impacto significativo. Ela se sente assustada, chocada, desesperada e até mesmo deprimida. Percebe que este acontecimento “atropela” seus projetos pessoais e profissionais, em especial aqueles relacionados à parceria conjugal, ao planejamento dos estudos e do trabalho.

Porém, mesmo tendo uma gravidez inesperada e estando em circunstâncias desfavoráveis para viver a maternidade, os valores pessoais da mulher não permitem que ela decida pela interrupção voluntária da gestação. Ela quer ter seu filho, apesar das consequências dessa decisão. Ao interagir consigo mesma, interpreta a realidade e faz sua escolha consciente,



em acordo com seus valores pessoais. Estes valores também contribuem para ela enfrentar as dificuldades referentes à situação.

O compartilhamento da notícia da gravidez, independentemente de esta ser esperada ou não, é um momento vivido com muita expectativa e a reação dos demais integrantes da família é muito marcante para a gestante. A manifestação de alegria e de apoio dos familiares fortalece a decisão de ter o filho e contribui para a mulher lidar melhor com a gestação. Essa é uma interação que estimula positivamente o enfrentamento das dificuldades da experiência da gravidez. Já a falta de apoio e a responsabilização exclusiva da mulher pela gravidez inesperada contribuem negativamente para a experiência, que é percebida e interpretada como desgastante e tumultuada.

*Viajamos. Lá comecei a notar que meus seios estavam aumentando e isso nunca acontecia. A ansiedade aumentava, mas não quis comentar com meu marido para não piorar. Véspera da menstruação, nenhum sinal (e sempre dava) e os seios só crescendo. Conte para o meu marido, que também ficou ansioso. No fundo eu já tinha certeza que estava grávida. Fizemos o teste de farmácia que coloriu em poucos segundos confirmando a gravidez. Alegria! (RG1)*

*Conforme os planos, engravidamos no final de dezembro. E ficamos sabendo depois de três exames de farmácia (dois negativos) e um de sangue hiperpositivo! Foi uma alegria extasiante. [...] Passamos os nove meses curtindo muito a gravidez e preparando a chegada da nossa pequenina. (CR)*

*Eu estava namorando há pouco tempo, cinco meses. E, aí eu fiquei grávida, tomando Mesigyna®, que é uma injeção. Aí foi aquele susto e tal, eu estava começando uma carreira, resolvi mudar de área, estava começando. Aí, resolvi parar tudo, cuidar da gravidez e preparar para a chegada. (FC1)*

*Quando eu saí do trabalho eu comecei a ficar estranha. Eu não queria comer direito, só que eu achei que eu estava estressada. [...] Todos os dias eu esperava minha menstruação chegar, e não chegava aí, é, fui fazer o exame. [...] Deu superior a 10.000, quer dizer que eu estava supergrávida. [...]. contei para minha mãe, chorei muito. Minha mãe também foi uma mãe solteira. Ela mais ou menos que sabia o que eu ia passar. E ela falou: “eu não vou te reprimir, você é uma filha que sempre me deu orgulho.[...] Filho é vida, a gente não tá lidando com a morte de ninguém, a gente tá lidando com uma vida que vai chegar e ela vai ser muito bem recebida”. Nesse primeiro momento, a minha mãe ficou muito mais feliz que eu. Porque eu estava desesperada! Eu tinha acabado de sair do trabalho, eu tinha largado a faculdade, o pai do meu filho simplesmente fugiu da responsabilidade, o que que eu ia fazer?[...] contei para ele em fevereiro, nós passamos por uma briga terrível, ele queria que eu tirasse o meu filho.[...] falei com ele, não, isso não passa pela minha cabeça, eu acho que o aborto é uma questão que cada mulher tem que decidir, mas para mim é inconcebível, comigo eu não faria. (MT)*

*Comecei a tomar aquela micropílula para quem amamenta, só que aí eu descuidei da pílula, a gente descuidou, e aí eu fiquei grávida de novo, eu tinha um mês de empresa, foi horrível assim, foi um choque. Da primeira vez todo mundo assustou, mas “oh que bom, um bebê e tal”, todo mundo fez uma festa assim né, o segundo faltaram me pregar assim na cruz e enfiar igual Jesus, todo mundo, todo mundo mesmo, sem exceção, minha mãe, meu pai, marido, a família dele, todo mundo. E o que eu ia fazer? Já estava né, não podia tirar, né, não existe essa possibilidade para mim. Aí foi uma gravidez totalmente tumultuada, eu tive tudo de ruim que uma grávida pode ter, eu tive enjoos até o sexto mês, eu fiquei anêmica, tudo! E depressão assim, o tempo inteiro só chorava, a gravidez inteira eu só chorava. (FC2)*

A mulher percebe mudanças em seu corpo, em seu estado emocional, e identifica o resultado positivo. Porém, a gravidez está no universo da sua imaginação. Ao ver as imagens do corpo do bebê em um monitor, por meio do ultrassom, a gravidez se torna uma realidade mais

concreta para a mulher. Ela interpreta que existe realmente um bebê crescendo em seu corpo e isso contribui para mudar o significado de estar grávida, especialmente, quando a gravidez não estava em seus planos. Ela passa a viver a gravidez em si.

*A gente ainda estava assimilando a ideia. Até o dia em que a gente fez um exame morfológico. Aí, quando a gente viu o pezinho, o coraçãozinho, aquelas coisinhas todas. Acho que a partir desse dia a gente começou a viver a gestação em si, porque o filho passou a ser parte de conversas, de planos. (VC)*

O contexto do planejamento da gravidez influencia o estado emocional da gestante, mas não compromete a mobilização que ela faz para concretizar os desejos relacionados à experiência do parto. O desejo de ter parto normal, na maioria das vezes, existe previamente à constatação da gravidez e tem relação direta com as experiências de parto de amigas e mulheres da família, especialmente de mães e avós.

Nesse momento, a mulher ainda não tem clareza do significado do parto para ela, mas já existem em seu *self* algumas interpretações dessas experiências secundárias às informações recebidas ao longo da sua vida. Ela quer ter um parto normal, mas precisa de mais conhecimentos para trilhar o caminho que permitirá realizar esse desejo.

Tanto experiências de parto normal como de cesariana, especialmente da própria mãe, positivas ou negativas, influenciam a mulher na escolha do parto que deseja ter. Seja para viver uma experiência semelhante ou diferente, estas histórias são referências para ela. A percepção e a interpretação dessas experiências motivam a busca por mais informações sobre gestação e parto.

*O meu irmão, ele nasceu de cesárea eletiva, antes do tempo. Ele teve um monte de problema porque estava sentado e a médica convenceu a minha mãe, que já que ele estava sentado mesmo, ele não ia virar. Eu falei: “não, eu não quero isso pra mim, eu não quero”. (MT)*

*A vivência da minha mãe era muito forte para mim. Teve três cesáreas. Minha sogra também teve três cesáreas e eu perguntava assim: “que estranho, por que as nossas avós, só uma geração antes, todas tinham os partos em casa?” Então como que pulou tão rápido né, não passou nem pelo parto normal hospitalar na minha família, foi direto para cesárea. Eu comecei a questionar o sistema por causa dela. (RC1)*

*Aí, eu comecei a procurar médico e eu sempre quis ter o parto normal, mas não sabia nada, sabia que eu queria ter o parto normal, mas não sabia nem o porquê. Foi quando eu consultei com uma médica e eu perguntei o que eu podia fazer com antecedência pra ter mais chances, ela falou: “você não pode fazer nada, tem que esperar para a gente ver como vai ser”. Aí eu achei, aquilo me pôs uma pulga atrás da orelha, pensei “não é possível né, ela tem que ter alguma coisa, que possa me preparar melhor para aumentar minha chance”. Aí que eu comecei a pesquisar. (FC1)*

*Minha mãe leu “Leboyer” e nasci naturalmente depois de 12 horas de trabalho de parto, em um hospital. Esta história sempre me foi contada com orgulho, olhos brilhando, como uma primeira declaração de amor: “quis que você nascesse sorrindo”, ela sempre diz. É claro que isto me influenciou. (GS)*

*Comecei a me interessar por assuntos relacionados a gravidez, parto e filhos. Lia tudo o que via pela frente, me inscrevi em listas de discussão na Internet e pesquisei muito para ter uma ideia mais profunda e crítica sobre esses assuntos, especialmente sobre a gravidez e o parto em si. Por influência da minha tia-mãe, que me pegou no colo ao nascer e me entregou para minha mãe, tive curiosidade em pesquisar e entender mais sobre o parto. (CR)*

Essas primeiras percepções e interpretações são importantes, pois possibilitam, por meio da busca por mais informações, que a mulher amplie seus conhecimentos e descubra o “mundo” da humanização do parto, evidenciado na subcategoria “Descobrimo um novo significado do parto”.

#### *4.1.1.2 Vivendo a experiência da gravidez*

A gravidez é avaliada como uma experiência positiva, especialmente quando não ocorrem intercorrências clínicas. Porém, é sempre um momento crítico para a mulher, de transição, cheio de expectativas, cuidados e preocupações com seu bem-estar e o do bebê.

Algumas intercorrências clínicas, como o diabetes gestacional, acarretam desgastes para a gestante, mas como ela busca informações ao longo de toda a gravidez, sente-se mais confiante, interpreta sua realidade e lida mais tranquilamente com essas intercorrências. Também se sente mais segura quando está sendo acompanhada por profissionais com quem tem a liberdade de compartilhar informações, desejos, preocupações e dúvidas.

Quando a mulher e os profissionais compartilham a visão de que a gestação não é uma doença, mas um processo fisiológico e natural, valorizam essa realidade e não agem apenas buscando doenças durante o pré-natal. A mulher possui a informação de que, assim como o parto, a maioria das gestações evolui sem intercorrências e deseja ser cuidada sob esta ótica. Assim, quando os profissionais não compartilham desse significado, ela percebe e interpreta que seus direitos estão sendo negligenciados e desrespeitados.

Já os problemas emocionais têm maior peso na avaliação da experiência da gestação. A mulher interpreta que sua gravidez está tumultuada quando tem que lidar com uma relação conflituosa com o pai do bebê, com familiares e com os outros filhos. Ela também tem dificuldades em conciliar sua vida de estudante e de profissional com a nova realidade de estar gestante.

*Também tive diabetes gestacional com controle alimentar, com 39, 38 semanas eu fiz um ultrassom aí que apareceu circular de cordão, eu sabia que não era empecilho para o parto normal, mas de certa forma passa alguma coisa na cabeça, algum grilo na cabeça, eu estava tranquila porque eu tinha certeza de que ia dar certo. Eu sabia que ia dar certo, então nada ia me deixar transtornada. O bebê estava grande, o médico tinha falado que se estivesse com percentil acima de 90 que ele não aconselharia o parto domiciliar, porque o bebê ia ser muito grande e tal. Aí, eu fiz o último ultrassom, o bebê estava no percentil 90, mas ele falou que ela – a médica do ultrassom – usou uma tabela antiga. “Vamos usar uma tabela mais atual e tudo”. Aí, o bebê não estava mais no percentil 90. (RG2)*

*Inocente, não percebia que tais direitos já estavam sendo negligenciados e desrespeitados. Embora a própria médica afirmasse que a gravidez não é uma doença, sua conduta era mais no sentido de me alertar sobre os riscos que mãe e feto poderiam vivenciar e reforçar a importância dos cuidados, que valorizar o processo natural que evoluía aos nossos olhos. (DS1)*

*Ao longo de todo o processo, eu acho que tive uma gravidez muito tranquila, para mim foi um pouco mais complicado por causa da faculdade, foi mais difícil você ser gestante e você estudar, tinha minha monografia. Eu tive que dar um jeitinho de conseguir fazer todos os créditos que estavam faltando no primeiro semestre para ficar só o TCC no final do ano que até agora eu não defendi, vai ser só no ano que vem. Independente disso foi um processo muito tranquilo e eu, felizmente, não tive nenhuma intercorrência. (VC)*

*Eu tenho muito que agradecer a Deus. Eu tive uma gestação que eu não tive nada, nada, nada, não apareceu dor de cabeça, nada, minha gravidez foi muito feliz. O único problema foi realmente esse, com o pai do meu filho. (MT)*

*Aí, fiquei em casa, só que ficar em casa foi muito difícil, a minha filha desde o início parece que ela já sentiu, não sei se coincidiu com a idade dela que começa a achar que tem autonomia, mas é bebê ainda e eu não conseguia lidar com isso, fiquei, nossa, muito estressada e ela fazia tudo para chamar atenção, super carente e eu super sem paciência, tadinha, ela sofreu muito também. (FC2)*

Outro aspecto relevante refere-se aos desgastes emocionais relacionados ao desejo de ter parto normal. Quando este desejo não é compreendido ou compartilhado pelo parceiro ou pelos familiares da gestante, ela se desgasta, tentando se fazer entender. À medida que um novo significado do parto se revela para a mulher, ela deseja compartilhá-lo e enfrenta a cultura divergente.

*Eu comecei a estudar e a compartilhar as informações. Aí, começou a guerra né, porque quem não está nesse contexto, acha que é bobagem, que tanto faz parto normal ou cesárea. E a minha gestação toda foi meio tumultuada por isso. Eu ficava tentando provar para as pessoas que isso era importante, para pessoas que não estavam preparadas, que não iam entender nunca, aí foi muito desgastante a gravidez toda. (FC1)*

#### *4.1.1.3 Mudando o rumo do pré-natal em busca do parto normal*

Com a constatação da gravidez e o desejo de ter o filho, a mulher busca assistência pré-natal. Em geral, se ela é usuária do sistema suplementar de saúde, inicia o pré-natal com o ginecologista que já a atendia em consultas de rotina. Ela acha que para ter parto normal basta querer, mas, ao manifestar seu desejo ao profissional, percebe que a vontade não basta, pois empecilhos começam a aparecer.

Nesse processo interacional com os profissionais, especialmente médicos do setor suplementar de saúde, a mulher percebe e interpreta que existe uma cultura em prol da cesariana em nosso país, sustentada pelo significado do parto como um evento de risco para o bebê e de sofrimento

para a mulher. Ela escuta do médico que hoje a mulher não precisa ter parto normal, não precisa sofrer, pois a medicina evoluiu. Escuta também que só ao final da gestação ele pode saber se o parto será normal e que ela só poderá ter esse parto se não ocorrerem intercorrências.

A mulher percebe, com perspicácia, que o parto normal não é a regra, mas a exceção, e que a cesariana, que deveria ser uma exceção, constitui a regra. Ela suspeita do excesso de cesariana pela quantidade de puérperas pós-operadas que frequentam a sala de espera do consultório médico. Além de concluir que o parto normal representa uma exceção, a gestante nota que assistência obstétrica oferecida é padronizada e inclui intervenções de rotina, como a posição litotômica, a analgesia, a infusão de ocitocina e a episiotomia. Essas percepções provocam inquietudes na gestante que se sente motivada a buscar mais informações.

Ela também percebe a relação desequilibrada de poder que se estabelece entre o médico e a gestante, em que está na mão do médico a decisão quanto à via de parto, e ela nada pode fazer para aumentar sua chance de parto normal. Ao ouvir do médico tal informação, a mulher percebe uma realidade paradoxal. Questiona que o médico não pode assumir a responsabilidade sobre um processo fisiológico que ocorre no corpo dela. Evidencia-se, assim, a visão do parto como um evento patológico e despersonalizado.

Destacam-se também as falas do profissional no sentido de que “a mulher não é índia para ter parto de cócoras” e de que “o parto tem que ter episiotomia”. Quando a mulher já teve acesso a informações sobre práticas recomendadas na atenção ao parto, percebe o desconhecimento do médico em relação às evidências científicas que apoiam a livre escolha quanto à posição de parir e à prática da episiotomia seletiva. A escuta de tais asserções e sua interpretação, reiteram para a gestante, a ideia da necessidade de o médico controlar o corpo feminino e do significado do parto como um evento patológico, despersonalizado e arriscado para a mulher e para o bebê.



Essas escutas e percepções têm impacto significativo para a mulher e ela toma decisões com base na interpretação dessa realidade. Ela busca mais informações para tentar compreender este contexto.

*Iniciei o pré-natal com a médica com quem eu fazia os controles anuais, ela era muito boazinha, cheguei a perguntar para ela nas primeiras consultas sobre o parto, e ela falou que fazia parto normal, mas tinha que definir no final da gestação. [...] Eu sabia que poucas das mulheres que eu conversava no consultório, poucas ou nenhuma havia tido parto normal, a grande maioria ou quase todas havia tido cesárea e era uma coisa que me incomodava um pouco, a questão de que ela fazia muitas cesáreas. (RG1)*

*E eu conversei com ele, era meu médico desde que eu tinha 13 anos. E ele falou o seguinte: “Olha, eu não faço parto normal, demora demais. Eu não vou parar um congresso para ir te atender. Mas pensa bem, você é nova, você não precisa passar por isso. Você é muito novinha para enfrentar um parto normal”. Mentira! Tenho 21 anos, não sou tão novinha assim. “Você é muito novinha para isso, você não precisa disso não, a medicina evoluiu muito”. (MT)*

*Aí, eu levei meu plano de parto para ela, aí ela me falou que ela não abria mão de algumas intervenções e aí, o que eu mais considerava valioso, foi o que ela mais considerava que tinha que ser do jeito dela, que era a litotomia e o que eu não queria de jeito nenhum, a episiotomia. (RC1)*

*Na conversa sobre intervenções como episiotomia, lavagem, tricotomia, Kristeller, entre outras, e do meu desejo de um parto de cócoras ou na água, ela me disse que nós, mulheres ocidentais, não temos períneo para isso “isso é coisa de índio, que vive agachado e aguenta essa posição”. (CR)*

*Uma médica chegou a me falar aquela clássica frase que a gente não é índia, que ela até poderia fazer um parto normal, mas com tudo que tem direito, com episiotomia, ocitocina sintética, tudo. (FC1)*

Por fim, a mulher percebe que o ginecologista que fazia os controles de rotina não necessariamente poderá atender a seu desejo de parto normal, do modo como ela quer. Ela nota um conflito entre o significado do parto como uma experiência fisiológica e natural, que está se revelando para ela, e o significado do parto como uma experiência de sofrimento e de risco, que é posto pelo médico. Essa realidade incomoda a gestante, que se mobiliza e toma a atitude de mudar de obstetra ou de instituição para fazer o pré-natal e ter o parto.

Diante dessa realidade, a mulher vivencia uma verdadeira peregrinação na gestação, em busca de um profissional que possa atender seu desejo de parir, especialmente no setor suplementar de saúde. Ela se consulta com muitos médicos, até encontrar um favorável ao parto normal, ou opta por fazer pré-natal no SUS, apesar de ter acesso ao sistema suplementar de saúde.

*Fui a outro médico do plano de saúde que teimou em falar mal do Hospital X também. Larguei o plano de saúde, não volto mais! Aí, minha mãe falou que eu era louca, que eu era doída, ficar dependendo de SUS. (MT)*

*Eu fui a oito médicos até chegar no doutor X. Porque todos me falavam que tinha que ver na hora, que não era assim. (FC1)*

*Percebi, já no primeiro encontro, que se eu continuasse com a ginecologista que eu estava, fatalmente eu cairia em uma cesárea desnecessária. Então, a primeira conduta que tive foi mudar de obstetra. (RG1)*

*Percebi que se não mudasse de médico não poderia vivenciar meu parto da maneira mais natural e fluida possível. (KB)*

Nessa busca, a mulher tem acesso a outros profissionais que compõem a equipe de assistência pré-natal, como psicóloga, nutricionista, enfermeira, enfermeira obstetra e fisioterapeuta, e se considera beneficiada por essa atenção multiprofissional.

*Marquei consulta com um novo ginecologista e também marquei com a enfermeira-obstetra no Hospital X e comecei fazer o pré-natal com os dois. (RG1)*

*Senti muito mais acolhida no pré-natal do SUS do que no pré-natal do plano. Aqui no posto, a gente é atendida um mês por uma enfermeira e no outro por um clínico e se acontecer alguma coisa, a gente é enviada para um obstetra. [...] A enfermeira foi um anjo, a gente conversou muito. E tem uma equipe com psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. Todo mês tinha a reunião com elas, eu tirei muitas dúvidas, a psicóloga também me ajudou bastante. (MT)*

*O pré-natal foi feito da forma como desejei, no SUS, por enfermeira obstetra já conhecida, com uma seção de exame de sangue (que rastreou as principais questões) e de urina, um único ultrassom, feito para se descobrir o sexo. Nenhum exame de toque. Como os exames clínicos e as minhas sensações mostravam que tudo ia bem, a enfermeira e eu não saímos em busca de doenças. A gestação que já havia vivido e a cesárea que vivi haviam me ensinado muito sobre mim. Constantemente eu repensava sobre meus pensamentos e comportamentos na primeira gravidez e parto e avaliava qual conduta havia me afastado de parir. Cheguei a uma infinidade de respostas, e cuidei de cada uma delas. (GC2)*

Essa mudança simboliza uma tomada de consciência de que ela precisa ser ativa na experiência. Ela interage com outras mulheres, com ela própria, percebe, interpreta e transforma sua realidade. Redireciona sua ação de acordo com sua avaliação. É como se ela “tomasse a rédea” da própria vida, ou seja, a mulher entende que a gravidez e o parto são dela e não dos profissionais.

A ação de romper com um profissional conhecido há muitos anos revela o protagonismo da mulher, sua autonomia, sua capacidade de assumir seus desejos e de fazer escolhas. Essas escolhas são determinantes para sua experiência de gravidez e parto.

#### **4.1.2 Descobrimo um novo significado da experiência do parto**

Conforme apresentado na Figura 2, a subcategoria “Descobrimo um novo significado da experiência do parto” é composta pelos seguintes componentes: “Descobrimo um novo mundo: os movimentos sociais pela humanização do parto” e “Fortalecendo-se em grupo para remar contra a maré”.

##### *4.1.2.1 Descobrimo um novo mundo: os movimentos sociais pela humanização do parto*

O primeiro acesso ao “mundo” da humanização ocorre, na maioria das vezes, via Internet, no processo de busca de informações sobre gestação e parto, motivada pelo desejo de ter um parto normal e pelas interações sociais que vivencia. Ao utilizar os termos parto normal e parto natural para buscar informações, conhece o termo parto humanizado e por meio desse, acessa os *sites* e *blogs* dos grupos de apoio que compõem o movimento pelo parto humanizado. No processo de interação com mulheres e profissionais que participam dos movimentos pela humanização do parto, ela também conhece o “mundo” da humanização. Nesse caso, o acesso pode ocorrer por meio virtual e também presencial, quando a mulher é convidada e aceita participar de rodas, encontros, cursos, eventos, exposições e manifestações sociais, dentre outras.

A mulher tem a oportunidade de ler e ouvir relatos de partos marcados por superação de dores, medos, traumas e frustrações e também por conquista, satisfação, alegria, felicidade e prazer. Tem ainda a oportunidade de ver vídeos e fotografias de mulheres em trabalho de parto e parindo, com expressões de felicidade e prazer.

Esses relatos e imagens causam impacto significativo na gestante, que se vê motivada a pesquisar sobre essa possibilidade: como a mulher pode sentir dor e prazer simultaneamente durante a experiência do nascimento de um filho? Diante desse questionamento, torna-se necessário

compreender o que é realmente um parto normal, o que é parto natural, humanizado e como o parto pode ser uma experiência positiva.

A mulher acessa um volume significativo de informações, por meio de *sites* e *blogs* de grupos de apoio ao parto humanizado, de profissionais e instituições que prestam assistência humanizada, listas de discussão virtual, redes sociais, como páginas do *Facebook*, entre outras. Considera que descobriu um novo mundo, até então totalmente desconhecido. Ela reflete sobre as informações que acessa e, ao interpretá-las, identifica-se com o que descobre.

Nos encontros presenciais e nas discussões virtuais, a mulher sente-se também motivada a conhecer maternidades que adotam um modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento. Conhecer essas instituições também contribui para que ela compreenda o novo significado do parto que está se revelando. Essa nova realidade se contrapõe ao significado simbólico do parto normal como sofrimento. Nesse contexto, o sofrimento no parto passa a ser entendido como fruto da violência obstétrica, em que a mulher é submetida a intervenções danosas, que intensificam a dor e não são respaldadas por evidências científicas.

Essa nova realidade também se contrapõe ao significado simbólico do parto como arriscado para o bebê. A mulher descobre a importância do parto normal para o processo final de amadurecimento do pulmão do bebê, para que o recém-nascido seja imediatamente aconchegado pela mãe, para que seja recebido em um ambiente tranquilo, acolhedor e para que permaneça aquecido pelo contato pele a pele com sua mãe logo após o nascimento.

*Engravidamos em um furo de tabelinha, programado inconscientemente, depois de quase um ano de casados. Uma hora depois de pegar o resultado do exame, entrei na Internet, no Google, e digitei parto natural. Entre as coisas que li, descobri o termo parto humanizado e então repeti a pesquisa com o novo termo. Só aí descobri que o parto normal havia se tornado raridade no Brasil, e, que quando acontecia, não era tão normal assim: mulher deitada, cortada, raspada, anestesiada, sozinha. (GC1)*

*Eu conheci uma pessoa que me indicou o Parto Ativo, fiz a inscrição na lista e comecei a participar no Facebook. Eu ficava o dia inteiro, lendo coisas e descobrindo as coisas. (MT)*

*Aí que eu comecei a pesquisar e descobri a ONG Bem Nascer. Na época, fui frequentar as rodas. Parece que eu descobri um mundo novo, porque eu não sabia nada de gestação, de criança, de bebê. Aí, eu comecei a estudar. (FC1)*

*Começou. quando conheci o Ishtar. Até aquele momento, eu não pensava em como meu filho viria ao mundo. Ao ouvir as histórias daquelas mulheres, ver seus olhos brilhando ao falar de dor e prazer e, mais que tudo, ao presenciar sua ligação com seus filhos, não tive dúvidas que o parto seria nossa primeira aventura juntos. Fiquei viciada nas reuniões. (GS)*

*Fui à Feira da Gestante e tinha um estande do BH pelo Parto Normal, um monte de foto de bebê nascendo, bebê saindo, e eu olhando aquilo assustada, eu falava: “Meu Deus do Céu, como que dói desse jeito e essa mulher tá aí rindo, isso não existe”. [...] Eu vi as fotos daqueles bebês nascendo, aquelas mulheres felizes, morrendo de dor e eu queria entender aquilo. [...] Aí, ela me deu uma camisa do BH pelo Parto Normal, aquela que tá escrito “Parto normal e amamentar, eu quero!” Falou assim: “pensa bem, pensa direito, seu filho tem direito de nascer em um momento respeitoso, em um momento tranquilo, respeitando o tempo dele”. Eu fiquei com aquilo na cabeça. (MT)*

*Eu achava que eu ia chegar ao pré-parto do Hospital X e ia ver uma sala cheia de mulher gritando, pedindo socorro, pedindo pelo amor de Deus para aquilo acabar. Quando eu cheguei lá, eu vi um hospital silencioso, tranquilo. Eu achei aquilo maravilhoso. Aí que eu fui começar a entender o que era parto normal. [...] Descobri nos grupos o que é violência obstétrica, descobri o que a minha mãe passou quando eu nasci. (MT)*

A experiência do parto é simbólica e por meio da interação com as mulheres que integram o movimento social pela humanização do parto, a gestante se aproxima de uma realidade até então desconhecida: de que o parto pode ser uma experiência natural, de superação, fortalecedora, prazerosa, maravilhosa e única. Ela interpreta essa realidade, dá um sentido e atribui um significado a ela.

Ler e ouvir relatos de parto das mulheres que tiveram experiências fortalecedoras toca profundamente a gestante, que, ao interagir com essas mulheres, consegue se enxergar na experiência do parto. Ela passa, então, a desejar uma experiência similar àquela que ela interpreta como positiva. Além do parto, outros conhecimentos atraem a gestante, como a evolução da gravidez e a amamentação.

Os conhecimentos sobre humanização do nascimento despertam na mulher uma consciência crítica da medicalização do parto e dos direitos em saúde. Ela também se conscientiza de que a criança tem o direito de nascer no tempo dela, de modo respeitoso e tranquilo. Percebe também que, para viver uma experiência de parto normal com o significado de superação e prazer, precisa ser ativa, para não ficar refém dos profissionais de saúde. Tem que estudar, se informar, questionar os profissionais e suas condutas, lutar e romper barreiras.

*Apesar de ter sido estimulada pela enfermeira e pelo médico, foi ouvir de outras mulheres que a experiência de parto poderia ser maravilhosa e única que me fez desejar também ter aquele momento. [...] Ouvindo aquelas mulheres, eu falei: “gente, como o parto pode ser diferente”. Eu descobri que um parto poderia ser realmente humanizado. Eu não sabia que existia essa possibilidade, isso tudo pelos relatos das outras mulheres. (RG1)*

*Quando uma amiga nos ouviu falar do parto como uma experiência de prazer e superação, ela também passa a desejar isto para si. Quando falamos para a grávida do nosso lado que não tivemos episiotomia, ela descobre que também não precisa ter a vagina cortada. (GS)*

*Descobri na Internet, nos grupos, que médico não é Deus, ele não sabe de tudo, eu posso, eu tenho o direito de questionar, de saber por que aquilo está sendo feito, eu não sou uma boneca que ele vai virar para lá e para cá.  
(MT)*

#### *4.1.2.2 Fortalecendo-se em grupo para remar contra a maré*

A experiência de ser ativa no parto inicia-se na gravidez, com as barreiras que a mulher enfrenta para conseguir ter o parto normal. Ela se conscientiza de que não é fácil e de que essa experiência não é oferecida pelos serviços de saúde, especialmente pelos serviços privados. Ela tem que buscar e construir o caminho que vai possibilitar a experiência de parir.

Uma das barreiras a ser enfrentada são as experiências negativas de parto normal de integrantes da família ou de amigas e conhecidas, que não poupam a gestante dos relatos de suas experiências negativas. A mulher tem de lidar com essa realidade e, quando a maioria de seus contatos próximos teve cesariana e não valoriza a experiência do parto normal, ou quando seu companheiro não compartilha de suas percepções e desejos, a mulher se sente sozinha e sem apoio para lutar pelos seus objetivos. Para essa mulher, uma verdadeira batalha se instala e ela tem que enfrentar as opiniões divergentes dos familiares.

O significado do parto como sofrimento para a mãe e risco para o bebê é compartilhado culturalmente, uma vez que o modelo obstétrico vigente no país oferece às mulheres ou um parto vaginal doloroso, sem acesso a métodos de alívio a dor, com intervenções, com tratamento desrespeitoso e restrições comportamentais, ou uma cesariana. Assim, de modo geral, as mulheres compartilham entre si experiências negativas de parto e consideram a cesariana uma opção segura.

Algumas mulheres consideram o parto normal como a melhor opção, mas acreditam que a decisão sobre a via de nascimento cabe ao médico e é tomada no final da gestação. Elas não questionam as indicações das cesarianas a que foram submetidas. Outras não expressam preferência entre



parto normal ou cesariana e afirmam que a gestante nem deve se preocupar com isso, mas com o enxoval e a decoração do quarto do bebê.

Assim, a mulher que deseja lutar para ter um parto normal sente-se discriminada e é considerada por familiares e amigos como “louca”, “doida”. A opção de ter o parto em casa, por exemplo, não é compartilhada com a maioria dos familiares e amigos da gestante antes do nascimento, para evitar os comentários negativos. Ela enfrenta uma realidade cultural diversa e contrária aos seus desejos e anseios.

Ao interpretar essa realidade como uma batalha ou uma luta, a gestante redireciona sua ação para se poupar e se proteger, considerando que está em um processo de “empoderamento”. Ela não comenta que pretende ter parto natural, especialmente se pretende parir em casa ou se é usuária do setor suplementar de saúde e deseja parir em um hospital ou centro de parto do SUS que oferece assistência humanizada.

*Quando eu comecei participar das rodas, eu comecei a perceber que para ter um parto humanizado, ou cesárea só se necessária e bem justificada, eu teria que buscar isso muito, isso não seria oferecido de graça para mim, não seria me dada a oportunidade dessa escolha se eu não buscasse isso. (RGI)*

*Só cesárea na família. Só uma tia minha que teve parto normal. E ela não mora aqui, mora nos Estados Unidos. Então eu não tinha uma pessoa para contar, brigar comigo, junto comigo. (FCI)*

*E minha mãe: “cuidado que tem aquela história do neném passar do tempo e é perigoso, e você sabe como é que seu parto foi difícil”. E começou a falar isso, e eu fiquei com aquilo na cabeça. [...] E minha mãe veio com aquela história de novo: “mas minha filha, é perigoso o neném passar do tempo, você tem que pensar bem, não é assim”. [...] Na minha cabeça existiam só duas formas do neném nascer: ou cesárea ou um parto difícilíssimo, igual a minha mãe teve. Médico subindo em cima dela. [...] Eu tive a clavícula fraturada, eu tenho sequelas desse parto até hoje. Eu estava numa posição desfavorável para nascer, o médico quebrou meu braço, machucou a minha mãe. Ela teve uma episiotomia gigante. Então, para mim só existia essa possibilidade terrível na minha cabeça. (MT)*

*Não é fácil, por mais que você saiba, por mais empoderada que você esteja. Acho que você tem que ser muita leoa pra lutar contra tudo, ir contra a maré e estar sozinha nisso tudo. [...] Eu não comento que eu vou parir em casa, que eu pretendo parir em casa, vão me chamar de louca, inconsequente, essas coisas. (VC)*

Ao mesmo tempo, as experiências e os relatos das mulheres dos movimentos pela humanização do parto motivam a gestante a lutar para ter um parto normal, com significado de superação e prazer. Ao escutar experiências positivas, a gestante se sente estimulada, animada, empolgada. Ela sente que não está sozinha, que muitas mulheres têm desejos afins e conseguem realizar o sonho do parto normal.

A interação com as mulheres do movimento, o compartilhamento dos desejos afins, dos medos e expectativas, faz com que a mulher se sinta à vontade, “empodere-se” e se fortaleça nos seus propósitos. Elas unem forças em prol do parto e nascimento mais humano, mais digno, mais respeitoso. Enfim, os movimentos sociais são fundamentais para “dar força para remar contra a maré”.

*É muito gostoso você estar no meio de um monte de grávidas ou de um monte de mulheres que querem a mesma coisa que você. [...] A maioria são histórias felizes, então é um bálsamo para uma coisa que você está confusa, que você está com medo, você vê que sim, ainda tem jeito, que você ainda consegue. (VC)*

*Eu fui adquirindo essa confiança com os relatos de parto, com os depoimentos, com as palestras que eu assistia e aí eu estava me sentindo super segura, super preparada, apesar das críticas, né? (FC1)*

*Lembro-me que, em algum momento, frases lidas nos diversos relatos de parto, nas listas de discussões e nas conversas com as amigas cibernéticas foram importantes no meu processo de empoderamento. [...] Durante o trabalho de parto, revivi muitas falas. É como se eu me conectasse com todas as mulheres que passaram pela experiência de parir. É como se uníssemos todas as forças em prol de um nascimento cada vez mais humano, mais digno, mais respeitoso. (LD2)*

*O grupo dá força para remar contra a maré, pois você não está sozinha, tem um cúmplice, porque para fazer o contrário tem demais, tem de sobra, né? (FC2)*

A interação com as mulheres do movimento direciona a ação da mulher para ser ativa e buscar uma experiência de parto normal e o mais natural possível, com significado de superação e prazer. Já a interação com a maioria das pessoas que não integram o movimento direciona a ação da mulher para ser passiva na experiência e deixar o profissional resolver o que é melhor para ela, pois o parto significa sofrimento e risco e só o profissional de saúde sabe abreviar o sofrimento e identificar o risco.

Assim, a mulher vivencia tensão e conflito no processo de idealização da experiência do parto, sentimentos que são contínuos e só se amenizam quando, em seu processo interacional consigo mesma, a mulher enxerga mais sentido na experiência natural, fortalecedora, de superação e prazer do que na experiência de sofrimento e risco. Ela acredita no significado de superação e prazer e não no de sofrimento e risco. Nesse

contexto, ela participa das atividades dos movimentos, para alimentar e fortalecer sua crença antes e durante sua experiência.

### **4.1.3 Preparando-se para o parto**

A experiência anterior de parto, o conhecimento adquirido nos grupos, a leitura de livros e a referência das experiências de outras mulheres contribuem para a idealização da experiência de parto. Ao integrar os movimentos sociais pela humanização do nascimento, a gestante idealiza uma experiência mais natural, com o mínimo de intervenções possíveis. A partir dessa idealização, ela pesquisa e faz escolhas que possibilitam a concretização do que é idealizado. Planeja quais pessoas vão estar presentes no momento do parto, os profissionais com quem contará, a assistência a ser recebida e o local onde ocorrerá o parto.

Conforme apresentado na Figura 2, a subcategoria “Preparando-se para o parto” é composta pelos seguintes componentes: “Buscando conhecimento para se sentir confiante e se entregar”, “Escolhendo a equipe e o local do parto” e “Fraquejando no final da gravidez”.

#### *4.1.3.1 Buscando conhecimento para se sentir confiante e se entregar*

A mulher conscientiza-se da necessidade de confiar nela mesma, no seu corpo, para esperar o início do trabalho de parto e para se entregar ao processo de parturição. Quando ela tem essa confiança no próprio corpo e na sua capacidade de parir, sente-se segura e não tem necessidade de buscar muitas informações. Faz suas escolhas com mais tranquilidade.

Se ela não tem essa confiança naturalmente, é necessário trabalhar para adquiri-la. Esse processo pode ser um desafio quando a mulher tem muitas referências negativas de parto, tem muitos medos e inseguranças, ou quando não se sente apoiada. É necessário ler e estudar muito para desconstruir mitos e medos, para compreender a fisiologia do parto e sentir que o corpo está preparado para parir.

Ela quer ler livros, pesquisar, estudar, ler e ouvir relatos de parto, pois o conflito e a tensão dos significados de superação e prazer *versus* sofrimento e risco continuam a existir, mesmo quando a gestante acredita nos significados positivos. Ela precisa de mais objetos sociais para serem interpretados, a fim de fortalecer sua crença. Ela percebe também que o preparo emocional, com o objetivo de confiar em seu corpo, de confiar em sua capacidade de parir e de se entregar, é o mais importante para a experiência de parir.

A mulher pode ter muitas informações, mas se ela não se sente segura e não se entrega, o trabalho de parto pode não se desenvolver. É necessário estar conectada com seu corpo durante todo o processo, perceber suas necessidades, atendê-las e permitir que o parto aconteça. O preparo para essa entrega é desafiador para a mulher.

Há também a necessidade de se preparar para enfrentar desafios, por exemplo, uma dor muito intensa ou intervenções que, porventura, possam ser necessárias durante o trabalho de parto e parto. Preparar-se para um parto diferente do idealizado, ou seja, com intervenções, não é fácil, devido à frustração que isso significa para a mulher. O parto com intervenções tem um significado simbólico de que seu corpo não foi capaz de parir naturalmente. Porém, se ela se prepara para se entregar, se prepara também para aceitar os limites dos seus desejos e expectativas.

*Comecei a pensar e escolher como é que eu queria: eu quero que seja à noite, eu quero música ambiente, eu quero bem escuro, eu quero a bola, eu quero a presença do meu marido e aí eu comecei a sonhar com aquilo tudo e construir um plano de parto dentro de mim. [...] Eu não me via de forma alguma em um bloco cirúrgico, em um ambiente frio que o médico tivesse conversando sobre futebol com o anestesista e eu tampada, meu rosto tampado, sem ver minha barriga, não me via desse jeito. (RG1)*

*Eu não tinha muita necessidade de ler algo científico, não. Eu não sentia necessidade disso porque isso já estava resolvido para mim. Mas o que mais me incentivou foram os relatos que eu lia mesmo. (RG2)*

*Então, comprei o livro do Ric Jones (Memórias de um Homem de Vidro). O livro chegou e eu estava com 37 semanas. Comecei a ler rapidamente, como se buscasse alguma resposta ali. [...] Li o capítulo da Madalena. Chorei compulsivamente com as últimas palavras do capítulo. Estava ali a resposta que eu tanto buscava: coisas da alma! Para quem não conhece o livro, este capítulo trata da história de uma mulher que teve cinco filhos em casa. Todos os partos muito rápidos e tranquilos. Vale a pena conhecer a história. Madalena foi para mim, a chave que fechava todo o processo de decisão que eu estava vivendo. (LD2)*

*Nesse mundo do parto humanizado as mulheres sempre falam: “você tem que confiar no seu corpo, você tem que confiar no seu corpo”. Eu tenho que trabalhar com isso, por um lado tive que aprender a confiar mais no meu corpo. [...] Chegando na hora do parto, para mim e eu só vou querer parir, eu já fiz as melhores escolhas e é como a gente sempre fala que a gente tem que se entregar para o processo fluir. [...] A gente sabe que a gente tem que ir preparada para o pior. Estou esperando aquela dor também (risos). Eu preciso trabalhar se eu precisar do plano B, se eu precisar ir para o hospital, alguma coisa assim, porque você idealiza tanto em um lugar que aí vai que não é, cria uma expectativa e eu me frustrro com o melhor que eu consigo. Porque não depende só de mim né? [...] A única coisa que eu tenho um pouco de medo é precisar ir ao plano B, como eu vou lidar com isso. Pode precisar de fórceps, pode precisar de um vácuo [...] Isso para mim tem sido a minha maior dificuldade. (VC)*

Outra questão fundamental para a mulher é a escolha de um acompanhante no qual possa confiar. Como ela tem consciência da importância de estar acompanhada por pessoas que irão contribuir para que se sinta segura, escolhe com cuidado esse acompanhante, em geral seu marido, sua mãe ou uma doula.

A gestante sente receio de escolher familiares que possam desanimá-la ou desencorajá-la, em razão de experiências pessoais e de relações afetivas conturbadas. Considera importante estar acompanhada por uma doula, por se tratar de uma acompanhante qualificada, que tem

conhecimento e experiência em lidar com a mulher em trabalho de parto. Ela acredita que a doula pode protegê-la de uma experiência negativa de parto.

*Eu queria que minha mãe fosse comigo para o hospital, apesar de eu ter muito medo dela me desanimar, dela me desencorajar. Não por maldade, mas pelo processo que ela viveu. Eu fiquei com medo. Eu não ia ter o pai do meu filho do meu lado, eu não ia ter o apoio dele, eu queria alguém que eu pudesse confiar do meu lado. (MT)*

*Aí, meu marido custou para aceitar da gente contratar as doulas por causa do dinheiro, eu falei: “não, vamos fazer nem que eu tenha que vender meu carro, porque eu não quero passar por tudo aquilo de novo”. Porque a cesárea, nossa, eu não desejo nem para o meu pior inimigo. (FC2)*

Preparar-se para o pós-parto também compõe o processo de preparo para a experiência do parto. Além da organização para receber o bebê em casa, como arrumar o quarto e o enxoval, a gestante relata a necessidade de se preparar emocionalmente para esse período. Ela pesquisa e tem conhecimento de que este é um período crítico, de labilidade emocional, e teme por não saber como vai reagir e adaptar-se a esta realidade.

*Fiz questão de fazer tudo. Lavei todas as roupas, passei todas as roupas, arrumei o quarto dele sozinha, assim, o cantinho dele no meu quarto né, arrumei, fiz tudo, 36 semanas a minha mala estava pronta, a mala dele estava pronta, tudo pronto só esperando a boa vontade do meninão nascer. (MT)*

*Não sei como eu vou vivenciar o pós-parto, eu acho que isso é o que mais me assusta, porque eu não sei como eu vou reagir, eu não sei o que fazer com esse monte de informação. (VC)*

#### 4.1.3.2 Escolhendo a equipe e o local do parto

Para decidir sobre o local do parto e a equipe de assistência, a mulher visita instituições e conhece profissionais durante a gestação. Este conhecimento auxilia seu processo de escolha, assim como as interações com as mulheres dos movimentos sociais. Ela escuta opiniões diversas durante esse processo, percebe, sente, interpreta e define o que deseja.

Suas decisões são pautadas pela experiência que deseja viver, pela confiança que sente em sua capacidade de parir e de assumir riscos. Esse processo é mais tranquilo quando a mulher se sente segura de si e acredita no significado do parto como superação e prazer. Ela sabe o que quer, sente-se confiante e compreende essa escolha como necessária para conseguir o parto que deseja.

Entretanto, estas podem não ser decisões fáceis, quando tem que enfrentar muitos medos e quando o parto significa, para seu parceiro ou outros familiares próximos, uma experiência de sofrimento e risco. Ela vivencia conflitos, pois apesar de ser ela quem vai parir, deseja o apoio dos seus entes queridos. Assim, a dicotomia entre os significados do parto como superação e prazer *versus* sofrimento e risco permeiam suas escolhas.

A opção da mulher em ter parto domiciliar ou no centro de parto é influenciada pelo desejo de ser cuidada por enfermeiras obstetras durante o parto, de não ter intervenções no parto, de não ter que se separar dos outros filhos e de superar os limites do próprio corpo. Ela também considera se sua gestação está evoluindo sem intercorrências, pois tem conhecimento de que, para parir no domicílio ou no centro de parto, precisa atender aos critérios clínicos de baixo risco obstétrico.

Já a opção pelo hospital, além de envolver critérios clínicos, é influenciada pelo receio de precisar de intervenções e pelo desejo de ter acesso a analgesia farmacológica para alívio da dor. A proximidade entre sua residência e o local de parto também pode influenciar a decisão pelo hospital. A gestante pode decidir, ainda, contratar uma doula ou uma enfermeira obstetra para ser assistida em casa durante a fase inicial do trabalho de parto, a fim de não se internar precocemente.



Selecionar o hospital onde se internar pode ser difícil, considerando as restrições que podem ser impostas à mulher. Quando é usuária do setor suplementar de saúde, o local precisa ter cobertura do seu plano ou seguro e, caso ela contrate um médico, deve se dirigir à instituição de saúde onde esse profissional atua. Por fim, a mulher precisa contar com a disponibilidade de vaga no momento da internação.

Em geral, a mulher registra em seu plano de parto, além das escolhas quanto ao local de parto e à equipe assistencial, suas preferências sobre como deseja ser assistida, a fim de participar seus desejos, receios e preocupações à equipe assistencial.

A mulher pode ter suas decisões questionadas por familiares e acompanhantes durante a gestação e até mesmo no início do trabalho de parto. Esta realidade exige determinação e segurança em suas decisões. Ela precisa confirmar e reiterar suas escolhas quanto à equipe e ao local não só na gestação, mas durante sua experiência de parto.

*Aí, começou, outras mulheres mais próximas de mim que tiveram parto domiciliar, comecei a ler os relatos também e, [...] comecei a voltar o meu olhar para aqueles relatos de parto domiciliar. [...] Acho que era isso, da superação, porque eu não queria usar a ocitocina, não queria amniotomia, nesse sentido, de não ter intervenção. E porque em casa as intervenções seriam mínimas. (RG2)*

*Aí comecei a ter conflito, porque eu achava que eu deveria ir para o Hospital X. Mas aí, o Hospital X estava fora de cogitação, porque todo mundo tem uma imagem horrorosa do hospital, o meu marido mesmo tem, eu levei ele para conhecer, para conversar com as meninas lá da Casa de Parto e mesmo assim ele se manteve bem resistente. (FC1)*

*A doula falou: “vamos para o Hospital X, antes de ir para o Hospital Y”. E eu falei: “não, vamos aqui – Hospital Y – que é mais perto, porque eu não estou aguentando, porque eu quero tomar anestesia, eu não aguento, vamos aqui que é mais perto”. (FC2)*

*Quando eu falei do Hospital X ele falou: “você é louca? Eles vão te matar naquele lugar, eles vão te deixar sofrendo, que não sei o quê”. Virou para minha mãe e falou: “não deixa ela fazer isso não, porque é perigoso, eu já vi milhares de casos de bebê morrendo lá”. Eu comecei a ver que ele estava falando comigo como se eu fosse uma criança, que ele tivesse que decidir por mim. E eu não estava achando aquilo legal. E ele falou tanto, que quando a gente saiu do consultório, minha mãe falou assim: “nós vamos pegar o dinheiro emprestado, nós vamos pagar para ele fazer o seu parto”. Aquilo eu achei um absurdo! Porque não era aquilo que eu queria. [...] Quando eu saí de lá eu falei: “eu não volto mais aqui, não volto!” (MT)*

*Iniciamos nosso pré-natal com o ginecologista que me acompanha. Felizmente, antes de me examinar, ele nos perguntou: “E o parto? Vocês não tem plano de saúde, quais são suas intenções?” Respondemos: “Hospital X”. Começou então um surto de um médico de 62 anos, 17.500 partos. Mais de uma hora no consultório com o doutor surtado, nos dizendo por que não deveríamos trocá-lo por uma enfermeira obstetra plantonista. [...] Ele se ofendeu muito, pois chegou até a oferecer fazer o parto gratuitamente na maternidade em que ele trabalha se nós disséssemos que a questão era dinheiro. Porém, os custos da maternidade nós teríamos que pagar. (GC1)*

*A ansiedade, o medo de não ter vaga para mim na casa de parto, a cobrança de meu marido por ter novamente ido a BH e ainda não ser hora, de novo. Me fizeram pedir à enfermeira obstetra que me internasse lá mesmo, no centro de parto normal, e me colocasse no soro com ocitocina para regularizar as contrações. (RC1)*

*Não tínhamos dúvidas quanto ao que queríamos: um parto humanizado, com o mínimo de intervenções e, claro, assistido pela atual equipe X. [...] Elaborei o plano de parto e tudo estava pronto para esperar o pequeno. Iríamos para o Hospital Z, na suíte de parto, no banquinho, sem intervenções desnecessárias, com o acompanhamento da doula. (GM2)*

#### 4.1.3.3 Fraquejando no final da gravidez

No final da gestação, as expectativas quanto ao parto aumentam e a mulher manifesta uma necessidade de se recolher, para se sentir tranquila e relaxada. Para de escrever nos *blogs*, de responder mensagens no *Facebook* e de “militar” pela causa da humanização do parto.

É como se ela fosse participar de uma competição esportiva e precisasse estar em uma concentração antes da prova. Este é realmente um período crítico, pois além da expectativa de entrar em trabalho de parto a qualquer momento, a gestante sente os desconfortos relacionados ao peso do útero. A mulher se sente como uma “bomba-relógio”, pois percebe que sua barriga está muito grande.

A mulher tem conhecimento de que pode e deve aguardar o início espontâneo do trabalho de parto. Mas no final da gestação, sente a pressão dos familiares e amigos, sente todas as emoções da espera do parto e sente-se enfraquecida. A mulher sente que “na teoria é lindo, mas na prática é difícil”. Em geral, os familiares e conhecidos ficam perguntando se já nasceu e se não está “passando da hora de nascer”, o que aumenta a expectativa da gestante.

Ela utiliza estratégias como mentir sobre a data provável do parto e evitar certas atividades, para lidar melhor com a espera do nascimento do filho. Sua expectativa soma-se à expectativa dos outros, especialmente da família, e ela tem de lidar com esta realidade no final da gestação.

Utiliza, então, diversos recursos para desencadear o início espontâneo do trabalho de parto, como comer comida apimentada, tomar banho quente e fazer sexo. Essas três práticas associadas são conhecidas como os “três *hots*”. Além dessas, ela utiliza outros recursos, como escrever uma carta para o bebê, relatando seus medos e desejos, fazer escalda-pés, tomar chás e ir sambar.

*Até o blog que eu fiz, [...] eu parei de escrever, porque eu falei: “ah não, chega, eu vou parar de militar e vou cuidar de mim”. Eu entrei de licença-maternidade [...]. Comecei a tentar me acalmar, tentar ficar mais relaxada, porque eu sou muito ansiosa. (FC1)*

*No final eu já não atendia telefone. O telefone fixo podia tocar até rachar, que eu não ia atender. O Facebook, eu respondia algumas pessoas, se perguntava demais eu também não respondia mais, porque já estava me irritando. (MT)*

*A doula conversou muito comigo, me explicou uma série de fatores que indicava o trabalho de parto e que se eu ficasse ansiosa, nervosa, retraída, o corpo também ia ficar. A gravidez toda eu falei com todo mundo, expliquei para um monte de gestante que é assim mesmo, que demora, porque que comigo vai ser diferente? (MT)*

*O único lugar que você pode falar realmente sua DPP (data provável do parto) é nos grupos né, que no restante você mente. Eu pedi para a doula falar que estava tudo bem no grupo, porque eu não queria expectativa das pessoas em cima de mim. A minha já estava difícil. (VC)*

*O tanto que eu chorava de manhã, porque eu não tinha entrado em trabalho de parto de madrugada. Fiz tudo o que eu podia, tudo o que eu podia: carta, entrei em trabalho de parto sozinha, fiz chá, escalda-pés, todos os hots, comi muita pimenta, dancei, não adiantou nada, nada, nada. (VC)*

Quanto maior o tempo de espera do parto, mais difícil a situação é para a mulher, em especial quando chega a 42 semanas de gestação. Ela se sente enfraquecida em sua luta para parir. Chora toda manhã quando acorda e se dá conta de que não entrou em trabalho de parto. Diz também que controlar a emoção da espera do parto é como “segurar água com a mão”. Ela vive uma tensão real devido ao risco de necessitar de intervenção, pois sabe que na gestação prolongada, a placenta pode não funcionar adequadamente e há necessidade de monitorar com maior frequência o bem-estar fetal.

Como para a sociedade brasileira o parto significa risco, criou-se uma crença de que a gestação não pode ultrapassar 40 semanas e que se deve fazer cesariana para interrompê-la. Aqui, novamente, a mulher que acredita no parto como uma experiência natural, de superação e prazer tem de lidar com o significado cultural do parto como um evento de risco.

*Chegou 42 semanas e eu não tinha entrado em trabalho de parto ainda. Foi muuuuito difícil, muuito difícil. Eu achava que eu dava conta, mas não adiantava nada eu saber as coisas, eu não podia fazer nada, só tinha que esperar. Sabia de tudo, mas... (VC)*

*Quanto mais tempo passava, meu filho podia fazer cocô na barriga e eu ter que fazer uma cesárea com indicação. Controlar esse tipo de emoção que eu não imaginava que eu ia sentir é como segurar a água com a mão. (VC)*

*Aí, eu via aquele monte de mãe no babycenter. “Ah, já estou com 40 semanas, o bebê não nasceu, vou ter que operar”. Eu tinha consciência do que eu queria e de que eu era capaz, mas aquilo enfraquece a gente. Falei com a doula: “olha, na teoria eu sei de tudo, eu li muito, eu sei do que eu sou capaz de fazer, mas eu tô... eu juro que eu tô fraquejando”. (MT)*

Em síntese, a categoria “Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal” evidencia o processo de a mulher descobrir um novo significado da experiência de parir, passando a acreditar nele. Ela pesquisa e lê sobre o assunto e interage com mulheres que já viveram essa experiência. Descobre um novo significado da experiência de parir ao interagir com mulheres que integram os movimentos sociais pela humanização do parto.

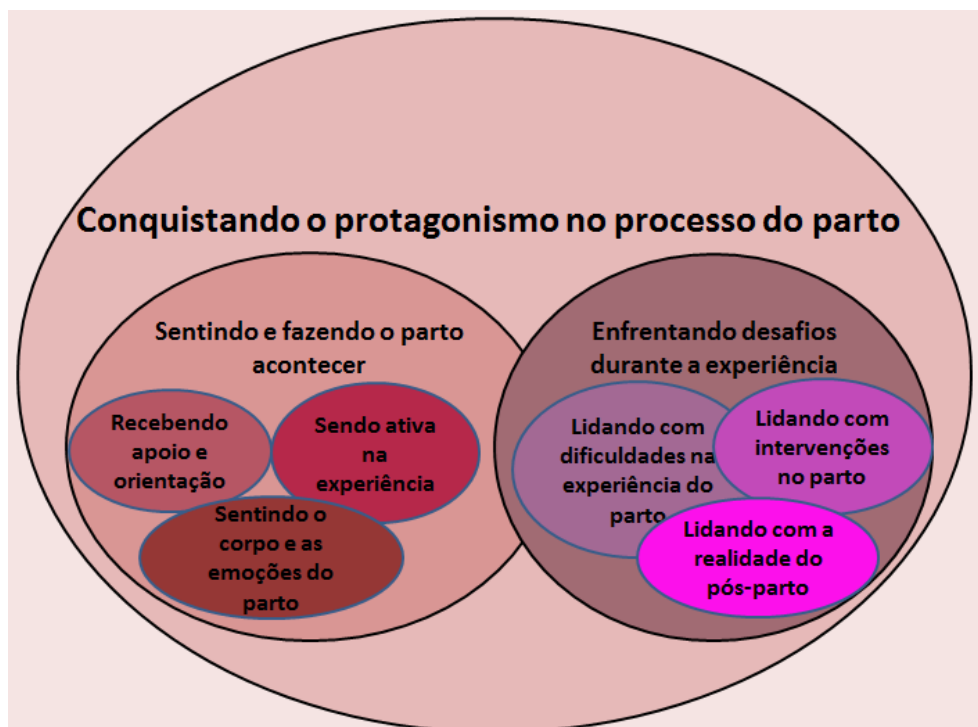
A experiência das outras mulheres é simbólica para a gestante, que percebe, questiona, reflete e interage. Ela percebe a perspectiva do outro, se vê na experiência, interpreta, dá sentido e atribui um significado ao parto. Passa a desejar não apenas um parto normal, mas uma experiência de superação e prazer.

A partir de então, inicia o processo de idealização da experiência que deseja viver. Enfrenta a dicotomia dos significados do parto como uma experiência de superação e prazer *versus* sofrimento e risco. Acredita na sua capacidade de parir e se fortalece na interação com as mulheres dos movimentos sociais pela humanização do nascimento. Fortalecida pela sua crença na melhor forma de viver essa experiência, começa a agir, vai à luta. Rompe barreiras e faz escolhas que vão possibilitar viver a experiência que deseja. Prepara-se intensamente para o parto, enfrentando a expectativa da espera, suas incertezas, inseguranças e os medos associados.

#### **4.2 Conquistando o protagonismo no processo do parto**

A categoria “Conquistando o protagonismo no processo do parto”, apresentada na Figura 3, revela a experiência do parto por meio de duas subcategorias: “Sentindo e fazendo o parto acontecer” e “Enfrentando desafios durante a experiência”. Todo o processo vivenciado, desde os primeiros sinais e sintomas do trabalho de parto até a amamentação no pós-parto, são detalhados nessa categoria, por meio de suas subcategorias e componentes. Ressaltam-se as sensações, emoções e percepções da mulher, assim como os desafios enfrentados por ela durante a experiência.

**Figura 3: Categoria “Conquistando o protagonismo no processo do parto”, suas subcategorias e componentes**



### **4.2.1 Sentindo e fazendo o parto acontecer**

A subcategoria “Sentindo e fazendo o parto acontecer” destaca as sensações e emoções da mulher, assim como seu processo ativo na experiência de parir. Ela não é passiva. À medida que experimenta sensações e emoções, interpreta-as, interage com as pessoas que estão compartilhando a experiência com ela, toma decisões e age. Não só permite como também contribui para que o parto aconteça. Conforme apresentado na Figura 3, “Sentindo e fazendo o parto acontecer” é uma subcategoria composta pelos componentes: “Sentindo o corpo e as emoções do parto”, “Sendo ativa na experiência” e “Recebendo apoio e orientação”.

#### *4.2.1.1 Sentindo o corpo e as emoções do parto*

O trabalho de parto possibilita a conexão da mulher com seu corpo, devido à intensidade das sensações corporais e emoções que ela vivencia. Trata-se de uma experiência visceral. As sensações sinalizam, para a mulher, a evolução do seu processo de parto. A experiência sensorial é intensa e repleta de significados, que desencadeiam emoções, os quais, por sua vez, influenciam suas percepções e interpretações e direcionam suas ações.

Inicialmente, a mulher sente contrações esparsas e irregulares, fase denominada por ela de preparação ou “pródromos”, que antecede o trabalho de parto propriamente dito, ou trabalho de parto ativo. Ela começa a contar as contrações para identificar com que frequência elas estão acontecendo e se estão ou não regulares.

Nesta fase, pode acontecer a perda do tampão mucoso, secreção gelatinosa que protege a entrada do útero. Como a mulher tem muita expectativa de viver a experiência do parto, a saída desse tampão é registrada e comemorada, pois, apesar de não significar isoladamente que ela está em trabalho de parto, sua saída significa que algo está mudando em seu corpo e que o trabalho de parto ativo pode se iniciar a qualquer



momento. Ela fotografa o tampão mucoso que saiu e envia a foto para sua doula.

A bolsa pode se romper na sequência, ou mesmo antes do início das contrações. Ela escuta o barulho da bolsa rompendo, como uma bexiga repleta de água que estoura, e sente-se molhada. Sente o calor do líquido escorrendo pela sua perna e se emociona.

Mais que a perda do tampão mucoso, a perda de líquido significa a proximidade do parto, pois a mulher sabe que a partir desse momento seu filho iniciará o processo de nascer, mesmo que ainda não sinta contrações frequentes e regulares. A ansiedade da espera do início do trabalho de parto é amenizada por este sinal, mas ao mesmo tempo, sente medo de a rotura precoce da bolsa desencadear a necessidade de intervenção no processo do parto, a fim de acelerar sua evolução.

Ela percebe a maior frequência de micções e evacuações e interpreta esse fato como um processo de limpeza e purificação do corpo para o nascimento da criança. Quando esses acontecimentos ocorrem à noite, ela tem o sono interrompido, tenta dormir, mas não consegue e fica atenta ao que está acontecendo em seu corpo. Como ela percebe sensações diversas simultaneamente, pode não identificar exatamente quando o trabalho de parto se inicia.

Quando os sinais clássicos de contrações dolorosas, saída de tampão mucoso e perda de líquido amniótico são pouco evidentes, podem ser de difícil reconhecimento para a mulher e ela fica em dúvida se está ou não se iniciando o trabalho de parto. Ela se baseia nas referências que tem, mas mesmo assim pode se sentir confusa se tem, por exemplo, uma referência de dor muito mais intensa do que a que está sentindo.

*Começamos a cronometrar as contrações e estava de 10 em 10 minutos. Dormi, mas a cada contração era como se eu acordasse. Eu as sentia e voltava a dormir. Até que acordei e não consegui dormir mais. Estavam de três em três minutos. Às vezes quatro ou cinco minutos. Enquanto isso, eu fazia xixi depois de cada contração. Limpei o intestino também. Era meu corpo se preparando para o momento. (LD2)*

*Quando as contrações começaram, achei que fosse o abacate. Fiquei enrolando, mas continuei sentindo. Eu não conseguia dormir. Comecei a marcar as contrações, que aconteciam de 12 em 12 e 10 em 10 minutos. Depois foi a vez de o tampão começar a soltar. E assim foi madrugada afora. E começou também uma evacuação sem fim. Meu corpo estava se purificando para o nascimento. (JS)*

*Eu tive pródromos muito doloridos. [...] Acho que um dia antes de entrar em trabalho de parto, saiu o meu tampão, aí eu tenho uma fotinha até hoje dele, eu mandei para a doula na hora, foi bem legal, nossa, muito legal. (VC)*

*De tempos em tempos eu acordava sentindo cólicas e comecei a pensar: mas será que estou entrando em trabalho de parto? Lá pelas cinco horas, levantei e fui ao banheiro fazer xixi. E percebi um catarro, bem pequeno e claro. Não parecia com o tampão que tinham me descrito. Percebi que eu estava mais úmida, mas isso já estava acontecendo há mais ou menos uma semana. Deitei para tentar dormir, mas não consegui. Ficar deitada doía. Então por curiosidade comecei a anotar o intervalo entre as contrações e a duração também. Estavam de cinco em cinco, de seis em seis. O que me deixou muito na dúvida era a dor. Era uma dor totalmente suportável e nada parecia com aquelas dores horríveis que ouvi várias mulheres falarem. Em certo momento, eu espirrei e senti que fique muito molhada. Fui ao banheiro e senti uma pequena quantidade de água descendo pelas minhas pernas. Também não parecia com as descrições que eu tinha sobre rompimento de bolsa. Fiquei achando aquilo tudo muito estranho. (LD1).*

*Às 18 horas fui fazer xixi e ploft! A bolsa estourou! Nesse momento minha ansiedade passou porque eu sabia que “não tem mais jeito, agora tem que sair”. (RG1)*

As contrações mais doloridas, frequentes e ritmadas indicam para a mulher que seu trabalho de parto se iniciou. Ao longo do processo, essas contrações tendem a aumentar cada vez mais em frequência e intensidade. Elas recebem denominações diversas, como “furacão”, “trator”, “rolo compressor”, “contrações punk”, entre outras. A dor das contrações é percebida como intensa nesta fase, mas ainda suportável. Ela então busca meios diversos para alívio da dor.

A mulher pode sentir calor durante as contrações e frio no intervalo entre elas. Pode sentir sede, fome, náuseas e pode até mesmo vomitar. Se estiver há algumas noites sem dormir, fato comum no fim da gestação, ela pode sentir muita vontade de descansar e dormir. É comum cochilar no intervalo entre as contrações.

No final do período de dilatação, fase chamada de transição, que ocorre ao final da fase de dilatação do colo e antes da expulsão do feto, a mulher sente que precisa se entregar ao processo, se abrir e relaxar. É um momento crítico para ela. Sente uma dor intensa, muito difícil de suportar, que irradia para a coxa, que imobiliza. Sente-se no limite, mal-humorada, feroz, sem lugar, louca. Não consegue andar, agachar, acocorar, não sente mais alívio com massagens nem com a água quente do chuveiro. Ela vira os olhos, reclama, geme e grita.

Sente-se em um nível de consciência alterado, que ela denomina “partolândia”. Neste nível de consciência, a mulher sente sua intuição aflorada e sua razão suprimida. É como se as funções do seu córtex primitivo estivessem aguçadas e as do seu córtex superior estivessem inibidas, como se estivesse “fora de si”. A mulher sente-se mais sensitiva e intuitiva. Sente-se completamente entregue ao que está acontecendo em seu corpo e dominada pela intuição. Sente muito mais do que pensa.

A mulher não percebe que atingiu este estado, ele simplesmente acontece, como se ela ficasse inconsciente, sem raciocinar e desconectada

do mundo exterior, embora possa ter pequenos instantes de consciência e racionalidade. Nesses instantes, ela percebe que “está gritando demais” e diz que “não aguenta mais”. Atingir esse estado contribui para que ela consiga enfrentar as contrações, suportar a dor e chegar ao período expulsivo. O fato de ficar focada no que está acontecendo em seu corpo e agir de modo intuitivo a protege de desistir de parir. Como ela perde a noção do tempo, seu processo evolui sem que ela se dê conta.

*Eu falei: “agora eu tenho que ir para a partolândia”. Eu tinha que começar a relaxar para eu me entregar e aí elas me sugeriram um banho. E aí eu fiquei muito entregue mesmo às contrações. [...] Sentia calor, pedia que abrissem a janela. Mas logo depois sentia frio, pedia o aquecedor. Já estava na partolândia. Não sei relatar os horários. As contrações foram ficando mais intensas e percebi que o bebê estava descendo. (RG2)*

*Eu tinha entrado na partolândia e nesse momento eu já não conseguia raciocinar nada, dizer nada, apenas gritar que ainda estava doendo. (LD1)*

*Gritando e chorando não, rugindo! Sim, como um animal totalmente fora do racional. Segundo meu marido, estava em transe, focada apenas naquele momento. Em piques de consciência eu dizia “estou gritando demais” (risos). (GM2)*

Após vencer a fase de transição, a mulher sente-se forte e com vontade de fazer força, com vontade de empurrar o bebê. Sente como se seu corpo sozinho fizesse a força. Sente pressão no ânus e na vagina. Sente vontade de evacuar. Sente a cabeça do bebê descendo pelo canal vaginal. Percebe que essa força não está sob seu controle, ela vem de dentro, é involuntária. É impossível não fazer força nesta hora. Essa força involuntária é conhecida como puxo. Os puxos são qualificados pela mulher como loucos, intensos, lancinantes.

Ela sente o bebê encaixando, descendo, girando, deslocando-se dentro dela. Põe a mão na vagina e sente os cabelos dele. Chora de alegria. Pode também não conseguir sentir a cabeça dele, pois tem receio de

introduzir os dedos na vagina e sentir aflição. Ou pode não querer sentir a cabeça do bebê. Mas sente que ele está pressionando, passando por dentro dela. Sente sua genitália queimando. Estas sensações são interpretadas como positivas, pois significam que o nascimento está próximo e que em breve estará com seu filho nos braços. Sente um “êxtase divino” tomar conta do seu corpo.

Assim, apesar de sentir as contrações com mais frequência e intensidade na fase de expulsão, a sensação intensa do puxo e a certeza da proximidade do nascimento do filho possibilitam uma experiência de menos dor e mais prazer. É uma dor com sentido e que dá sentido ao que está acontecendo. Diferentemente das contrações iniciais do trabalho de parto, esta dor traz energia e movimento. A mulher sente que precisa estar ativa, alerta.

Ela deseja intensamente viver esse momento que está acontecendo, ela está experimentando tudo o que sonhou. Ela manda a dor para fora, empurra o bebê para fora do seu corpo e o traz para seus braços. Interpreta que está no fim do processo cuja finalização só depende dela e que ela conseguirá parir.

*Então, veio uma contração e um puxo violento. Gente, o que é aquilo? Parecia um trator, um rolo compressor dentro de mim. É impossível não fazer força. Não estava sob meu controle. A força vem, está dentro da gente. Eu fiz força e senti ela descendo, passando por dentro de mim, girando. Senti tudo. (LD2)*

*Foi a hora que eu percebi que ia dar certo, que começaram os puxos, aí eu falei: “nossa, agora vai né”... que até lá fica aquela sensação. Será que vai acontecer alguma coisa? A hora que vieram os puxos eu falei: “nossa acabou, agora é comigo”. Aí, eu voltei para mim, fechei os olhos e foi muito rápido, muito tranquilo, sem dor o expulsivo é muito bonito, muito legal. (RC2)*

*Uma força tomou conta de mim. Meu marido fazia força comigo durante as contrações e íamos ao embalo delas trazendo ele. A enfermeira disse: “Estou vendo a cabecinha dele, cabeludinho. Põe a mão aqui, sente o cabelinho dele”. Que delícia, eu e meu marido sentimos. O êxtase ia cada vez mais tomando conta e trazendo nosso filho. (JS)*

*De repente senti uma vontade maluca de fazer força. Na verdade nem queria fazer força, mas meu corpo fazia sozinho. De fora da banheira a enfermeira falou que a cabecinha estava saindo e que eu colocasse a mão. Senti os cabelinhos da minha princesa e aquilo renovou minhas forças e me deu uma alegria sem tamanho. (DP2)*

Logo após o nascimento, a mulher percebe que as dores desapareceram. Ao ver e pegar o filho sente seu cheiro, seu calor, sua pele, suas secreções e seu cordão umbilical pulsando. Percebe que seus sentidos estão aguçados. Ela sente-se invadida pelos hormônios, suas emoções são intensas e marcantes. Ela experimenta uma enorme euforia e uma mistura de sentimentos.

Assim ocorre o primeiro contato com seu filho e ela só tem olhos para ele. Todas as pessoas presentes parecem desaparecer da cena do nascimento, ficam embaçadas. Percebe o tato, o olfato e a visão aguçada, mas esta fica direcionada para o bebê. O cheiro, o calor e a sensação tátil das secreções que envolvem o corpo do bebê impregnam a memória da mulher.

A mulher sente uma felicidade jamais experimentada, uma explosão de alívio, êxtase, alegria e amor. Sente o momento como o mais maravilhoso da sua vida. Está cansada e com fome, mas feliz. Sente-se exaurida, mas vitoriosa, capaz, forte, poderosa, uma “supermulher”. Conquistou o que desejou e lutou durante toda a gestação. Sente que tudo o que viveu no trabalho de parto valeu a pena, seu esforço foi compensado.

A primeira visão que a mulher tem do filho é influenciada por esta mistura de sentimentos. É um momento único e ela acha seu filho lindo, maravilhoso, uma obra divina. Todos estes sentimentos marcam o início da

formação do apego entre mãe e filho. Ela não mais chora de dor, mas de alegria e emoção.

*A dor acabou imediatamente. Acabou cansaço, fome, irritação, agressividade, enjoo. Senti uma euforia, uma felicidade mágica que não consigo explicar. Todo mundo sumiu. Éramos só nós dois. Todo mundo ficou embaçado. Senti o seu cheiro, que era o melhor do mundo e até hoje enche a minha boca d'água. (GS)*

*E aí nasceu aquela gostosura de menina, uma bitelona assim, enorme, eu vi ela toda gorducha, toda fofinha e aí de novo você pensa: eu consegui, eu posso. Ela ficou comigo ali e eu sentindo o cordão. Ficou muitos minutos até parar de pulsar e eu sentindo aquele calorzinho dela no meu colo. (RG2)*

*E a força tomando conta, de repente ele saiu, com as mãos encolhidas, olhos fechados, lambuzado de mim. Saiu e veio direto para os meus braços. Chorou e um êxtase divino tomou conta da gente. (JS)*

Intuitivamente, a mulher pega, segura e aconchega o filho nos braços, leva-o ao seio e amamenta. Namora seu rosto e seus olhos. Sente também a saída da placenta. Porém, diante da intensidade das sensações e emoções do nascimento do bebê, a saída da placenta provoca sensações e emoções muito menos significativas para a mulher. Ela reporta sobre a saída da placenta, mas sua atenção está focada no filho e no seu desejo de segurá-lo, senti-lo, amamentá-lo e permanecer com ele em seus braços. Ela também deseja tomar um banho, se alimentar e descansar com o bebê.

*Eu estava de olhos fechados, exausta, encostada no meu marido. Então abri os olhos e vi aquela obra divina, linda, maravilhosa, rosa, pequena, limpinha. Instintivamente, estendi os braços para recebê-la. Eu falei com ela: “Oi minha linda. Está tudo bem. Conseguimos”. Depois de uns de uns 20 minutos eu pedi à enfermeira para tirar a placenta. Eu queria sair daquele banquinho, queria parar de sentir contrações e estava sentindo a placenta no meio de mim, me incomodando. Então a placenta saiu e eu fui tomar banho enquanto o pai carregava a nova cria. (LD2)*

*Mais uma força divina e ele pegou-a saindo de mim, como um peixinho e me entregou. Aliás, eu praticamente tomei-a dele e coloquei no meu colo. Foi o momento mais maravilhoso da minha vida, impossível descrever. Olhar pela primeira vez aquela coisinha linda, cheia de vida, parte de nós dois parecia um sonho. Ela mamou ainda na banheira, a placenta saiu logo em seguida e eu não levei nem um pontinho sequer. (DP2)*

#### *4.2.1.2 Sendo ativa na experiência*

A mulher que integra os movimentos sociais pela humanização do parto mostra-se ativa na experiência de parir. Estar ativa significa também ser a protagonista do processo, ou seja, reger o processo que acontece em seu corpo. Diante dos sinais de trabalho de parto, ela compartilha o que está sentindo com seu companheiro e entra em contato com seus familiares, doulas, médicos ou enfermeiras que vão assisti-la. Descreve os fatos, interpreta-os, interage com ela mesma, com as pessoas que a estão assistindo, solicita apoio e orientação.

Durante o trabalho de parto experimenta posições diversas e prefere aquelas verticalizadas, como em pé, agachada, acorada, ajoelhada, sentada na bola de *Bobath*, na banquetta de parto ou na perna do marido, “de quatro” e outras. Caminha, apoia-se e dependura-se na escada de *Ling* ou em seu acompanhante e se move de um lado para o outro. Somente se as contrações amenizam, consegue deitar e descansar, recompondo suas energias para continuar sua jornada de parir. Como ela tem referências de



experiências positivas de parto, lembra-se dessas experiências, lembra-se de tudo o que leu e o que falou sobre o assunto e procura fazer o que sabe para favorecer a evolução do seu trabalho de parto.

A mulher rebola, geme, chora, respira fundo, respira soprando para baixo, relaxa, cochila entre as contrações, aquece-se, dança, aperta a mão de alguém. Permite ser massageada, morde um pano ou toalha, faz orações, pede para ser abanada, entra no chuveiro ou na banheira, em síntese, entrega-se às contrações e ao trabalho de parto.

Ao mesmo tempo, a parturiente conversa com o bebê, pede para ele ajudá-la, para ele nascer logo, para ele vir descansar com ela e para escorregar para fora do seu corpo. Essa comunicação com o bebê é simbólica e revela uma interação entre a mulher e o filho. Ela acredita que o bebê participa ativamente da experiência do nascimento e interpreta que está aprendendo a parir e que o bebê está aprendendo a nascer.

A mulher utiliza métodos diversos e naturais de alívio da dor, o que contribui significativamente para lidar de modo mais tranquilo com a experiência do parto. Destacam-se as posições antálgicas e a utilização de água quente como os métodos mais eficazes de alívio da dor.

As posições antálgicas que mais aliviam a mulher são aquelas em que ela está verticalizada, em que inclina o tronco para a frente ou fica de cócoras. Algumas vezes ela prefere deitar, mas quando as contrações se intensificam, não suporta mais ficar deitada. Simbolicamente, a verticalização significa uma postura ativa da mulher na experiência, enquanto ficar deitada significa uma postura passiva. Ela percebe e sente a necessidade de estar ativa na experiência à medida que o trabalho de parto evolui.

Usufri do alívio proporcionado pela água quente por meio de banhos de aspersão ou de imersão. Toma banhos demorados e não consegue sair da água. Algumas vezes sai, mas não suporta a sensação e retorna para a água. Quando entra na banheira de água quente, descreve uma sensação tão agradável que considera não ser possível sair daquela água. Sente um alívio comparado ao de uma analgesia ou anestesia. Refere uma sensação de

prazer. Ela até pensa em tomar analgesia, mas quando avalia que terá que sair da água, desiste e prefere permanecer onde está.

Quando seu companheiro está presente na cena do parto e envolvido em seu processo de parir, abraça-o, beija-o e experimenta os efeitos da ocitocina, hormônio do amor, na interação que estabelece com ele. Ela percebe que estes níveis elevados de hormônios, liberados durante o trabalho de parto, contribuem para ela atingir um nível de consciência intuitivo e instintivo, aguçando seus sentidos. Assim, ela se sente apaixonada pelo seu companheiro e pelo seu filho.

*E quando surgia o furacão, eu fazia a posição fetal na cama, ou com joelhos bem abertos e barriga virada para baixo, ou então contorcimentos mais assentada sobre as pernas. Cada hora tentando uma posição mais confortável. (JS)*

*Eu já não conseguia mais ficar sentada, nem deitada, e, ao colocar os pés na água, me senti absolutamente relaxada, foi como se eu tivesse tomado um analgésico ou anestesia, impressionante, até gemi de prazer! (CR)*

*Sentei no colo do meu marido, de costas para ele, de pernas abertas apoiadas nas dele. Cobri as pernas com uma toalha e isso aquecia as coxas, aliviando a dor. Durante as contrações mordida uma toalha e apertava as mãos da doula, isso me dava forças de alguma forma. (RC2)*

*Eu andava pela casa, sentia as contrações, às vezes acorava, às vezes ia para a varanda tomar o ar da madrugada. Quando apertava, entrava no chuveiro. Depois saía e ia caminhar. Andava do meu quarto para a área e voltava. Parava na cozinha, na copa e no corredor quando vinha uma contração. Respirava fundo, para baixo, ajudando a contração a fazer o seu trabalho. Nesse momento, tudo o que li, ouvi, falei sobre o assunto passava na minha cabeça como se fossem flashbacks. Mergulhei fundo no trabalho de parto e não vi a hora passar. (LD2)*

*Meu marido e eu dançamos, nos abraçamos e beijamos durante o trabalho de parto. Tudo era diferente! Tinha som, cor, cheiro, olhar e pele diferentes. A ocitocina dominava todos os nossos sentidos... O hormônio do amor... Sentimos a força do nosso amor. Meu marido estava ali; o macho diante de sua fêmea parindo. Ambos em defesa da cria... Instinto e intuição... (DS2)*

*Eu me lembro de poucas coisas, poucos flashes assim, mas eu sei que a dor vinha e eu falava assim: “Vem meu filho, vem porque sozinha a mamãe não vai dar conta, tá doendo demais e a mamãe não vai dar conta”. E a contração vinha, eu agachava e esperava passar, mas elas ainda estavam vindo assim. De três em três minutos, então dava tempo de eu respirar. Depois, eu comecei a conversar com ele, falei: “vem meu filho, ajuda a mamãe, ajuda a mamãe porque é um aprendizado para nós dois. Você está aprendendo a nascer e eu estou aprendendo a parir”. (MT)*

Em momentos críticos, como na fase de transição ou quando é impedida de fazer algo que deseja, a mulher fica agressiva, brava, feroz, fala palavrão, chora e grita. Relata que não chora apenas por estar sentindo dor, mas “por tudo o que já sofreu na vida”, pelas angústias, pelos medos e pela expectativa do nascimento do filho. Pede para o acompanhante se retirar do local do parto ou, ao contrário, não deixa o acompanhante sair de perto dela.

Na fase de transição, a mulher pode inclusive não suportar o contato físico. Esses comportamentos são típicos, pois ela está em um nível de consciência alterado, mais primitivo, sensitivo e intuitivo. Este estado, denominado pelas mulheres de “partolândia”, foi descrito anteriormente no componente “Sentindo o corpo e as emoções do parto”.

A mulher pede analgesia ou até mesmo cesariana. Se estiver com infusão de ocitocina, pede para diminuir o gotejamento, interromper a infusão, ou mesmo tenta arrancar o equipamento de infusão. Quando está em casa ou na casa de parto, pede para ir para a maternidade. Lembra-se das pessoas que falaram para ela fazer cesariana e pensa por que não escolheu a cirurgia. Mas nem sempre ela quer analgesia ou cesariana, apenas pede, pois se sente no limite e acha que não vai conseguir suportar mais a dor. Simbolicamente, o que ela pede é ajuda e não analgesia ou cesariana.

Essa entrega possibilita que a mulher viva uma experiência corporal, sensorial, intuitiva, emotiva e menos racional. Possibilita aceitar e sentir as contrações e não lutar ou resistir a elas. Mesmo as manifestações de agressividade são positivas e significam que a mulher está entregue, pois não está preocupada em ser agressiva ou mal educada e age segundo sua intuição.

*Eu queria que o mundo acabasse, porque estava doendo demais ficar deitada e aí, a minha mãe com medo de me deixar levantar. Eu estava com sete centímetros, quase oito. Eu falei: “eu não quero ficar deitada!” e gritando com minha mãe, e minha mãe “não, minha filha, calma”. “Calma o [...]”, falei um palavrão. “Eu não vou ficar deitada aqui não, mãe!” Está doendo, isso é culpa minha que eu sou teimosa. Todo mundo falou: “faz a cesárea!” E agora eu estou aqui no chuveiro, sofrendo, por minha culpa. Isso é culpa da minha teimosia, é praga de quem falava que eu não ia conseguir parir! (MT)*

*Às cinco da manhã falei que queria subir para a maternidade, que o sucesso do meu parto dependia de uma anestesia, que eu queria tentar, mas com alívio para a dor. Quase arranquei o soro, se não fossem meus acompanhantes eu teria feito, sem dúvida! Falei algo como “se vocês não querem ir eu vou sozinha”. (risos) (RC2)*

*Creio que foi o ápice. Eu gritei um pouco, muitos gemidos, agachamentos e contorcionismos. Chorei muito, chorei com força, chorei por tudo que já sofri, chorei por toda dor, chorava desesperada. Pedi ao meu marido várias vezes para ir para a maternidade. Graças a Deus ele foi forte e resistiu. Fiquei um tempão no chuveiro. (JS)*

No período expulsivo, a mulher procura uma posição para facilitar o nascimento do filho, toca sua cabecinha no canal, conforme relatado no componente “Sentindo o corpo e as emoções do parto”. Ao segurar o recém-nascido no colo, a mulher confere seu sexo, conta seus dedinhos, sente

segurança por ele ser perfeito e estar bem. Quer saber a que horas ele nasceu.

Após a saída da placenta, começa a avisar sobre o nascimento do filho para sua família, a fim de compartilhar suas emoções com seus entes queridos. Após a sutura do períneo, quando esta é necessária, toma banho, hidrata-se e alimenta-se. Levantar e tomar banho logo após o parto normal tem um significado simbólico de que o parto é um processo natural para a mulher, pois ela acaba de parir e já pode se levantar. Simboliza também autonomia na experiência, pois ela não depende de outros para se cuidar e cuidar do seu filho. A mulher se sente revigorada após parir o filho.

A mulher amamenta ainda no quarto de parto e segue amamentando em livre demanda, pois acredita que, como seu filho soube a hora de nascer, sabe a hora que está com fome e que deve mamar e isso significa liberdade para ambos, mãe e filho. Percebe e interpreta a experiência de amamentar como um meio muito significativo para estreitar o vínculo com seu filho. Ao amamentar, estabelece uma relação simbiótica que é boa para ela e para o bebê. Ela sente prazer em amamentar tanto quanto a criança ao mamar.

*Eu fiz questão de que ele mamasse na sala de parto, ele nasceu mamando, ele passou dois dias lá no hospital mamando muito, chegou em casa, tinha dia que ele mamava de uma em uma hora, e eu estava ali de uma em uma hora. Eu sempre amamentei em livre demanda, ele escolhe a hora que ele quer, ele sabe quando está com fome, soube a hora de nascer, sabe a hora que tem que comer também. (MT)*

*Ele mamou na primeira hora de vida e depois também não parou de mamar, mamou até dois anos e três meses. (RGPI)*

#### 4.2.1.3 Recebendo apoio e orientação

Durante a gravidez e todo o processo do parto, desde as contrações iniciais até o pós-parto, a mulher é apoiada e orientada pelas integrantes dos movimentos sociais, além de profissionais como doulas, enfermeiras

obstetras e médicos obstetras. Essas integrantes ajudam a mulher a fazer escolhas conscientes, baseadas em experiências que deram certo e em evidências científicas.

A interação com as integrantes dos grupos e com os prestadores de cuidados durante a experiência é muito significativa para a mulher, pois ela estabelece uma relação de confiança com essas pessoas. Ao vê-las ou ter contato com elas, sente-se segura, renova suas forças para persistir em sua jornada, para manter-se firme no objetivo de parir o filho.

A mulher compara o apoio da doula ao apoio de uma mãe. Ela percebe a doula como alguém que acredita na sua capacidade de parir, que se doa e faz tudo o que pode para ajudar. Se ela está presente, a mulher não se sente só e percebe-se mais confiante. Ela entende que se a doula está ao seu lado, sua chance de desistir do processo é menor. É como se ela precisasse subir um degrau e a doula lhe desse a mão como apoio.

Se a doula não está presente, seu acompanhante ou o profissional precisam fazer esse papel, para ajudá-la a acreditar que vai conseguir. A mulher interpreta o apoio dado pelos profissionais integrantes da cena do parto como estimulantes e animadores. Eles são comparados a “anjos da guarda”, são cuidadosos, protegem, fortalecem, incentivam e transmitem tranquilidade.

Perceber a fisionomia serena, tranquila e sorridente das pessoas presentes na cena do parto e a postura dos profissionais em apenas esperar o nascimento sem intervir é extremamente importante. Simboliza para a mulher que tudo está bem, tudo está maravilhoso e transcorrendo naturalmente. Ela sente que só precisa seguir em frente e deixar o parto acontecer.

Mesmo o apoio e a orientação por meio virtual ou por telefone são muito significativos para a mulher. Se ela se mantém conectada virtualmente aos grupos no trabalho de parto, recebe apoio virtual ou por telefone durante a experiência do parto. O grupo tenta transmitir confiança e tranquilidade para a mulher e ela manifesta gratidão, carinho e admiração por essas pessoas que acreditam nela. É importante ressaltar que a mulher só conhece virtualmente muitas dessas integrantes dos grupos.

Ela se lembra dos relatos de parto e das conversas com mulheres que já passaram por experiências positivas e sente vontade de compartilhar o que está acontecendo com essas pessoas, que foram importantes no seu processo de idealização da experiência. Ao conversar com essas pessoas, mesmo que a distância, a mulher sente-se mais uma vez apoiada e incentivada a continuar sua jornada.

*As meninas me ligaram, me falaram: “aí FC, espera, eu sei que tá doendo, mas você já passou por uma cesárea e você sabe que dói muito mais, você sabe que é pior depois, então espera, tenha força”. Nossa, elas fizeram de tudo pra me passar força, confiança, ficar calma.[...] E a doula foi uma mãe pra mim sabe, foi uma mãe que eu estava precisando naquela hora, que eu não tive a gravidez toda, ela fez de tudo, ela se deu totalmente, quase que ela trocou de lugar comigo e aí eu senti assim: não, agora realmente tem alguém comigo mesmo. (FC2)*

*A enfermeira conversou comigo, falou que estava ali, que ia dar tudo certo, que eu confiasse e aí eu comecei a ficar mais tranquila e tudo, ela foi conversando comigo, ela me fortaleceu demais, foi um anjo da guarda, que foi me acalmando e me fortalecendo ao mesmo tempo. (RG2)*

*A enfermeira chegou debaixo do chuveiro, pegou a minha mão e falou assim: “olha, você tá sendo muito forte e falta muito pouco. Você precisa ser forte, vamos sair para eu te avaliar?”. (MT)*

*Eu olhei nos olhos do médico e disse, gritando: “faz alguma coisa logo porque está doendo demais!” Então, em um determinado momento, uma enfermeira, outro anjo que caiu do céu, me disse em um tom calmo e sereno: “Talvez se você usar sua força para fazer força ao invés de gritar será melhor para você”. Nesse momento eu entendi que eu tinha parado de participar do parto para gritar e que eu deveria esquecer se tinha ou não dado tempo de a anestesia fazer efeito e cuidar do meu parto! Eu gritava porque achei que não ia sentir mais dor e estava sentindo. Então, eu não entendia nada! (LD1)*

*A presença delas – doula e enfermeira – foi suficiente para renovar minha energia e me fazer recordar: “bebês nascem todos os dias, nós éramos fortes e daríamos conta, eu tinha sido feita para isso, milhares de mulheres já haviam passado pelo que eu estava sentindo e ainda passariam”. (GS)*

*Eu quis sentar no banquinho de cócoras. Colocamos ele perto da minha cama. Meu marido sentou na cama, atrás de mim e me apoiou. Apagamos a luz e acendemos um abajour. A enfermeira sentou no chão e calmamente esperou. Achei aquela cena maravilhosa. (LD2)*

#### **4.2.2 Enfrentando desafios durante a experiência**

A subcategoria “Enfrentando desafios durante a experiência” aponta outro lado dessa experiência intensa, visceral e prazerosa de parir. Trata-se de uma realidade desafiadora, que exige enfrentamento e superação da dor física e das “dores emocionais”. Entendem-se como “dores emocionais” os medos, ansiosos, decepções, privações e frustrações da mulher. Ela considera a dor física como suportável no início, porém, à medida que o trabalho de parto evolui, a dor torna-se intensa e, por vezes, insuportável. Já a percepção e interpretação das “dores emocionais” dependem do contexto de vida, de crenças, valores e estrutura psíquica da mulher. A mulher percebe que suas dores emocionais influenciam a percepção e interpretação da dor física. Enfrentar desafios na experiência do parto significa enfrentar a dor física, as “dores emocionais”, assim como as intercorrências no processo, que são imprevisíveis e que ela percebe que não estão sob seu controle.

Nesse contexto, conforme apresentado na Figura 3, a subcategoria “Enfrentando desafios durante a experiência” é composta pelos componentes: “Lidando com dificuldades na experiência do parto”, “Lidando com intervenções no parto” e “Lidando com a realidade do pós-parto”.



#### *4.2.2.1 Lidando com dificuldades na experiência do parto*

A experiência de parir é desafiadora e suscita a superação de limites inerentes ao processo. A mulher percebe a dificuldade de parir, mas esse constitui seu objetivo, o que mais deseja. Uma dificuldade significativa e real dessa experiência reside no enfrentamento dos medos.

O medo da dor compõe o universo dos medos da mulher, independentemente de ela já ter filhos ou não. Quando se trata de sua primeira experiência, ela tem medo porque a dor é desconhecida e ela não sabe se vai suportar. Quando não é sua primeira experiência, pode também sentir medo, pois já esqueceu como lidar com a dor e sabe que cada parto é diferente e único.

Além do medo da dor, outros medos compõem o cenário da experiência do parto. Entre eles, destacam-se o medo de ter complicações, de necessitar de intervenções e, conseqüentemente, de não conseguir parir como planejou. Esses medos contribuem para a mulher se sentir tensa, ansiosa e travada, mas podem também ser interpretados como motivadores e desafiadores, provocando o desejo de superação. Tais sentimentos são reais e permeiam toda a experiência, desde a percepção dos sinais de trabalho de parto até os momentos finais do nascimento e da saída da placenta.

Os medos advêm de histórias e experiências prévias da mulher, como a história do seu nascimento, do nascimento dos seus filhos mais velhos ou mesmo de experiências compartilhadas por outras mulheres. Ressalta-se que essas experiências são simbólicas para a mulher, que relaciona o que está acontecendo na sua experiência atual ao que aconteceu anteriormente com ela ou com outra mulher. Ela interpreta a situação e dá um sentido a ela, o que pode contribuir para o enfrentamento dos medos ou dificultar essa experiência.

A mulher percebe ainda que alguns medos são inevitáveis, pois o parto é um evento imprevisível, imponderável, que não pode ser totalmente controlado por ela. Ela pode sentir-se frágil e vulnerável para lidar com tais medos ou, ao contrário, pode sentir-se forte e confiante. Quanto mais ela confia em sua capacidade de parir, mais segura se sente para enfrentar os

desafios desse processo. Ela sente que ter alguém ao seu lado para lhe transmitir apoio, tranquilidade e segurança, ajuda a ampliar a confiança e a enfrentar os medos. Em contrapartida, quando se sente sozinha, tudo parece mais difícil, com a ressalva de que mesmo acompanhada a mulher pode se sentir sozinha. Ela sente falta de alguém para compartilhar não apenas os medos, mas todas as dúvidas, anseios, emoções, alegrias, conquistas e preocupações. Sente falta de um ombro amigo, de um apoio, de uma massagem confortante, de alguém para ajudar a aliviar sua dor e para dar uma palavra de incentivo.

*Aí quando eu entrei naquele quarto, que não tem nem lugar de sentar direito, o chuveiro apertado. Travou tudo, eu comecei a sentir muita dor, muita dor e o meu marido não sabia o que fazer, eu ficava no chuveiro, tentava todas as formas e não conseguia relaxar, fiquei me sentindo assim, sofrendo no parto, ao invés de curtir o parto, sabe? A gravidez inteira sonhando em curtir esse momento, ficar bem relaxada, igual eu ouvi nos relatos que é uma experiência maravilhosa. Para mim estava sendo um filme de terror. Aí o médico ficava lá sentado, esperando, ele não fez nada assim, ficava lá, sentado, esperando, tudo bem, fez exatamente o que eu esperava que ele fosse fazer. Só que eu fui ficando sem saber o que fazer, eu não sabia o que fazer para melhorar a dor. Eu fiquei sentindo falta dele me orientar ou que tivesse alguém para me orientar ou para me consolar, para fazer massagem, alguma coisa, porque eu estava sozinha ali e eu comecei a ficar com medo. (FC1)*

*Eu estava me sentindo só, queria minha doula! Sentei do lado de fora, na rampa entre o CPN e o hospital, e chorei tudo o que me angustiava: o medo, a vontade de parir, a dor que aumentava. Lavei minha alma. (RC2)*

*Eu me preparei para todas as intercorrências que poderiam acontecer durante o trabalho de parto, mas eu não imaginava que eu ia ter um trabalho de parto tão longo, não imaginava que eu ia ter um pós-datismo, não imaginava que o bebê ia estar daquele jeito – em OS, não imaginava que eu ia surtar daquele jeito por causa da dor. (VC)*

Lidar com a dor mostra-se um dos grandes desafios da experiência de parir, que a mulher supera com mais facilidade quando o trabalho de parto evolui rapidamente. Nesse contexto, ela avalia que parir dói muito, mas como conquistou seu objetivo, sente-se realizada! O alívio completo da dor chega rápido e o prazer e a emoção de receber o filho nos braços compensam todas as dores do trabalho de parto. Mas quando a evolução ocorre lentamente e intercorrências acontecem, ela sente mais dificuldade em lidar com seus limites e suas dores.

Quando a dor atinge uma intensidade muito forte, ela vivencia um momento crítico e precisa de muito apoio. Ela deseja o fim do trabalho de parto, quer que a dor acabe, sente-se no limite, pede analgesia ou cesariana. Quando consegue sentir-se na “partolândia”, enfrenta com mais facilidade esse momento crítico, pois perde a noção do tempo, entrega-se ao processo e segue sua intuição. Contudo, quando não consegue relaxar e se entregar ao processo, sente-se travada. A dor física intensa dificulta a entrega e ela se sente imobilizada, diante de que passa a racionalizar sobre o que está acontecendo. A mulher tem então dificuldade para perceber seu corpo, não consegue se entregar e não consegue intuitivamente atender a suas necessidades. Uma doula pode ajudá-la a superar esta dificuldade, porém, se mesmo com a ajuda da doula a mulher se sente presa à dor, ela acaba por solicitar analgesia. Desse modo, deseja eliminar sua dor física, para poder relaxar, descansar, elaborar o que está acontecendo, se soltar e “destravar-se”.

Ela percebe que seu estado emocional influencia o enfrentamento da dor. Quando cansada, ansiosa ou solitária, a mulher enfrenta maior dor física. Ela nota a interferência desses fatores, especialmente quando o trabalho de parto evolui lentamente. A longa duração do trabalho de parto

dificulta o enfrentamento dos desafios, pois a privação do sono e o cansaço físico aumentam à medida que o tempo passa. Acresce-se uma sensação de decepção, pois a realidade não corresponde à expectativa da mulher.

Quando o colo do útero não apresenta a dilatação que ela espera, sente-se injustiçada, com raiva, desanimada, cansada, desesperada. Essa realidade pode ocorrer em qualquer fase do trabalho de parto, mas é mais frequente durante a fase de latência, ou seja, antes de cinco centímetros de dilatação, em que a velocidade da dilatação é lenta. A mulher tem que enfrentar esta realidade diversa da esperada.

*Eu estava tão cansada fisicamente, psicologicamente de tudo, que quando eu entrei em trabalho de parto eu não curti sabe, só dor de novo, foi só dor. Eu falei: “gente, não é isso que eu sonhei porque que está sendo assim de novo, por que que todo mundo tem neném tão rápido, começa a sentir e daqui três horas já tá nascendo, por que que meu processo tem que ser tão lento”. (FC2)*

*Depois de um tempo que eu estava lá, chegou o médico e veio fazer um novo exame de toque. Eu estava com esperanças de estar com uns cinco centímetros de dilatação já, devido ao tempo e a duração das contrações. Fiquei superdesanimada quando obtive a seguinte resposta: “você está com quase quatro centímetros de dilatação”. Como assim, quase? Depois de tanto tempo eu estava com quase quatro centímetros. Nem eram quatro centímetros! Fiquei irritada e pensei: “se for nesse ritmo, não vou dar conta de chegar nos 10 centímetros”. Já estava cansada. (LD1)*

*Às oito horas, a enfermeira obstetra que assumiu o plantão fez novo exame de toque: os mesmos cinco centímetros de quando a bolsa foi rompida. Eu estava sem dormir, sem comer e com muita dor, mas estava aguentando firme até essa hora. A notícia da não evolução da dilatação caiu como uma bomba sobre mim e desatei a chorar. Meu marido estava como eu, também com fome e sono, porém forte, massageando, conversando, incentivando, fazendo planos para me tranquilizar, falando sobre o bebê que estava quase chegando. Eu não quis doula. (RCI)*

A mulher percebe que muitas informações, comandos e restrições ao seu comportamento também dificultam sua entrega. Ela até sabe que precisa se entregar, mas fica tolhida, presa às informações que possui e às orientações. Apesar de as informações serem importantes no processo de idealização da experiência do parto durante a gestação, a mulher percebe que no trabalho de parto elas podem atrapalhar, principalmente se ela ficar raciocinando e calculando o tempo que falta para completar a dilatação, ou se ficar com medo de ser submetida a procedimentos que não deseja.

Quando a mulher reside em apartamento, por exemplo, pode se sentir constrangida em se manifestar com gritos durante as contrações, devido ao receio de incomodar e preocupar seus vizinhos. No hospital, se está em um ambiente sem privacidade e desconfortável, também sente dificuldade em se entregar. Pode se sentir desesperada ao ouvir outra mulher em trabalho de parto manifestando sua dor, gemendo, chorando ou gritando.

Caso não se sinta em sintonia com as pessoas presentes na cena do parto, ou seja, se não há uma interação favorável entre ela e seus acompanhantes e cuidadores, a mulher não consegue se soltar, se entregar. Quando ela percebe que as pessoas presentes na cena do parto estão imbuídas do objetivo de ajudá-la, ela se sente estimulada. Ao contrário, se ela percebe pessoas incomodadas, preocupadas e cansadas, também se incomoda e se preocupa.

A mulher reconhece que ter fé e acreditar em um significado espiritual para a experiência de parir contribui para se entregar e enfrentar os

desafios. Parece paradoxal que essa mulher ativa, forte e protagonista do processo se entregue e se deixe levar pelas sensações e intuições. Mas ela percebe que é exatamente isso que a protege de sofrer na experiência. Ela se informa para ter conhecimento, fazer escolhas e participar ativamente do processo, mas também para confiar em sua capacidade de parir, conectar-se com seu corpo e se entregar.

*Aí, quando a enfermeira veio e falou que eu estava com dois centímetros só e depois de eu sentir tanta dor, que não era tanto igual eu senti depois que ela foi embora, mas eu achei que era o máximo de dor, aí eu fiquei muito desanimada, na mesma hora e pensei em ir lá e fazer uma cesárea. E eu fiquei desesperada aqui dentro de casa, eu estava sentindo que eu estava incomodando já com isso tudo de gravidez, as pessoas estavam vivenciando isso há muito tempo comigo e eu pensei assim: “nossa, meu marido não vai aguentar ficar mais uma noite aqui comigo gritando de dor”. Aliás, nem gritar eu podia aqui, porque ele ficava com vergonha dos vizinhos. Eu falei: “não, não estou aguentando mais” Aí, à noite eu falei: “não, não estou aguentando mais”, porque aí eu só conseguia passar pela contração gritando, berrando. É, e eu não tinha muita dilatação né, igual quando eu cheguei ao hospital estava de quatro para cinco centímetros, esse tempo todo eu dilatei muito pouco. (FC2)*

*Elas falaram para se preparar para a dor, mas é uma coisa que eu não imaginava. Eu me apeguei tanto às coisas que eu li e não ouvi meu corpo sabe, me faltou tanto isso... Eu fiquei também um pouco cansada, eu estava meio de saco cheio e eu queria que terminasse. Queria que nascesse logo, eu imaginava que eu estava preparada para a dor, mas eu não estava preparada para aquela, eu não imaginava que era daquele jeito sabe? Mas, como é que a gente se prepara para dor? Eu acho que me faltou um pouco mais de concentração. [...] Não tem palavra maior para falar do que entrega. Se você pensar, você não consegue parir, você trava e é uma coisa assim... o racional me atrapalhou. Eu li tantas vezes, tantas vezes que a gente precisa se entregar e eu não me entreguei, quantas vezes eu não ouvi meu corpo. (VC)*

*Não deixo de pensar também, que por causa desse monte de informação na minha cabeça, eu querendo controlar tudo, achando que tinha jeito de controlar tudo, acabei atrapalhando um processo que é natural, eu imagino isso. (FC2)*

*Preciso ressaltar que acreditar no mistério fez toda a diferença para que percorrêssemos esse caminho. Destituir-me do poder, de qualquer controle era necessário. Parece contraditório quando na verdade o que se propõe é o nosso empoderamento. Senti-me mais perto da mulher, fêmea, mamífera, quando fui toda natureza. Entendi que assim não existe sofrimento. É racionalizar que faz sofrer. (DS2)*

*A informação dá um peso e também eu penso que se eu não soubesse de nada, deixasse só as coisas acontecerem talvez eu tivesse mais chance, por causa dessa ansiedade de calcular, ficar calculando tudo e ficar raciocinando demais. (FC1)*

#### *4.2.2.2 Lidando com intervenções no parto*

Percebe-se insatisfação da mulher com as diversas intervenções a que é submetida no parto, pois seu objetivo é parir naturalmente, ou seja,

sem intervenções ou com o mínimo possível delas. Ela tem informações sobre os riscos, teme pela necessidade das mesmas e teme, especialmente, pela cascata de intervenções, ou seja, quando uma intervenção incita a necessidade de outras.

A insatisfação da mulher com a intervenção relaciona-se também com o significado dessa necessidade. Ela não apenas teme pelos riscos associados às intervenções, mas interpreta que seu corpo não foi perfeito o suficiente e que ela não foi capaz de parir naturalmente, ou seja, sem ajuda dos recursos técnicos da medicina. Enquanto o apoio de uma doula significa uma ajuda para ela conseguir que seu corpo funcione perfeitamente, uma intervenção representa uma ajuda para corrigir o funcionamento inadequado do seu corpo.

Outro significado crucial para a mulher que integra os movimentos sociais pela humanização do parto reside no protagonismo da experiência. Ser a protagonista significa assumir um papel ativo, estar no centro do processo de parturição. Ela entende que tudo ocorre em seu corpo, assim, deseja ser consultada a respeito de qualquer intervenção e se sente violentada e traída quando é submetida a intervenções sem antes consentir com sua realização.

Durante o processo, algumas intervenções sugeridas pelo profissional são questionadas e não são realizadas, outras são postergadas ao máximo, outras são interpretadas como necessárias e, conseqüentemente, são aceitas. Diante da oferta de uma intervenção, além de ouvir os provedores de cuidado, a mulher escuta a opinião da doula, caso conte com uma. Ela confia na doula, que não só contribui na avaliação dos riscos e benefícios da intervenção, mas propõe estratégias para a mulher lidar com a mesma.

As intervenções mais frequentes antes e durante o trabalho de parto são o descolamento da bolsa, a infusão de ocitocina, a infusão profilática de antibiótico, a analgesia, a amniotomia e a cesariana. Já no parto, as intervenções mais frequentes são a episiotomia e o fórceps. O transporte para a maternidade e a internação hospitalar também são consideradas



intervenções, especialmente se o plano é ter o parto domiciliar ou se a internação é precoce, ou seja, antes do início do trabalho de parto ativo.

Quando está com gestação a termo e pródromos, ou seja, contrações frequentes e irregulares, a mulher se sente insegura e ansiosa. Apesar de ter informações sobre o processo, especialmente quando é a primeira experiência, tem dificuldade em identificar os sinais de trabalho de parto ativo. Quando planeja parir no hospital, vai ao mesmo para saber se está ou não em trabalho de parto. Dependendo da intensidade dos medos, da insegurança e da ansiedade, a mulher vai repetidas vezes ao hospital e pode até mesmo pressionar os profissionais para ser internada.

A perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto ativo também é um motivo para internação precoce, que é evitada quando a mulher contrata assistência domiciliar da doula ou da enfermeira obstetra. Isso porque a gestante se sente mais segura para permanecer em casa até o início da fase ativa do trabalho de parto. Neste caso, mesmo se a bolsa estiver rota, ela permanece no domicílio aguardando o momento adequado de ir para o hospital.

Diante desse contexto de medo, insegurança e ansiedade, uma das intervenções a que ela pode ser submetida, mesmo sem estar internada, é o descolamento de membranas. Neste procedimento, o profissional realiza o toque vaginal para avaliar a dilatação cervical e introduz os dedos entre as membranas amnióticas e a parede interna do colo uterino, fazendo um giro de 360 graus. Trata-se de um procedimento simples e respaldado pela literatura científica, mas a mulher interpreta-o como uma intervenção no seu processo de parto. Além disso, é um procedimento doloroso.

*Eu estava em pródromos, mas não sabia o que era isso na época. As contrações estavam irregulares, mas eficientes, além de quase indolores. Na terceira ida ao hospital, já com três centímetros, a médica descolou a bolsa, sequer me avisou que ia fazer, achei isso ruim, dolorido. A data provável do nascimento era 29/12, 40 semanas. No dia 30/12, acordei às sete horas e as contrações permaneceram regulares por cinco horas, até meio-dia. Achei que era hora, pois estavam especialmente doloridas. Avisei o meu marido para vir para BH e assim ele fez. Chegamos ao hospital... Continuava com três centímetros após dois dias do descolamento. Foi feito novo descolamento com meu consentimento e fiquei caminhando até as 19 horas, para tentar aumentar a dilatação. A ansiedade, o medo de não ter vaga para mim na Casa de Parto, a cobrança de meu marido por ter novamente ido a BH e ainda não ser hora de novo, me fizeram pedir à enfermeira obstetra que me internasse lá mesmo, e me colocasse no soro com ocitocina para regularizar as contrações. (RC1)*

*Então, às sete horas decidi que ia ao hospital fazer uma consulta para saber se eu estava ou não em trabalho de parto, para saber se a bolsa tinha ou não rompido, para o médico auscultar o coração do bebê e sabermos se estava tudo bem. Se eu tivesse uma doula ou alguém que escutasse o coração do bebê, com certeza eu teria ficado mais tempo em casa, pois as dores estavam supertranquilas. Hoje, digo com plena convicção que é muito importante ter alguém que conhece do processo do trabalho de parto na prática ao seu lado. Eu tinha muita teoria, muita informação, mas não bastou nesse momento. (LD1)*

As intervenções para acelerar o parto – infusão de ocitocina sintética e a amniotomia, rotura artificial das membranas amnióticas – são aceitas pela mulher, especialmente quando o trabalho de parto está evoluindo lentamente e ela está cansada. Ela sabe que caminhar e assumir posições verticais também acelera o processo e teme pelo aumento da dor, mas se vê em uma situação difícil, pois está cansada fisicamente e emocionalmente. Reflete, interage com ela mesma, com a doula, interpreta a situação e toma sua decisão.

Os fatores que mais influenciam a decisão da mulher em aceitar as intervenções para aceleração do parto são o cansaço físico e emocional, o medo da mudança dos profissionais que vão assisti-la, devido ao término do turno de plantão, e a necessidade de outras intervenções que ela não deseja, caso o parto continue progredindo mais lentamente do que o desejado.

A infusão de ocitocina sintética e a amniotomia aceleram o processo, e ela sente que a dor que estava fraca e esparsa torna-se forte e frequente. Ou a dor que estava forte, mas suportável, torna-se insuportável. Diante dessa realidade, ela enfrenta a dificuldade em lidar com a dor e pode pedir para interromper a infusão de ocitocina ou para tomar analgesia.

*A enfermeira veio, conversou comigo, fez o exame, eu tinha chegado ao hospital com três centímetros de dilatação, meio-dia eu estava com quatro. Conversou comigo, me explicou as opções que eu tinha, que era seguro esperar, que o líquido continuava claro. Mas eu tinha a opção de ir para a ocitocina, que ela ia colocar bem pouquinho, pingando bem devagarzinho para ajudar. Liguei para a doula e ela falou assim: “olha, se prepara, porque as dores vão aumentar, mas você pode pedir para ela que quando as contrações engrenarem você sair do soro, aí você vai para o chuveiro”. Meio-dia e vinte eu fui para o soro, uma hora começou a dar uma dorzinha assim, bem considerável. Eu falei: “ah! Só isso, fácil demais, eu aguento!”. Fui para o chuveiro e parece que ir para o chuveiro fez com que as dores piorassem. Aí fui para o chuveiro e eu fui ficando nervosa com a dor. (MT)*

*Às 22h30min, foi feito novo exame de toque e os três centímetros estavam lá, colo 70% apagado, o que era ótimo. Às 22h45min, comecei então a tomar oito gotas por minuto de soro com ocitocina. As contrações continuavam irregulares e com curta duração, porém mais fortes. Um novo exame foi feito às 4h30min da manhã; estava com cinco centímetros de dilatação. A sugestão da enfermeira obstetra para acelerar o processo foi a de romper a bolsa, e eu aceitei. A esperança era de que o bebê nascesse (na água) até 7h da manhã, quando haveria troca de plantão. (RC1)*

*O enfermeiro disse para eu andar bastante para não precisar de soro com ocitócito, e que às 6h da manhã teria que me dar antibiótico por tempo de bolsa rota. Entretanto, eu não aguentava mais andar. Só me restou a opção que eu mais temia. Conversei com meu marido e, apesar do medo, decidimos tentar o soro. Eu não aceitaria o antibiótico. Então, essa decisão pelo soro foi também pensando nisso. Assim que ele colocou o soro eu não mais pensava. As contrações já fortes ficaram insuportáveis. Na primeira, eu achei que não ia conseguir aguardar a dilatação de mais quatro centímetros, sobretudo se a progressão fosse de um centímetro por hora. (RC2)*

*Ela chegou, examinou e colocou o antibiótico, aquilo foi muito ruim, porque, né? já tinha uma veia puncionada. Aquilo já não me agradou muito, mas na hora eu estava entregue, né? Então, aquilo fazia parte do procedimento, eu fiquei com o soro, me movimentava. Aí, 11 horas ela fez um toque e viu que tinha progredido muito pouco, que tinha sido ruptura alta da membrana, sugeriu fazer amniotomia, e aí foi feito. Em torno de meia-noite as contrações começaram a ficar bem fortes mesmo. (RG1)*

A analgesia utilizada para alívio da dor no parto é a raquidiana ou peridural, sendo que esta última é a mais utilizada pelas mulheres dessa pesquisa. Trata-se da única intervenção realizada exclusivamente por solicitação da mulher. Ela deseja intensamente um descanso da dor, sente-se no limite e não quer mais suportar o trabalho de parto. Ela tem conhecimento dos riscos associados a essa intervenção, mas precisa de um descanso. Sente-se triste por não conseguir viver o processo naturalmente, sem medicamentos para aliviar a dor, mas não vê outra possibilidade no momento. Considera que já superou muitas dificuldades, não tem mais energia para prosseguir se não descansar.

Se a analgesia é oferecida durante a contração, a mulher não hesita em aceitar. Por isso, em seu plano de parto, ela solicita que a analgesia ou qualquer outra intervenção não seja oferecida, especialmente, durante uma contração. Ela prefere que aguardem ela solicitar.

Se ela deseja realmente receber analgesia, solicita ou utiliza um código ou uma senha, para que seu acompanhante saiba que ela precisa dessa intervenção e não é apenas ajuda que ela está pedindo. Mas, caso ela não tenha combinado com seu acompanhante um código ou senha e ele protela em informar aos profissionais sobre sua solicitação, ela manifesta-se com veemência e exige o procedimento.

Durante a analgesia, a mulher sente muita dificuldade em permanecer quieta e curvada para o anestesista fazer a punção. Quando ela percebe que o anestesista é tranquilo e dispensa um tratamento respeitoso a ela, sente-se mais relaxada e consegue se posicionar para facilitar o procedimento. Mas se o anestesista tem dificuldade em realizar o procedimento e há necessidade de mais punções, ela se sente aflita.

Após o procedimento, sente-se aliviada, acha bom demais, mas também expressa medo do relaxamento muscular provocado pela medicação atrasar o parto. Recupera sua sociabilidade, volta a conversar e a interagir com as pessoas presentes na cena do parto. Refere não sentir mais a dor insuportável, porém, perde parte da sua consciência corporal. Percebe apenas uma sensação de pressão na barriga durante a contração.

Muitas vezes a mulher hesita entre dormir ou ficar ativa para ajudar o trabalho de parto evoluir. Quando faz o que seu corpo pede, dorme e descansa. Quando faz o que sua razão pede, fica ativa e assume posições verticalizadas, para favorecer a descida do bebê. Quando está com muito sono e vontade de descansar, mas tenta ficar ativa, não consegue uma coisa nem outra, de modo que não descansa fisicamente nem emocionalmente. Quando consegue dormir, mesmo que por pouco tempo, a mulher renova sua energia e se fortalece para prosseguir na jornada de parir.

Em geral, o alívio proporcionado pela analgesia dura entre duas e três horas e a mulher sente-se preocupada à medida que o tempo progride e o parto não acontece. Sente medo do término do efeito da analgesia. Uma vez que teve sua dor aliviada pela analgesia, sua tolerância para sentir dor novamente fica reduzida. Se ao término do efeito da primeira dose de analgesia ela não está com dilatação completa ou sentindo puxos, pede nova

dose para alívio da dor. Ela teme solicitar essa nova dose e os profissionais se recusarem a aplicar.

Se durante ou imediatamente após a analgesia a mulher sente os sinais de iminência do parto, arrepende-se por ter solicitado essa intervenção. Interpreta que não se beneficiará do alívio da dor proporcionado pela analgesia, pois seu bebê já está nascendo.

*Eu pensei na hora assim: “Meu Deus, seis centímetros com essa dor que eu estou, eu não vou, não quero mais, acabou, eu quero analgesia de todo jeito”. Aí, chegando lá no hospital, não tinha quarto para eu ficar. E eu perdi um pouco de chão assim, perdi bastante o foco em relação a isso, sabe? Aí, chegou lá, a gente acabou indo para a Casa de Parto e eu ficava brava porque eu queria analgesia, não queria ir para a Casa de Parto. Fui para a banheira, só que assim, eu já estava perdida sabe, eu só queria analgesia. Eu queria descansar. (VC)*

*Aí, eu fui tomar anestesia. Eram três da manhã, eu falei: “ai, não estou aguentando mais esse quarto aqui desconfortável, eu quero tomar anestesia para eu descansar um pouco”. Aí, eu tomei e descansei, só que aí quando eu deitei na maca eu fiquei com vontade de dormir, aí eu falei assim: “nossa senhora, se eu dormir vai estragar tudo”. Aí, eu ficava tentando, sabe, manter o olho aberto, igual tortura chinesa, você fica com sono e não pode dormir. Aí, quando o efeito da anestesia foi passando, a doula e o meu marido ficaram lá perto de mim conversando e eu lá, assim eu falei: “não, gente, não é pra mim esse negócio de parto normal, não é pra mim, eu vou desistir de novo”. (FC2)*

*Caminhei amparada pelo meu marido e a enfermeira obstetrix (linda) até a maternidade para receber a analgesia. Fiquei um pouco preocupada e triste de precisar fazer uso dessa intervenção. Fiquei preocupada de estar vivendo um processo tão longo. Mas sabia que tudo daria certo. Após a analgesia, consegui me deitar e dormir. Acordei sentindo, novamente, as contrações (4 em 10 minutos). No entanto, era uma nova mulher. Forças renovadas! Podia começar tudo de novo.( risos). Depois, percebi que o sono reparador durou menos de uma hora. (DS2)*

*Foi quando ele veio com a seguinte frase: “você está com quase seis centímetros”. E eu: “o que? Como assim? De novo quase? Isso não é possível! Nem são seis centímetros” Aí, eu descambei: “doutor, eu achei que já estaria com sete centímetros. Já não estou aguentando de dor mais. Não está muito lento isso? Agora não aguento mais. Quero a anestesia”. Ele disse: “Ok! Vamos para o segundo andar” (andar dos partos). Quando eu estava indo (de maca) tive que escutar de uma enfermeira: “ah, agora ela quer anestesia”. Nem me dei ao trabalho de responder, pois a opinião dela pouco importava para mim. E o médico entrou no quarto e disse: “você vai mesmo querer a anestesia?” Lembro que ele me fez essa pergunta durante uma contração e eu ainda consegui lembrar que no meu plano de parto estava escrito que qualquer decisão ou pedido meu deveria ser levado em conta apenas no intervalo da contração. Nunca durante a contração. Pois bem, diante dessa pergunta, na situação que foi feita, eu dei um berro: “quero sim, rápido!”. (LD1)*

*Eu fui para o bloco cirúrgico tomar a bendita da anestesia. Doíam muito as contrações e eu tinha que ficar deitada no caminho e chegando lá eu tinha que ficar curvada para o anestesista poder trabalhar. E, além disso, eu tinha que ficar quieta. Como ficar quieta com as contrações? Impossível! Doía muito. Os puxos estavam muito fortes! Pois bem... O anestesista disse que aplicou uma dose muito pequena (conforme eu havia conversado antes e solicitado que assim fosse) e que demoraria uns cinco minutos para fazer efeito, mas que eu continuaria sentindo a pressão, menos a dor. Mal ele acabou de dizer isso, a enfermeira soltou a seguinte frase que fez meu coração acelerar de medo e susto: chama o médico que está no expulsivo. (LD1)*

*A banheira não me consolava. Comecei a pedir pela anestesia. Fizemos outro toque: nove centímetros de dilatação! Meu marido tentou ponderar comigo, como eu tinha pedido no Plano de Parto, “estava tão perto, eu já tinha ido até ali”. Acabou ganhando um palavrão. Eu alternava entre o choro e os xingos. Em um determinado momento, exigi a anestesia. (GS)*

As intervenções mais frequentes no período expulsivo são a episiotomia e o fórceps. A mulher pode aceitar tais procedimentos, mesmo sem concordar, pois se percebe em uma situação de vulnerabilidade diante da indicação técnica do profissional de saúde. Quando a mulher recebe analgesia e está em posição litotômica, pode não perceber tais intervenções, sendo comunicada da realização das mesmas apenas depois do nascimento do bebê.

Não é fácil para a mulher se manifestar contra uma intervenção, especialmente no período expulsivo. Dependendo do seu grau de segurança, ela pode conseguir evitar intervenções como uma episiotomia, mas evitar o fórceps é mais difícil, principalmente se a indicação for relativa ao estado do bebê.

Necessitar de uma intervenção na fase final do processo tem um impacto negativo para a mulher, considerando que ela está quase atingindo seu objetivo de parir naturalmente. O parto com auxílio de fórceps carrega um estigma de ser violento e nocivo ao bebê e, visualmente, é um



procedimento invasivo, que entra em choque com o significado do parto como prazer e superação, que a mulher construiu ao longo de sua gestação.

*Quando ouvi o que a enfermeira me disse fiz força. Acho que nesse momento o médico fez a episio, pois, conforme ele, era necessário. Fiz mais uma força e ela nasceu. Eu só fui saber que tinha feito episio depois que ela tinha nascido. Fui perguntar a ele o que ele estava fazendo e ele me disse que estava dando pontos. Eu perguntei: “que pontos?” E ele disse: “da episio”. Me senti traída, mas ao mesmo tempo eu estava ciente desse risco. Segundo meu marido, era impossível conversar comigo naquele momento e por isso o médico não me disse nada. (LD1)*

*Aí, foi com fórceps lá no quarto mesmo onde eu estava, muitas vezes eu me pergunto por que eu não levantei e falei que não, não podia, não precisava. Só que eu só queria que terminasse, eu não queria lidar com a dor de novo, eu estava cansada e eu lembro que foram várias vezes que o médico puxou ele, e ele não veio, o meu marido não olhou, ele falou que não queria ver, ele só olhou para mim na hora (choro), ele falou assim que não queria ver o nosso filho nascendo daquele jeito. (VC)*

A intervenção mais temida pela mulher é a cesariana. A cesariana significa que ela não é capaz de parir e que o médico vai se encarregar de trazer o bebê ao mundo. Ela não participa ativamente do nascimento do filho, sente-se passiva, perde o protagonismo e entrega seu corpo para os profissionais. A mulher não deseja o nascimento por cesariana, mas ao escutar a indicação do médico durante o trabalho de parto, sente-se paralisada, atônita.

No momento, não consegue pensar em estratégias para evitar o procedimento e não se sente em condições de questionar a indicação. É vencida pelo medo, pelo cansaço e pelo desejo de que tudo termine. Acredita que fez as melhores escolhas e que se a equipe está recomendando o procedimento, ele é realmente necessário. Ao mesmo tempo em que não consegue reagir, sente-se decepcionada, frustrada.

Quando a mulher está exausta e acha que não vai aguentar mais o trabalho de parto, sente alívio com a indicação da cesariana. Pensa apenas naquele momento e acredita que tudo vai acabar logo. As consequências de lidar com uma cicatriz indesejada são minimizadas. A cicatriz significa não apenas uma recuperação física difícil no pós-parto, mas também uma elaboração mental da realidade de não ter conseguido parir seu filho.

Durante a cesariana, como está anestesiada, sente apenas o bebê sendo retirado da sua barriga. Sente-se inerte e completamente excluída do processo. Não consegue ver o bebê nascer, pois há um pano separando seu tronco do local onde é feita a incisão no seu abdome, e ela apenas escuta o choro do seu filho. Os profissionais conversam sobre assuntos alheios ao nascimento e para ela isso significa que se trata de apenas mais um bebê que nasce e mais uma mulher que está sendo operada naquele dia, naquele hospital.

*Um médico veio me olhar pela primeira vez em quase 20 horas de trabalho de parto e disse que a cabeça do neném estava mal posicionada, que havia uma bossa próxima da testa dele e que, embora eu estivesse com quase nove centímetros de dilatação, para chegarmos em dez centímetros demoraria muitas horas de acordo com o meu partograma e que ele preferia não arriscar. Depois fiquei sabendo que o coração do bebê estava desacelerando entre as contrações. A soma de tudo isso significava uma coisa: cesárea. Eu fiquei atônita, olhei para o meu marido e disse: “vamos”. Minha mãe disse “pensa no neném, vai ficar tudo bem”. Eu não tive forças para discutir e esperar mais algumas horas, nem pensei em ligar para uma doula para tentar virar a cabeça dele, nada. Nunca quis cesárea, mas acho que fui vencida pelo medo e pelo cansaço. [...] Fomos para o centro cirúrgico, me sentia cansada e frustrada. A anestesia foi aplicada, eu me deitei e logo estava batendo o queixo de frio. Esta foi a única reação que tive à droga. Na minha frente havia um campo verde, de modo que eu não via nada. Entramos para o bloco às 18h50min, às 19h07min (de 31/12) senti o médico puxando o bebê de dentro de mim e ouvi um choro doído, engasgado. Comecei a chorar, meu filho deixava meu ventre e eu não podia nem vê-lo, nem senti-lo. Entre soluços pedi ao meu marido para olhar as horas e tentei ver meu filho, que estava sendo grosseiramente aspirado com cânula, estava roxo, tentando chorar. O médico ironizando: “chora daí que ele chora daqui”. (RC1)*

*Toda hora ele fazia um toque e nada, não dilatava nada, quer dizer, estava dilatando, mas lento, lento não, no tempo que tinha que ser, mas para mim estava lento porque estava doendo demais, aí ele falou assim: “olha são sete e meia, quando for oito horas se você não tiver dilatado tudo, a gente vai fazer a cesárea”. Aí eu falei: “o que eu posso fazer?”. Eu poderia ter falado: “não, vamos esperar mais um pouquinho”, porque eu acho que ele teria esperado, mas ele sugeriu e eu aceitei, não briguei, não lutei. Eu poderia ter esperado mais, porque estava doendo muito, mas dava para esperar, eu poderia ter pedido outra anestesia ou podia ter feito sei lá, qualquer coisa para esperar mais um pouquinho, eu estava com oito centímetros já de dilatação, mas aí ele falou assim: “é, já tem muito tempo e tal, pode entrar em sofrimento”. Aí, eu pensei: “Ele está falando isso comigo, ele que é, pelo menos que eu tenho notícia, o maior defensor do parto natural, está falando isso, então, realmente deve ter alguma razão”. E o meu marido “já que você foi em oito médicos e o médico que você escolheu está falando...” Eu falei: “bom, então tá”. Aí, foi horrível. (FC1).*

A mulher entende que é corresponsável pelo seu processo, especialmente quando aceita a indicação da cesariana sem questioná-la. Ela tem consciência que consentiu com a cirurgia, porém, passados alguns meses após o nascimento do bebê, as reais indicações dessa intervenção passam a ser questionadas. Ela se questiona por que a aceitou e por que não pediu mais um tempo para que o parto pudesse acontecer espontaneamente.

Ela revive, reflete, interage com ela mesma, interage com outras mulheres e interpreta sua experiência, questiona a necessidade da intervenção, questiona também seu desejo e seu aceite. Compreende o contexto e o que influenciou suas ações e identifica o que poderia ter evitado a intervenção.

#### *4.2.2.3 Lidando com a realidade do pós-parto*

O pós-parto é um período crítico. Os movimentos sociais pela humanização do nascimento enfocam a preparação para o parto, experiência

para a qual a mulher se prepara mais, em detrimento do período pós-parto. Especialmente quando é a primeira experiência de maternidade, tudo é muito novo, sua vida muda radicalmente e ela experimenta um período de adaptação.

Já nas experiências subsequentes, dividir a atenção entre os filhos e o cuidado com a casa pode ser difícil e provocar sofrimento para a mulher. Ela não consegue dar atenção para um filho nem para o outro e sente-se confusa. Quando não pode cuidar ou não tem paciência para lidar com a criança maior, sente-se culpada. Quando o bebê permanece muito tempo no berço sem mamar, sente que o mesmo está abandonado. Neste contexto, o apoio do companheiro e da família é fundamental para o enfrentamento das situações.

A experiência de parto diferente da idealizada impacta negativamente no período pós-parto. A frustração afeta o bem-estar emocional da mulher, que sofre por não poder manifestar seu lamento referente ao parto diferente do idealizado, pois o bebê está saudável e precisa dos seus cuidados. Ela sente que não é hora de lamentar, apesar da sua frustração. Para as pessoas com quem interage neste período, em geral seus familiares, o tipo de parto não importa, uma vez que a criança nasça bem. Assim, a puérpera se sente dividida entre a frustração pelo parto ideal não alcançado e a alegria pelo nascimento de um filho saudável.

Nas primeiras horas após o parto, a intensidade do contato com o bebê também é muito significativa e marcante. A mulher que não participa dos primeiros cuidados com seu filho sente-se excluída e, por vezes, inválida, inútil. Ela quer estar junto com o filho, quer abraçá-lo, aconchegá-lo, amamentá-lo e acalantar seu choro, mas é privada dessa possibilidade. A separação do filho, mesmo quando se dá por um período de poucas horas, impacta negativamente a experiência.

O cuidado com a criança, por si só, acarreta privação do sono e isso também tem um peso significativo na avaliação da experiência pós-parto. No alojamento conjunto do hospital, a mulher refere dificuldade para dormir devido ao choro dos outros bebês que estão na mesma enfermaria. Esse é um grande desafio a ser enfrentado, especialmente quando ela tem

dificuldade em lidar com a privação do sono. A criança pode demorar meses ou anos para dormir por toda a noite e a mulher tem que se adaptar a essa nova realidade.

Após o parto normal, a mulher sente incômodos na região da vulva e do períneo e, por vezes, sente dores devido a hemorroidas, emocionalmente ela se mostra mais estável, sente maior autonomia para se cuidar e cuidar do bebê. Talvez o parto não tenha ocorrido exatamente como planejado, mas ela conseguiu ter um parto normal.

A realidade do pós-parto se mostra mais complexa quando o nascimento da criança ocorre por cesariana. A recuperação cirúrgica é mais laboriosa e a mulher tem que lidar com as dores físicas da incisão em seu abdome, a distensão abdominal devido à retenção de gases e as dores emocionais da cirurgia indesejada. Sente-se dependente, tem menos autonomia para cuidar de si e do bebê. Nesse contexto, ela ainda precisa conhecer seu bebê, aprender a atendê-lo em suas necessidades, aprender a amamentá-lo e adaptar-se à realidade da privação do sono.

*Só o pós-parto que foi meio chato, porque são muitos bebês, né, o meu filho não dava um pio, mas tinha muitos bebês chorando e eu não dormia porque os bebês estavam gritando, mas ele não me deu trabalho nenhum. Nós também ficamos no hospital um dia a mais, porque ele também demorou quase 24 horas, mais de 24 horas depois que nasceu para fazer xixi, isso me rendeu muita preocupação porque eu li muito sobre parto né, mas sobre recém-nascido eu li pouca coisa. (MT)*

*Eu acho que eu me preparei muito para o parto e não me preparei muito para o pós-parto. Então, assim, foi muito sofrido o pós-parto no sentido dessa carga mesmo de acordar, ficar acordada. Eu sou muito dorminhoca, então, eu me preparei para ser um neném que dormisse aí ele não dormia (risos), então foi uma fase de adaptação muito grande assim, eu demorei muitos meses para conseguir me adaptar e entender que a minha vida tinha mudado mesmo. (RG1)*

*Dessa vez os meus pontos inflamaram, eu fiquei um mês sentindo muita dor e saindo sangue, nossa, foi uma confusão, o pós-parto foi terrível, mas é aquele negócio, no momento era o que eu queria, sem pensar na consequência. Aí, ele fez a cesárea, eu fiquei no hospital, o bebê mamou, com ele foi tudo tranquilo assim, não teve nenhum problema, nasceu bem, nasceu enorme, gordo, aí todo mundo fica “você não tem que reclamar, o seu neném está aí, firme e forte”. E eu não podia nem lamentar, porque eu não tive um parto, né? Nasceu muito bem. Enfim, você não tem direito de chorar e nem de lamentar. (FC2)*

*Pedi ao meu marido para ficar com o bebê e fui para o quarto, só fui vê-lo e tocá-lo três horas depois. Não teve nitrato, Kanakion® e nem banho, a meu pedido. Quando ele veio ficar comigo minha mãe e marido já o tinham pesado (2,9 kg), medido (50 cm), vestido e enrolado em uma manta. Não participei de nada! Ele veio para o meu braço direito, eu deitada numa maca molhada com meu próprio sangue, ainda anestesiada, sem poder me erguer para abraçá-lo, amamentá-lo. Ele chorou muito. Meu marido disse que ele era minha cara, e eu não me lembro de sentir nenhuma emoção. [...] De madrugada o efeito da anestesia passou e a enfermeira (a mesma que me negou tocar meu filho) veio me forçando a me levantar e ir tomar banho, mas eu só queria dormir! Não fui de imediato, pedi a minha mãe que me levasse e desse banho ao invés da enfermeira, e assim foi, sem pressa. Na volta fiz um lanche, mudei de quarto, comecei a me adaptar à amamentação. (RC1)*

No pós-parto, a mulher se dá conta de que sua vida mudou para sempre e que um filho é preocupação para o resto da vida. Mas ela nota, também, que a maternidade pode e deve ser vivida de forma prazerosa. A participação no movimento social pela humanização do parto desenvolve uma consciência crítica na mulher e ela persiste, enfrentando desafios nos cuidados com os filhos, em especial, relacionados à medicalização do cuidado à criança.

A mulher inicia a amamentação logo após o nascimento da criança. No início do processo, enfrenta dificuldades, como o ingurgitamento

mamário, a mastite e a dor da sucção da criança, para depois desfrutar o prazer de amamentar.

O ganho de peso do bebê menor que o esperado e a baixa produção de leite também constituem desafios para a mulher, que luta para conseguir aleitar seu filho, pois reconhece os benefícios da amamentação, tanto do ponto de vista físico, quanto emocional. Sente que por meio da amamentação estabelece um vínculo muito grande com a criança. A amamentação em livre demanda e exclusiva exige muito esforço da mulher, especialmente quando a família não apoia essa prática. Neste contexto, ela se sente vitoriosa por conseguir amamentar o bebê exclusivamente ao seio. Sente que está fazendo o melhor que pode para o filho.

*Eu me considero uma vitoriosa dentro das circunstâncias aqui de casa, porque todo mundo aqui de casa acha anormal uma criança mamar só no peito. A minha mãe “coitadinho desse menino, dá água para ele, que ele tá com sede”, e eu “não mãe, ele não está com sede, ele mama só no peito, ele está bem”, e ela “coitadinho desse menino, esse menino está passando fome”, e eu “não mãe, ele não está”. Ele nasceu com três quilos e cinquenta gramas, com quatro meses, ele já estava com seis quilos. Acho que aí foi uma prova para minha mãe de que ele não estava passando fome. (MT)*

Em síntese, a categoria “Conquistando o protagonismo no processo do parto” evidencia todo o processo experiencial da mulher, desde a percepção e interpretação de que está em trabalho de parto até o nascimento do bebê e o período pós-parto. Nesse processo, a mulher vivencia uma interação estreita com seu próprio corpo e com as pessoas que a acompanham.

Um turbilhão de sensações e emoções é experimentado, e a mulher percebe os hormônios alterando seu comportamento, assume uma postura ativa e, ao mesmo tempo, deixa-se levar e se entregar ao processo. Percebe sua vulnerabilidade diante de uma dor física maior do que ela esperava,



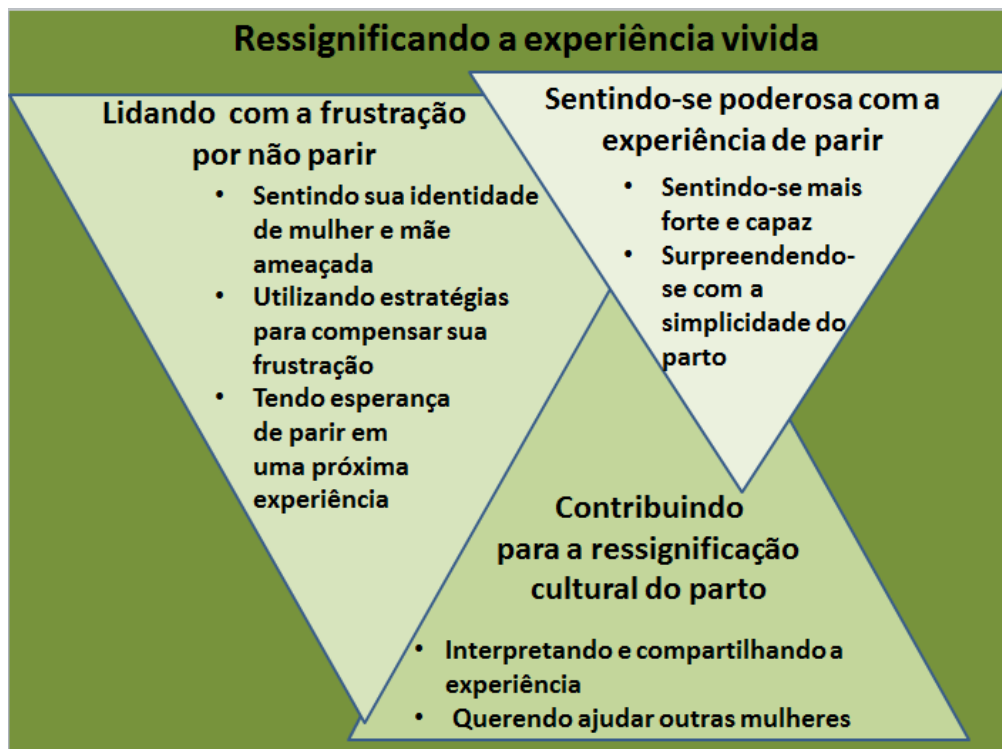
diante de intercorrências imprevisíveis e de um trabalho de parto que considera demorado.

A mulher percebe as dificuldades, interpreta-as e então age, a fim de viver uma experiência de superação e prazer. Quando supera seus limites e experimenta o prazer de parir, sente-se realizada, pois foi a protagonista da sua experiência. Do contrário, a mulher percebe e interpreta que em algum momento perdeu seu protagonismo e, apesar de sentir-se feliz pelo nascimento do filho, inicia um processo de luto por não ter conseguido parir.

### **4.3 Ressignificando a experiência vivida**

Na categoria “Ressignificando a experiência vivida”, a mulher interpreta toda a experiência vivida, do planejamento ao nascimento de seu filho, e identifica os fatores que contribuíram para ter tido ou não uma experiência de superação e prazer. Com base nas percepções resultantes do processo interacional com ela mesma, com seu bebê, sua família e com as pessoas que participaram do seu processo de gestação e parto, compreende o significado dessa experiência em sua vida. A categoria “Ressignificando a experiência vivida”, apresentada na Figura 4, é composta pelas subcategorias “Sentindo-se poderosa com a experiência de parir”, “Lidando com a frustração por não parir” e “Contribuindo com a resignificação cultural do parto”.

**Figura 4: Categoria “Ressignificando a experiência vivida”, suas subcategorias e componentes**



### **4.3.1 Sentindo-se poderosa com a experiência de parir**

A subcategoria “Sentindo-se poderosa com a experiência de parir” revela o significado atribuído pela mulher à experiência exitosa do parto. Ela se sente transformada pelo sentimento de “empoderamento”, superação e simplicidade. A subcategoria é composta pelos componentes “Sentindo-se mais forte e capaz por ter conseguido parir” e “Surpreendendo-se com a simplicidade do parto”, descritos a seguir.

#### *4.3.1.1 Sentindo-se mais forte e capaz por ter conseguido parir*

Quando a mulher consegue parir sente-se feliz, em paz e realizada, sente que cumpriu um propósito. Ela rompe barreiras, luta e conquista seu objetivo. Compartilha um sentimento de “empoderamento”, força e capacidade de fazer o que quiser. Sente-se orgulhosa e mais capaz de cuidar dela e do filho.

Ela vivencia dificuldades em todo o processo, enfrenta desafios e intervenções indesejadas, consegue parir e se sente vitoriosa. Compreende que parir não é fácil, mas é recompensador e prazeroso. Todos os sentimentos que afloram com o parto e o nascimento da criança fazem deste o dia mais importante da sua vida, marcam sua existência para sempre.

Superar-se e conseguir parir com prazer significa simbolicamente que a mulher tem um corpo poderoso, capaz e forte. Ela é ativa e conquista o protagonismo na experiência. Este significado contrapõe a ideia da mulher frágil, submissa, incapaz e dependente. Ela vence essa prova e simbolicamente está em melhores condições para exercer a maternidade. Sente o parto como o apogeu da sua feminilidade, ou seja, esta é uma experiência importante não só como mãe, mas como mulher.

Ela sente prazer em ter um corpo que funciona em plenitude, em estar participando ativamente do nascimento de seu filho, em senti-lo saindo do seu corpo. Sente sua identidade de mulher e mãe fortalecida. Se ela é capaz de viver essa experiência, ela é uma mulher capaz de enfrentar tudo o que está por vir. Nada a impedirá de triunfar na vida.

A mulher se supera, especialmente, quando tem uma experiência pessoal anterior de sofrimento ou menos satisfatória do que a experiência atual. Ela também se supera quando altera o curso de uma história familiar negativa, quando não passa pelo que sua mãe ou outras mulheres da família passaram. Ela supera a dor física e as dores emocionais. Nesse processo, ela interage com ela mesma, enfrenta a si mesma, encontra-se consigo mesma, se conhece, se desafia, se supera. Ela interage com as outras pessoas na cena do parto, mas somente ela está parindo a criança.

A experiência do parto como superação e prazer não é marcada pelo sofrimento físico ou emocional, mas pelo poder e pelo prazer de estar vencendo uma batalha, conquistando um objetivo, realizando um sonho. Quanto mais tortuoso seu caminho e ousado seu objetivo, ao conquistá-lo, mais fortalecida a mulher se sente.

Além do significado de superação e prazer, a experiência do parto revela uma transformação profunda de crenças e valores. Além de acreditar mais em sua força e poder, a experiência evoca uma mobilização de valores pessoais na mulher. Ela percebe seu mundo transformado por essa experiência e reinterpreta seu propósito de vida.

*Com a chegada de minha segunda filha me superei como mulher e como mãe, me sentindo mais forte e capaz de cuidar dela e do irmão, fechei um ciclo de parto iniciado no nascimento do meu primeiro filho. Aprendi sobre mim, sobre limites, escolhas. Foi muito bom experimentar o que eu defendo: o direito de bem parir, o parto respeitoso e protagonizado. Parir não é fácil, mas é recompensador! (RC2)*

*Sei que me senti uma supermulher e uma felicidade jamais sentida. Esse dia foi o dia mais feliz da minha vida. (JS)*

*Nossa, agora eu posso escrever o relato, eu tive um final feliz, uma sensação de empoderamento... Eu ouvindo meu marido falar no telefone: “nossa, ela é forte demais”. Foi natural, sem anestesia, então eu me senti mais empoderada ainda, né? Com aquele meninão no braço, 3.780 gramas, foi maravilhoso. [...] É uma sensação de que a gente sai da mulher, da mulher menina, e vira a mãe, uma mulher forte e capaz. Empoderada, dona do próprio corpo. A sensação que eu tinha era essa, que eu era dona do meu corpo e que eu podia tudo que eu quisesse né? Que eu era capaz de tudo que eu queria, eu era capaz de conseguir. Então, ficou isso dessa transformação mesmo, dessa capacidade de que ninguém me tirou esse momento mágico que foi de parir, né? E quando você pega no braço da criança, você pensa: nossa, valeu a pena tudo. (RG1)*

*Um amigo nosso comentou com meu marido: “puxa, ela é macha pra caramba!”, e eu fiquei com essa frase matutando na minha cabeça: como nossa sociedade fragiliza a mulher e a coloca como incompetente e incapaz de fazer algo que só ela pode fazer! Por que será que para parir assim, naturalmente, somos consideradas “machas” e não “fêmeas”? O parto para mim foi o apogeu da feminilidade, uma experiência única. Vi Deus, literalmente, ao ver minha filha em meus braços. (CR)*

#### *4.3.1.2 Surpreendendo-se com a simplicidade do parto*

O parto natural sem intervenções é percebido pela mulher como um evento que simboliza simplicidade. Este significado de simplicidade contrapõe o significado do parto como sofrimento e risco, ou seja, trata-se de um evento natural e não um evento complicado, perigoso e que requer intervenções. A mulher que vivencia um parto natural sem intervenções interpreta essa experiência como “empoderadora”, pois a natureza manifestou-se plenamente em seu corpo.

Simbolicamente, quanto mais natural é o parto, mais perfeito é seu corpo. Ela sente sua experiência como uma manifestação da natureza, interpreta que deixou a vida acontecer naturalmente. O que é natural não é

compreendido como sofrimento. Assim, interpreta sua experiência como intensa e dolorida, mas natural.

Um parto sem intervenções no aconchego do lar é um objetivo ousado da mulher e, ao conquistá-lo, ela se sente muito fortalecida. Avalia que o ambiente da casa, tranquilo e sem estímulos estressantes, favorece a evolução do parto. Sente-se feliz com a escolha que fez e deseja que o parto domiciliar seja uma opção para todas as mulheres.

Como ela enfrentou a dicotomia dos significados do parto como uma experiência de superação e prazer *versus* sofrimento e risco e acreditou no significado de superação e prazer, ao ter uma experiência de parto natural, sem intervenções, a mulher confirma sua crença neste significado. Viver a experiência faz toda a diferença e ela mesma se encanta com a simplicidade do parto. Sente-se surpreendida ao perceber que seu parto foi mais perfeito do que idealizou.

*E, assim foi nossa história. Um parto rápido, tranquilo, sereno, no aconchego do nosso lar. Minha filha não teve nenhuma intervenção. Eu não tive nenhuma intervenção nem laceração. Nossa decisão pelo parto domiciliar não poderia ter sido melhor! (LD2)*

*Foi muito tranquilo, muito simples e mais uma vez transformador. Nesse parto, o transformador para mim foi a questão de superar, que eu realmente não precisava das intervenções. E eu sabia que meu corpo podia agir sem intervenção também. Eu acho que estar no ambiente de casa favoreceu isso, o trabalho de parto foi muito mais rápido, foi muito menos doloroso; por ela ter sido quase um quilo maior que o primeiro filho, eu tive laceração de primeiro grau, dele foi de segundo grau. Então, eu acho que tudo isso teve a interferência de estar na minha casa, o que fica para mim é isso, dessa possibilidade de escolha. Um modelo que possa ser ampliado e divulgado, que possa ser opção de escolha mesmo da mulher. E aí, a gente fica com esse sentimento de superação mesmo, então, de superação e de simplicidade (RG2)*

*Quando minha mãe chegou eu estava sentada na cama, com as pernas cruzadas (perna de índio), serena e feliz com minha princesa no colo. Ela simplesmente não acreditou: “nem parece que você acabou de parir! Parabéns, minha filha, você conseguiu!” E assim passamos o resto do dia, recebendo visitas, tirando fotos e comemorando nossa vitória sobre a tecnologia. Parir pode ser tão simples, basta deixar a vida acontecer naturalmente. Confesso, eu me senti o máximo ao ver a cara de espanto de todos: sem anestesia mesmo? mas não doeu demais? E eu tranquila, amamentando minha cria. (DP2)*

*Um parto muito intenso, muito rápido – sem intervenções. Muito dolorido, sim. Mas, quem disse que dor é sinônimo de sofrimento? Diferente do que planejamos, ainda mais perfeito do que planejamos! (GC)*

#### **4.3.2 Lidando com a frustração por não parir**

A subcategoria “Lidando com a frustração por não parir” revela o sofrimento e as dores emocionais da mulher que não conseguiu parir, assim como as estratégias utilizadas por ela para enfrentar a situação. Por meio dos componentes “Sentindo sua identidade de mulher e mãe ameaçada”, “Utilizando estratégias para compensar a frustração” e “Tendo a esperança de parir em uma próxima experiência”, é possível compreender como a mulher percebe e interpreta a situação, bem como o sentido e o significado atribuído por ela a essa experiência.

##### *4.3.2.1 Sentindo sua identidade de mulher e mãe ameaçada*

Após trilhar caminhos tortuosos e romper muitas barreiras durante a gravidez, na busca por uma experiência de parto normal, a mulher, quando não consegue parir, sente-se como quem “nadou um longo percurso contra a corrente e morreu na praia”. Experimenta um sentimento de frustração por não ter alcançado seu objetivo.

No seu processo interacional, escutou opiniões de familiares e amigos que consideram o parto um evento de sofrimento e risco. Como não conseguiu parir devido a alguma intercorrência de risco relacionada a ela ou ao bebê, tem que interpretar e ressignificar sua experiência diante dessa realidade. Enfrenta novamente esses familiares e amigos, que reiteram para ela que parto é sofrimento e risco. Além dessa interação com familiares e amigos, está interagindo com ela mesma, interpretando sua experiência e suas dores emocionais por não ter conseguido parir.

O significado imediato que atribui à sua experiência de não parir é o de que seu corpo falhou ou que ela não foi forte o suficiente para superar seus limites, que perdeu seu protagonismo, que foi passiva e aceitou as intervenções que culminaram na via de nascimento indesejada. Sente vergonha e revolta. Vergonha por não ter conseguido trazer seu filho ao mundo da forma que considera a melhor e por ter falhado em conquistar um importante objetivo em sua vida. Revolta por achar que tudo o que fez foi em vão e por não ter conseguido conquistar o que a maioria das mulheres que integram os movimentos sociais pela humanização do parto consegue. Neste contexto, ela se sente excluída do movimento.

Sente-se feliz pelo nascimento da criança, mas frustrada pela via de nascimento indesejada. Sente que lidar com essa realidade é difícil, especialmente no pós-parto imediato. Ela fica dividida entre a felicidade pelo nascimento e a frustração pela via de nascimento indesejada. Quando seu companheiro está ao seu lado e compreende seu sofrimento, este é amenizado, mas quando se sente sozinha na situação, sente mais dificuldade em elaborar sua frustração.

A mulher se sente privada do prazer de parir, de sentir seu bebê saindo do seu corpo, de sentir seu corpo funcionando plenamente, de participar ativamente do nascimento do seu filho e dos primeiros cuidados prestados a ele. Sente sua identidade de mulher e mãe ameaçada. Tudo parece perder o sentido para essa mãe, que questiona até mesmo o ato de amamentar — que ela não interrompe por compreender que está revoltada e que a interrupção do aleitamento só reforçará seu sentimento de fracasso.



Ela duvida da sua capacidade de parir, mas quando visualiza a possibilidade de ter outra gestação e parto, aposta nessa nova oportunidade. Se não tem essa possibilidade, sente mais dificuldade em lidar com sua frustração. Neste contexto de identidade ameaçada, ela sente que precisa elaborar a frustração por não ter conseguido parir, adaptar-se à rotina de cuidar do filho recém-nascido e adaptar-se à amamentação.

Percebe e interpreta que a experiência de parir é importante para ela não apenas como mãe, mas como mulher. Superar-se e parir com prazer compõe um desejo seu como mulher, no contexto de sua feminilidade e sexualidade. Parir é simbólico e significa que a mulher atingiu o ápice da sua feminilidade. É uma experiência tão profunda que oportuniza se transformar e sentir-se uma mulher melhor. Quando não consegue parir, ela sente um vazio, uma lacuna em sua vida. Com o passar do tempo, ela elabora sua frustração e compreende que esta lacuna faz parte do seu processo de amadurecimento pessoal e que esse vazio não existe por acaso, tem um propósito.

No caminho de ressignificar sua experiência, a mulher que não conseguiu parir experimenta sentimentos de frustração, vergonha, revolta e perda da identidade como mãe e mulher. Porém, em seu processo interacional, interpreta sua experiência, reconhece seus limites, compreende e aceita a realidade e dá sentido aos fatos. Sente-se frustrada e com uma lacuna em sua vida, mas atribui um significado à experiência e reconhece que o que aconteceu tem um objetivo.

*Aí, achava que se tudo tivesse sido diferente eu teria conseguido. Aí, os primeiros meses foram muito difíceis por isso, porque eu fiquei muito frustrada, fiquei me sentindo assim: nadei, nadei e morri na praia. E parece que confirmou o que todo mundo me dizia, que não era bem assim, que o médico que sabia. (FC1)*

*Continuei frustrada com a cesárea por muito tempo. Talvez, ainda hoje. A cicatriz, admirada pela doutora, que se encantava por minha ótima cicatrização, estava ali para me lembrar a via de nascimento indesejada. Como gostaria de conseguir esquecer, fantasiar, ou não sofrer mais por este procedimento. Por minha falta de maturidade. Por ter sido tão passiva... (DS1)*

*Eu não queria nem amamentar. Eu fiquei revoltada. Porque eu acreditei tanto, eu lutei tanto, e defendi tanto isso e para mim estava dando tudo errado, eu falei: “então eu não sirvo para isso, eu sirvo para fazer o que todo mundo faz”. É lógico que eu não ia parar de amamentar, né, era uma revolta. Eu não tinha coragem de fazer isso – parar de amamentar. E eu pensei: “se eu parar de amamentar, aí é que eu vou deprimir mesmo, porque eu vou sentir mais fracassada ainda como mãe”. Hoje eu não consigo me encontrar na maternidade, parece que o meu mundo caiu, que tudo que eu amava, tudo que eu fazia com a maior facilidade, agora eu não sei, eu estou me sentindo uma péssima mãe e eu sinto que eu não tenho mais outra chance, que eu não quero ter mais filho. Eu fiquei perdida, será que eu sou... Será que eu consigo ser essa mãe que eu quero ou tem que ser do outro jeito? E eu queria muito viver isso, o parto era uma necessidade minha enquanto mulher, não só mãe. E aí, esse lado é que para mim está morto sabe, junto com a cesárea morreu. Agora eu não consigo ser mulher nem mãe, eu estou vazia de sentimentos assim. (FC2)*

*Eu fico feliz que uma cesárea tenha dado certo. Claro, não ia querer de forma alguma que complicasse. O que me deixa triste não é a cesárea. É o “não parto”! A cesárea é o “não parto”. Fico triste porque a cesárea significa que a mulher deixou de viver sua sexualidade ativamente. Foi uma oportunidade a menos de experimentar o ápice dela. De sentir seu corpo funcionando perfeitamente. E cada uma que deixa de parir, me faz lembrar como para mim isso deixou um espaço vazio. Eu fico feliz pelo nascimento do bebê, fico feliz porque a cesárea existe e salva vidas, quando bem indicada, fico feliz que ela dê certo, fico feliz que a mãe se recupere bem. Mas fico triste pelo “não parto”. Não tem nada a ver com o sentimento do nascimento do filho! Quem me conhece sabe o quanto sou uma mãe amorosa, vibrante, feliz, emocionada, empolgada com minhas filhas. Sou uma pessoa feliz em todos os aspectos! O fato de ter ficado essa lacuna faz parte do meu amadurecimento e aperfeiçoamento como pessoa. É só mais uma das lacunas que existem na vida de qualquer pessoa, faz parte e não acontece por acaso. Tem um propósito, acredito muito nisso. A segunda cesárea, então, me deixa tranquila pela forma como foi conduzida, mas também mais distante de um dia preencher esse vazio. De um dia ter a oportunidade de experimentar algo novo, que tenho certeza que me transformará, me melhorará! Como qualquer experiência tão profunda como essa faz com qualquer mulher. (PA)*

#### *4.3.2.2 Utilizando estratégias para compensar a frustração*

Ter o filho nos braços é uma grande compensação para a dor e a frustração que um parto vaginal a fórceps ou uma cesariana representam para a mulher que queria parir. O nascimento de um filho saudável que demanda cuidados exige que a mulher desempenhe seu papel de mãe. Ela não tem escolha, precisa ser mãe. Apesar da frustração por não ter conseguido parir e de todos os sentimentos advindos dessa experiência, como o de sentir sua identidade de mulher e mãe ameaçada, ela precisa

exercer a maternidade. Assim, ela sente-se provocada a utilizar estratégias que compensem sua frustração.

Ela percebe esta necessidade e interpreta sua realidade. Compreende que é necessário separar os eventos parto e nascimento, para que sua frustração por não ter conseguido parir não atrapalhe a alegria de ter um filho saudável para cuidar. Nesse sentido, sente-se desafiada a compreender e aceitar a história do nascimento do seu filho e a esforçar-se para exercer o papel materno da melhor forma possível.

Assim, ela deseja dar o melhor de si para seu filho. Quer se superar no exercício da maternidade. Sente-se desafiada a desempenhar seu papel de mãe com a mesma consciência crítica que a fez romper barreiras em busca do parto normal. Amamenta o filho exclusivamente ao seio, não oferece chupeta a ele, não oferece mamadeira nem alimentos industrializados, carrega-o no *sling* e evita a medicalização do cuidado infantil, entre outras práticas denominadas por elas de “criação com apego”.

A mulher que não consegue parir, mas consegue abraçar a maternidade e amamentar, sente-se confortada. Interpreta e aceita a história do seu parto e do nascimento do seu filho e age no sentido de compensar sua frustração. Como não teve o parto que sonhou e, assim, não propiciou o melhor para seu filho no momento do nascimento, abraça a maternidade com todas as suas forças.

*Eu não tenho escolha, ou eu aprendo ou eu sofro e agora eu sou mãe, tem alguém que depende de mim e assim, é muito difícil você separar o parto do nascimento. [...] Parece que tudo o que me faltou que eu poderia ter feito para o bebê no parto eu tento fazer agora, sabe, com criação com apego, tudo o que eu acredito que é o melhor para ele. Peço perdão para ele sempre quando eu me lembro de ter cobrado dele, porque ele não quis nascer em casa, porque ele demorou muito, porque que ele não entrou direito na pelve, porque isso, porque aquilo. [...] Só que assim, eu recebi uma mensagem que falava que não era só a minha história, era a história dele também e que ele precisava de mim agora e eu não devia ficar daquele jeito que eu estava. E que ele veio para me ajudar. (VC)*

*Eu fiquei me sentindo desacreditada, sabe, eu falei: “é, realmente, todo mundo tem razão, eu não tenho capacidade mesmo, não”. Só que eu aí, para compensar, isso eu fiz todo o resto para minha filha, eu abracei a causa da maternidade com todas as forças e eu vivi isso durante um ano e meio, praticamente eu era só mãe, sabe. Mas, era muito tranquilo para mim, eu não era neurótica nem nada, foi um período tranquilo. Eu não tive o parto que eu queria, mas pelo menos eu vou dar para a minha filha tudo o que ela precisa, merece, mesmo que seja difícil, que necessite de sacrifícios e tudo, eu vou fazer. (FC1)*

#### *4.3.2.3 Tendo esperança de parir em uma próxima experiência*

A mulher percebe, interage com ela mesma, com seu bebê, com as pessoas que participaram do seu processo de gestação e parto, interpreta e compreende o que influenciou negativamente a sua experiência. Na medida em que compreende o contexto que determinou a realidade vivida e que aceita sua própria história, inicia o planejamento de uma próxima experiência.

Inicia esse planejamento e manifesta novamente o desejo de superar-se e parir com prazer. Quer sentir o que não sentiu, quer enfrentar os desafios que dificultaram o alcance do seu objetivo na experiência em que não conseguiu parir. Planeja fazer diferente na próxima gravidez. Tem esperança em conseguir parir e acredita que essa conquista irá ajudá-la a compensar sua frustração.

Considera que precisa parir para se libertar do que viveu, para curar suas feridas. Quando compreende que seu lado racional atrapalhou, pretende, no próximo filho, não buscar conhecimentos e informações técnicas sobre o parto, mas preparar melhor seu lado emocional, sua entrega, sua espiritualidade e sua fé.

Quando ocorre analgesia, infusão de ocitocina, cesariana e fórceps, entre outras intervenções indesejadas, quer fazer tudo para evitar tais intervenções. Se não teve enfermeira obstetra para ficar mais tempo em casa

e internou muito cedo, planeja contratar uma enfermeira obstetra no próximo parto. Se não teve doula e sentiu falta de apoio, planeja contratar uma doula na próxima gestação.

A mulher preocupa-se com a expectativa que está criando e com a possibilidade de ter que lidar novamente com o imponderável, mas percebe a necessidade de se fortalecer em seus desejos, para não delegar para os outros seu parto. Precisa ser forte, ser a protagonista da sua história. Compreende a perda do protagonismo como uma das principais causas de sua experiência e traz para si a responsabilidade de não ter conquistado seu objetivo de parir. Com essa consciência, e não apenas a necessidade de compensar a frustração, tem mais esperança em superar-se e parir com prazer.

*Acho que a cesárea me privou de ver meu filho sair, de senti-lo, de ver a placenta, cordão, de amamentá-lo mais rápido. Privou-me de registrar o momento em fotos (não tem graça foto de cirurgia), privou o pai dele de ampará-lo em sua saída como sonhamos, de descansarmos juntos após um longo trabalho de parto. Meu sonho de ter outro filho agora tem mais justificativa, pois, além de não querer filho único, quero ter a chance de sentir o que não senti, de fazer tudo consertando os meus erros. Os médicos disseram que minha pelve é ótima, que posso e devo ter outro parto normal, natural. E terei, com ajuda de Deus. (RC1)*

*Eu quero que ele participe do próximo parto, que ele vai ser a minha inspiração e minha motivação (choro), para quando o irmãozinho dele vier, eu ir até o fim. Eu vou lidar assim, eu já faço uma revisão interna desde agora de como eu vou lidar, só que por outro lado eu peço para a espiritualidade me dar um pouco de discernimento para eu não colocar tanta expectativa em cima dessa criança que estará vindo. Porque, apesar de a gente ter segurança, a gente ter certeza, não depende só da gente e vai que você realmente precisa de intervenção. Como é que você vai lidar com isso? Eu vou trabalhar mais o que me faltou, meu lado espiritual, da minha fé e não do racional. [...] Eu falo que eu preciso parir direito como eu queria para eu me curar do que aconteceu. (VC)*

*Durante algum tempo tentei me enganar dizendo a mim mesma que eu fiz tudo o que podia para conseguir o parto normal, mas isso não é verdade. Faltou informação, faltou empoderamento, mas me faltou, antes de tudo, a mim mesma. A mulher, com fama de brava e de briguenta, deu lugar a uma mulher dócil e submissa. No evento mais importante da minha feminilidade, ao invés de agir como uma leoa, eu fui conduzida ao abatedouro como um cordeirinho. Acho que nunca vou saber se minha cesárea foi ou não realmente necessária. Acredito que os médicos fizeram o que julgaram ser o melhor para mim e minha filha naquele momento, mas não era o que eu gostaria. Será que não havia nada mais a ser tentado antes de se decidir pela cesárea? No final das contas me restou uma série de questionamentos ainda sem resposta. Agora percebo que esses acontecimentos serviram como aprendizado. A agitação durante a gravidez e a delegação do meu parto são erros que não pretendo repetir, claro, se for da vontade de Deus que eu tenha uma nova chance. (EC1)*

#### **4.3.3 Contribuindo para a ressignificação cultural do parto**

A subcategoria “Contribuindo para a ressignificação cultural do parto” revela, por meio dos componentes “Interpretando e compartilhando a experiência” e “Querendo ajudar outras mulheres”, que no processo de

ressignificar sua própria experiência, a mulher deseja compartilhá-la com outras mulheres, a fim de promover experiências de superação e prazer e evitar experiências frustrantes. Compartilhando sua experiência e querendo ajudar outras mulheres, ela contribui para a ressignificação cultural do parto.

#### *4.3.3.1 Interpretando e compartilhando a experiência*

A experiência do parto muda significativamente a vida de uma mulher. Aquela que conquistou seu objetivo quer compartilhá-lo e ajudar outras mulheres a terem experiências exitosas. Ela avalia que o parto dói, mas é maravilhoso, e que todas as mulheres devem vivenciá-lo. Deseja que outras mulheres sintam-se poderosas como ela.

Aquela que não conquistou seu objetivo e está com sua identidade de mulher e mãe ameaçada, tem mais dificuldade para compartilhar sua experiência, pois precisa interpretar sua realidade, para aceitá-la e compreendê-la. Enquanto não aceita e compreende o que aconteceu, não consegue compartilhar a experiência. No seu processo interacional, pode sentir necessidade de se recolher e se afastar dos movimentos sociais. Por vezes, pode também querer interagir com as pessoas que estavam no seu trabalho de parto, para que lhe ajudem no processo de interpretação da experiência.

Quando consegue reconhecer e refletir sobre seus limites, quando consegue interpretar, aceitar e elaborar a realidade, a mulher ressignifica sua experiência e deseja compartilhá-la com outras mulheres. Compreende o que dificultou conquistar seu objetivo e compartilha essas dificuldades, para que outras mulheres não tenham uma experiência frustrante como a dela. Para auxiliar no processo de interpretar a experiência, busca ajuda profissional, por meio da psicoterapia. Aproveita a oportunidade para uma reflexão profunda sobre a própria vida.

Assim, como a mulher compartilha sua experiência de superação e prazer para que outras tenham uma experiência similar, ela também compartilha sua experiência frustrante para que outras não vivam o que ela



viveu, não passem pelo que ela passou, de modo a promover igualmente experiências de superação e prazer.

A mulher continua ou retoma sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto, seja por meio virtual (em listas de discussão *online* ou grupos do *Facebook*), seja por meio presencial. Ela participa de encontros, manifestações sociais e outros eventos, a fim de interagir com as demais integrantes dos movimentos e compartilhar sua experiência.

O registro escrito da experiência, chamado “relato de parto”, ou “relato de não parto”, é outra estratégia que a mulher utiliza para compartilhar sua experiência. O registro escrito é uma importante contribuição de quem não tem disponibilidade para participar presencialmente das atividades dos movimentos. Ela se sente feliz em escrever o relato, compartilhar e ter retorno de quem o leu.

Esse processo de interação com outras mulheres possibilita circular o significado do parto como superação e prazer, constituindo uma estratégia poderosa para que outras mulheres se integrem ao movimento pela humanização do parto. Na medida em que mais mulheres integram o movimento, aumenta a potencialidade de o mesmo provocar uma ressignificação cultural do parto.

*Tanto que ninguém sabe, eu não contei para ninguém do parto, porque eu tenho vergonha disso, eu não tenho coragem de falar, nem minhas amigas sabem. E elas querem saber: “ah, e seu relato de parto?” E eu falo: “eu estou fazendo ainda”. Então, assim, enquanto eu não tiver em paz com essa história eu acho que eu não tenho coragem de contar. [...] Eu sempre soube muito, mas de que me adiantou? Na hora, o que adiantou tanto o racional, se eu não soube lidar? Tanto que hoje, quando eu converso com outras grávidas eu falo para elas: “a equipe é super fundamental, mas preocupa com o seu emocional, o tanto que você quer, o tanto que você precisa se entregar”. Porque eu acho que 90% é entrega e os 10% é fisiológico. (VC)*

*Eu sabia, de outras datas, que a terapia me ajudaria a resolver várias questões da minha vida, mas o trauma do “não parto” foi o empurrão que eu precisava para cuidar da parte não visível de mim. O primeiro passo foi encarar a sombra. E como era feia... Eu precisava curar a alma, me perdoar pelas escolhas mal feitas, os erros cometidos na primeira gestação. Era urgente apaziguar meu coração. Me recolher um pouco e olhar para dentro me ajudou a me conhecer, me fortalecer e me preparar para o que viria. (EC2)*

*Eu escrevi o relato, fiquei muito feliz, adorei mandar para todo mundo e receber os retornos, “nossa, que lindo, me emocionei quase chorei”. Aí, me senti realizada e aí eu terminei o relato dele falando que Deus me permitisse parir novamente. (RG1)*

*O interessante disso do relato de parto, porque eu também desejei um parto parecido com o de uma mulher, tive a minha própria história, escrevi a minha própria história e outra mulher se baseou na minha história para também desejar ter, então, achei que isso foi tão interessante. Quando ela me falou isso eu pensei: “é mais um motivo para a gente escrever mesmo o relato de parto”. E ela falou que o dela foi muito parecido com o meu, do jeito que ela desejou e aconteceu. Então, mais uma prova do fortalecimento assim, como que é importante o fortalecimento das mulheres. Essa troca de experiências. (RG2)*

#### *4.3.3.2 Querendo ajudar outras mulheres*

A mulher que acredita no significado do parto como uma experiência de superação e prazer e não de sofrimento e risco, independentemente de ter conseguido ou não viver essa experiência, deseja divulgar sua crença para outras mulheres. Acredita que parir com prazer é um direito da mulher e que ela pode contribuir para ressignificar culturalmente o parto, ajudando outras mulheres a acreditarem nesse significado. Torna-se ativista de um movimento que mantém circulando informações que embasam o parto como

um evento de superação e prazer e que possibilita à mulher ressignificar sua experiência.

A mulher compreende que existe uma estrutura social pautada no significado do parto como sofrimento e risco. Esta estrutura embasa a prática dos profissionais de saúde e o modelo de assistência ao parto oferecido nos serviços de saúde. A mulher se sente mobilizada a alterar essa estrutura social. Ela compreende que cada mulher que ressignifica sua experiência é uma peça ativa nesse movimento capaz de mudar essa realidade. Assim, compreende a necessidade de oferecer às mulheres melhores serviços, por meio de equipes de partos domiciliares, parto em casas de parto e equipes de parto humanizado em hospitais com doulas e enfermeiras obstetras.

A mulher reconhece o potencial da doula nesse movimento e deseja tornar-se doula para atuar de modo mais efetivo nessa engrenagem capaz de alterar a estrutura social. Para ela, a doula tem papel fundamental por não ter vínculo familiar com a mulher e conhecer as necessidades da mulher em trabalho de parto, por atuar com conhecimento e possuir habilidade em dar apoio.

A mulher deseja ajudar outras mulheres e se vê como uma peça-chave desse movimento que pode evitar que as mulheres tenham experiências frustrantes e de sofrimento no parto. Ela também se sente realizada a cada mulher que consegue superar-se e parir com prazer. Nesse movimento, a mulher ressignifica sua experiência, altera o curso de sua história e segue contribuindo para uma ressignificação cultural do parto.

*Com minhas experiências já ajudei muitas mulheres e espero continuar ajudando. Meus filhos participam de eventos de humanização, falam sobre parto normal e amamentação com naturalidade! Já estão carregando uma bandeira! (RC2)*

*Creio que nós, mulheres, devemos lutar por partos cada vez mais dignos e acho que isso pode ser feito de diversas formas: partos domiciliares, equipes de parto humanizado, casas de parto e agora também tem mais uma opção: fazer valer nossos direitos em qualquer hospital, com qualquer médico. Nessa minha experiência, concluí que o trabalho da doula é fundamental, pois apesar de meu marido e minha mãe estarem preparados para me ajudarem (e terem ajudado muito), faltou alguém com experiência prática no assunto. Alguém que pudesse passar mais segurança. Talvez uma boa luta seja exigir que os hospitais permitam, não só a presença do pai, mas também da doula durante o parto. (LD1)*

*Eu quero ajudar as mulheres porque eu sei o quanto que a gente fica sensível nesse momento, e o quanto que é importante alguém que fica do seu lado e fala assim: “você vai dar conta, tá difícil agora, mas vai passar, você vai dar conta”. É super importante ter alguém do seu lado que faça isso, principalmente alguém que não tenha uma ligação emocional com você, parente, porque quem tem acha que você está sofrendo e a doula não, ela tem consciência do que está acontecendo, ela sabe que o processo é aquele mesmo, então eu quero muito, me influenciou muito nisso também, eu quero muito ser doula, eu quero muito poder ajudar, contribuir de alguma forma, para que outras mulheres vivam uma experiência tão bonita, igual a que eu vivi. O meu parto, eu falo, gente, se fosse só parir, eu teria mais uns dez filhos, doeu pra caramba? Doeu, mas é lindo. É linda a possibilidade de você colocar o seu filho no mundo, literalmente. (MT)*

*Então, eu fiquei realmente muito feliz de passar por esse processo e ter tido a chance de mudar uma história, porque não precisava ser igual da forma que minha mãe foi. Eu realmente sou muito grata ao meu filho, por ele ter feito eu conhecer essas coisas. E eu quero ajudar, eu não quero que mulher nenhuma passe por essas histórias de violência. (MT)*

Em síntese, a categoria “Ressignificando a experiência vivida” explicita o processo interacional que possibilita à mulher interpretar sua experiência de parto e atribuir um significado a ela. Ela sente-se fortalecida

e mais capaz de cuidar de si e do filho quando consegue parir e sente que todo o seu esforço em romper barreiras durante a gestação e de enfrentar os desafios da experiência é recompensado.

Em contrapartida, quando não consegue parir, a mulher sente-se frustrada. Inicialmente, sente vergonha e revolta e percebe sua identidade de mulher e mãe ameaçada. Utiliza estratégias para compensar sua frustração e pensa em uma nova oportunidade de parir para realizar esse sonho. À medida que interpreta sua experiência e aceita seus limites, compreende e atribui um significado a ela. Compreende que esta frustração tem um sentido e um propósito em sua vida.

Neste processo de ressignificação da experiência, a mulher sente necessidade de compartilhar o que viveu. Continua ou retoma sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto para ajudar outras mulheres a terem experiências exitosas de parto. Desse modo, contribui para uma ressignificação cultural do parto como experiência fortalecedora para a mulher e com significado de superação e prazer.

#### **4.4 Modelo teórico: ressignificando-se como mulher na experiência do parto**

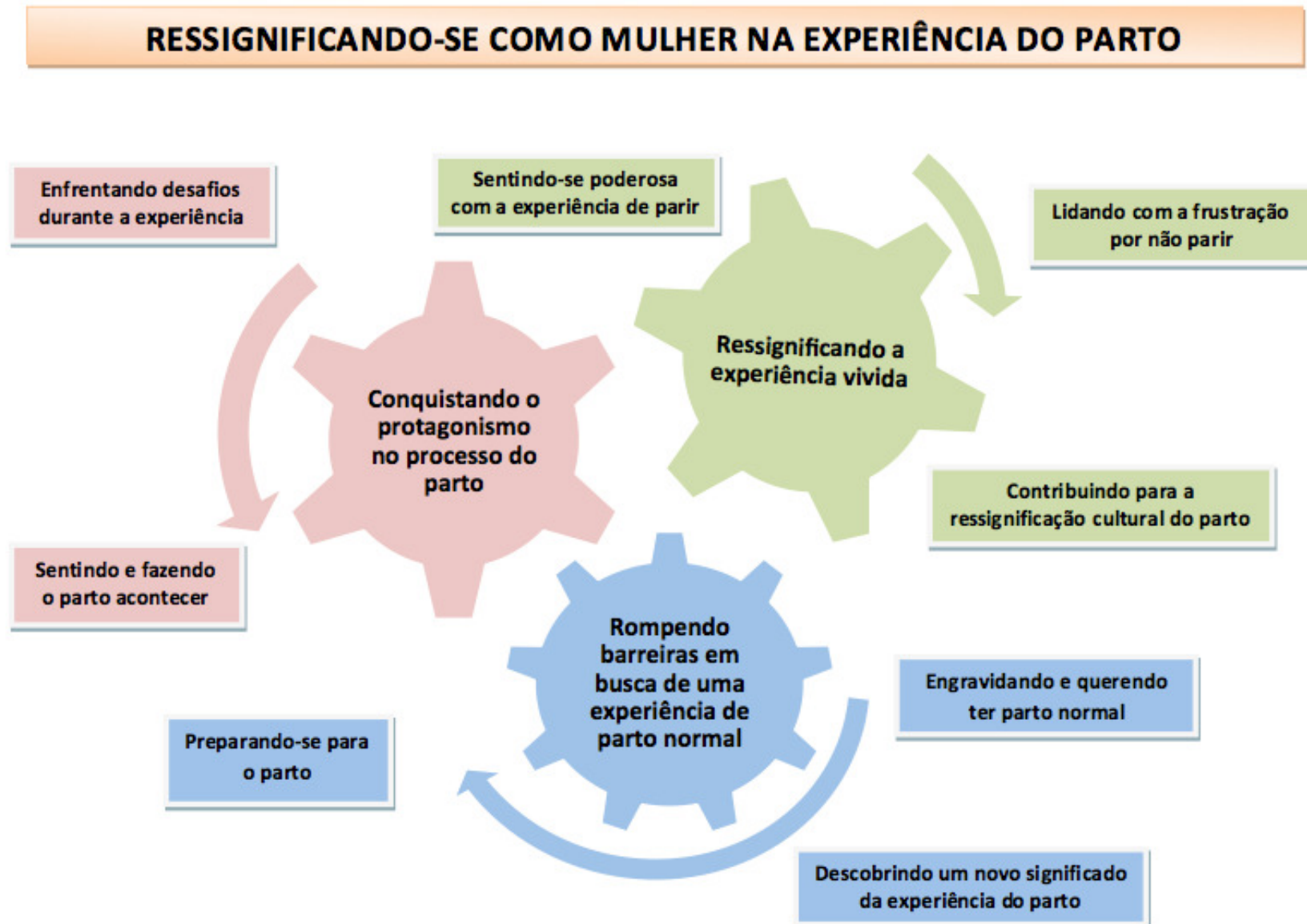
A análise das categorias **“Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”**, **“Conquistando o protagonismo no processo do parto”** e **“Ressignificando a experiência vivida”** permitiram compreender a trajetória de gestação e parto da mulher que integra os movimentos sociais pela humanização do parto. Esta análise e o modo como as categorias interagem possibilitaram identificar a categoria central **“Ressignificando-se como mulher na experiência do parto”**, que revela como o significado atribuído pela mulher a esta experiência impacta sua existência.

Durante a gestação, a mulher que participa desses movimentos define a experiência de parto que deseja viver e luta para conquistá-la, enfrentando uma cultura divergente. Durante o parto interage, redefine e age para conquistar seu objetivo, lidando com o imponderável e os obstáculos

que surgem. Após o parto, interpreta os eventos vividos, estabelece relações, compreende e ressignifica essa experiência em sua vida. Ao longo de todo o processo, ela se vê, se define, se julga e se ressignifica como mulher, alterando sua postura em relação ao mundo que a cerca.

Assim, a articulação da categoria central com as demais categorias e subcategorias permitiram a construção do modelo teórico apresentado na Figura 5, que explicita a experiência dessas mulheres. O diagrama ilustra o movimento da mulher de ressignificar-se na experiência do parto, participando de uma engrenagem capaz de ressignificar culturalmente o parto, na medida em que cada mulher que vive esse processo compartilha sua experiência e convida outras mulheres para participarem dos movimentos sociais pela humanização do parto.

Figura 5: Modelo teórico “Ressignificando-se como mulher na experiência do parto”



Em **“Rompendo barreiras em busca de uma experiência de parto normal”**, a mulher manifesta um desejo prévio de ter parto normal, constituído a partir de interações sociais, evidenciado na subcategoria **“Engravidando e querendo ter parto normal”**. Ao descobrir-se grávida, decide que vai ter o filho, mesmo se estiver em circunstâncias desfavoráveis para viver a maternidade. O contexto do planejamento ou não da gravidez influencia o estado emocional da gestante, mas não compromete a mobilização que ela faz para concretizar o desejo de ter um parto normal.

A percepção e interpretação das experiências de parto das mulheres e das condutas dos profissionais com quem ela interage motivam a busca por mais informações sobre o parto. Nessa busca, ela interage com mulheres que integram os movimentos sociais pela humanização do parto e descobre uma nova ótica sobre o parir. Na subcategoria **“Descobrimo um novo significado da experiência do parto”**, ela se coloca na realidade vivida pelas mulheres desses movimentos sociais. Descobre e acredita que o parto pode ser uma experiência saudável e prazerosa. Assim, projeta seu desejo de ter um parto normal em que ela é a protagonista, em que ela se supera e se fortalece como mulher.

Descobre também uma significação cultural do parto como sofrimento e risco na sociedade brasileira e uma estrutura social que sustenta esse significado. Ela vivencia uma verdadeira peregrinação em busca de profissionais e instituições que possam atender seu desejo de protagonizar o parto, especialmente, no setor suplementar de saúde. Assim, rompe barreiras para enfrentar essa estrutura e altera os rumos da sua história. Faz escolhas quanto à equipe e local de parto, pesquisa e busca informações que subsidiam suas decisões.

Nesse contexto, a subcategoria **“Preparando-se para o parto”** revela o percurso de preparar-se para o parto, enfrentando essa estrutura social que sustenta o significado do parto como sofrimento e risco. Ela enfrenta também a expectativa da espera, suas incertezas, inseguranças, medos e fortalece a confiança na sua capacidade de parir. Assim, se ressignifica enquanto uma mulher que é ativa na gestação e que tem o potencial para ser a protagonista do seu parto, a fim de viver uma experiência de superação e prazer.



Em **“Conquistando o protagonismo no processo do parto”**, a mulher vivencia todo o trabalho de parto, até o nascimento do bebê e o período pós-parto. Na subcategoria **“Sentindo e fazendo o parto acontecer”**, ela percebe os sinais do início do trabalho de parto, da progressão e da iminência do parto. Nesse processo, ocorre uma interação estreita com seu próprio corpo e com as pessoas que estão coadjuvantes na cena do parto. Experimenta um turbilhão de sensações e emoções, percebe os hormônios alterando sua sensibilidade, percepção e comportamento, assume uma postura ativa e ao mesmo tempo, deixa-se levar e entrega de “corpo e alma” ao processo.

Na subcategoria **“Enfrentando desafios durante a experiência”**, a mulher percebe sua vulnerabilidade diante da dor física, dos medos, anseios, decepções, privações e frustrações, diante de intercorrências imprevisíveis e de um trabalho de parto que considera demorado. Percebe, interpreta e age diante das dificuldades, enfrentando-as a fim de ser a protagonista da sua experiência. Quando supera seus limites e experimenta o prazer de parir, sente-se realizada, pois conquistou seu objetivo. Quando não consegue parir, reconhece que, em algum momento, perdeu seu protagonismo e apesar de sentir-se feliz pelo nascimento do filho, sente-se frustrada.

Sentindo-se realizada ou frustrada, enfrenta a realidade do pós-parto, em que precisa conhecer seu bebê e aprender a atender suas necessidades, inicia a experiência da amamentação e adapta-se à realidade da privação do sono. Ressignifica-se enquanto uma mulher que é dona do seu corpo e que é capaz de se superar, mesmo quando perde o protagonismo em algum momento da experiência.

Em **“Ressignificando a experiência vivida”**, a mulher interpreta sua vivência e atribui um significado a ela. A subcategoria **“Sentindo-se poderosa com a experiência de parir”** revela o sentimento de “empoderamento” da mulher que se supera e consegue parir com prazer. Ela sente-se realizada, fortalecida e mais capaz de cuidar de si e do filho. Quando tem um parto natural sem intervenções, sente-se até mesmo surpreendida com a simplicidade do evento. Quando tem intercorrências e é submetida a intervenções, mas também consegue parir, sente que todo seu esforço foi recompensado.

Por outro lado, **“Lidando com a frustração por não parir”** revela desde sentimentos de vergonha e revolta, até a percepção da identidade de mulher e mãe ameaçadas na mulher que não consegue parir. Ela utiliza estratégias para compensar sua frustração e sente-se desafiada a desempenhar seu papel de mãe com a mesma consciência crítica que a fez romper barreiras em busca do parto normal. Compreende que é necessário separar os eventos parto e nascimento, para que sua frustração não atrapalhe a alegria de ter um filho saudável para cuidar. À medida que elabora seus sentimentos e interpreta sua experiência, aceita seus limites e atribui um significado ao que viveu. Acredita que esta frustração tem um sentido e um propósito em sua vida.

Neste processo de ressignificação da experiência, a mulher sente necessidade de compartilhar o que viveu. Em **“Contribuindo para a ressignificação cultural do parto”**, ela continua ou retoma sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto, para ajudar outras mulheres a terem experiências exitosas de parto. Escreve seu relato e compartilha com outras mulheres, participa de encontros presenciais e relata sua experiência. Deste modo, contribui para uma ressignificação cultural do parto como experiência fortalecedora e prazerosa para a mulher.

A ressignificação cultural ocorre à medida que cada mulher que se ressignifica na experiência do parto, por meio de uma interação simbólica e uma ação cooperativa, compartilha essa ressignificação. De modo consensual, elas compartilham entre si o significado do parto como experiência de superação e prazer, fortalecendo-o, em oposição ao de sofrimento e risco. Esse processo contínuo, ao longo do tempo, é capaz de modificar a estrutura social que sustenta o significado do parto como sofrimento e risco e de ressignificar culturalmente o parto.

Ao ressignificar sua experiência, a mulher ressignifica-se, como uma pessoa mais forte, capaz de cuidar de si e dos filhos, capaz de tudo o que desejar e transformada por sua experiência de parto. Uma mulher que tem direito de viver o parto como um evento que fortalece sua feminilidade e que deseja lutar por esse direito, para que outras mulheres se superem, se fortaleçam e experimentem o prazer de parir.

## 5 DISCUSSÃO

Antes de iniciar a discussão dos resultados da presente pesquisa, convém destacar que para evitar uma interpretação infiel aos dados, seguiu-se a recomendação metodológica da TFD em interromper a pesquisa bibliográfica sobre o tema durante todo o processo de coleta e análise dos dados. Assim, a pesquisa bibliográfica foi retomada apenas após a elaboração do modelo explicativo da experiência de gestação e parto das participantes do estudo.

A discussão foi realizada, essencialmente, com base em quatro pesquisas realizadas no Brasil nos últimos anos, que envolveram gestantes e grupos do movimento pela humanização do parto. São elas:

- Pesquisa com base na fenomenologia realizada por Sodré (2010) com mulheres de um grupo de gestantes de Londrina, Paraná. A análise dos depoimentos evidenciou quatro categorias: preferência pelo tipo de parto, insegurança, necessidade de cuidado e tomada de decisão no parto. Concluiu que, apesar de desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, as mulheres não encontram condições favoráveis para que suas necessidades de cuidado e de participação nas decisões sejam viabilizadas (Sodré et al., 2010; Sodré, 2010).
- Etnografia realizada por Carneiro (2011) com mulheres que frequentaram grupos de preparo para o parto em Campinas, São Paulo, que optaram por dar à luz da maneira “mais natural possível”, prezando por suas sensações e suas emoções, em nome de um “parto que seja todo seu”. Dotadas desse desejo, parecem tecer outras concepções de saúde, de dor e de risco e, assim, criar outras políticas do corpo que pare. A autora problematiza a presença de outros modos de subjetivação femininos a partir desse universo, no qual parece haver outro corpo de mulher e outra figura de mãe (Carneiro, 2011).

- Pesquisa qualitativa realizada por Salgado (2012) com mulheres participantes de mídias sociais, que tiveram cesariana autorreferida como indesejada. Por meio de roteiro com questões semiestruturadas e análise dos dados a partir de categorias pré-determinadas e novas categorias advindas da análise, identificou que o processo que conduz as mulheres a uma cesariana indesejada é marcado por práticas inadequadas e desrespeitosas que inviabilizam o protagonismo feminino e a possibilidade de escolha informada na gestação e no parto. Priorizam-se as conveniências e necessidades das equipes e instituições, em detrimento da saúde emocional da mulher no pós-parto e da sua relação com o filho.
- Pesquisa qualitativa realizada por Zorzam (2013), pautada nas perspectivas teóricas de gênero e direitos reprodutivos, com mulheres assistidas no SUS e sistema suplementar de saúde, com o objetivo de analisar a disponibilização, o acesso e a qualidade das informações sobre os tipos de parto, as intervenções e o respeito ou não ao direito ao acompanhante no parto. A disponibilização das informações é insuficiente nos dois setores, revelando o “silêncio” em torno do parto. Mesmo quando existe o acesso às informações da rota da humanização, não há total garantia da possibilidade de negociações e êxito nas decisões, devido às diversas dificuldades que instituições e profissionais impõem às mulheres.

A respeito do movimento pela humanização do parto no Brasil, Carneiro (2011) considera o movimento do parto humanizado pontual e pulverizado, uma vez que não conta com uma agenda ou mobilização organizada nacional, estadual ou regional. No entanto, por outro prisma, aponta que este movimento pode ser um novo modelo de ação social, que tem na Internet sua maior ferramenta de ativismo.

Salgado (2012) também pesquisou mulheres que possuem acesso aos meios digitais, que os utilizam como ferramenta de comunicação e que têm acesso às informações que circulam na rede sobre parto humanizado. A autora denomina como mídias sociais os espaços criados pelas próprias

mães para compartilhamento de experiências, obtenção de apoio e acesso a informações atualizadas sobre questões que envolvem a gestação, o parto e a maternidade. A mesma aponta a necessidade de realização de pesquisas que avaliem a eficiência dessa mídia no apoio ao parto normal, no aleitamento materno e em outras questões.

Zorzam (2013) refere-se ao movimento como rota específica da humanização, e define-o como nichos que se constituem virtualmente em *blogs*, *sites*, *fanpages*, listas de discussão e espaços físicos (grupos de apoio), que propiciam a discussão sobre os tipos de parto, as intervenções no parto, direito ao acompanhante, entre outras questões referentes à maternidade. A autora ressalta que, nesses espaços, essa discussão se dá por outras perspectivas, entre elas a da medicina baseada em evidência e dos direitos reprodutivos.

Na teoria aqui construída, que revelou um processo de ressignificação da mulher que vive a experiência de gravidez e parto como participante dos movimentos sociais pela humanização do parto, todas essas considerações a respeito do referido movimento estão contempladas. As mulheres que participaram do estudo apresentaram formas diversas de interação com e nesses espaços, por meio de participação nas listas de discussão virtual, em variados grupos do *facebook*, estando presentes em chás de bênçãos, encontros presenciais, nas rodas de gestantes e outros. É importante ressaltar que após a experiência do parto, algumas mulheres desse estudo criaram seu próprio espaço virtual (*sites*, *blogs* e outros) para ajudar mulheres que engravidam, dão à luz e amamentam, compondo o que Salgado (2012) denomina mídias sociais.

A interação dessas mulheres no grupo e com o grupo também se dá por perspectivas diversas, em acordo com suas histórias de vida, seus valores pessoais e familiares, visões de mundo e contextos emocional, social e cultural.

A pesquisa etnográfica realizada em Campinas identificou ainda a inexistência, entre as mulheres dos grupos, de normatividade quanto à orientação espiritual, à maneira de se colocar diante do mundo e diante do próprio corpo, além de grande diversidade entre elas segundo a profissão, o

modo de alimentação, o local de moradia, as formas de sistema conjugal e as experiências prévias de parturição (Carneiro, 2011).

Segundo a referida autora, a maioria das mulheres que frequentou os grupos de apoio teve notícia do assunto por uma amiga ou pela Internet, por meio de *sites*, *blogs* e reportagens. Identificou, portanto, um perfil de mulheres de camadas médias, portadoras da capacidade de escrita, conectadas ao mundo *cyber* e portadoras de capital cultural, compreendido como uma capacidade de postura crítica diante de determinados regramentos sociais, ou de atitudes menos disciplinadas perante determinados discursos de saber-poder. Essa constatação possibilitou reconhecer que o desejo pelo parto humanizado deixou de pertencer a um gueto ou a um nicho de mulheres, o das “naturebas”, ecológicas e “neohippies” e que está se difundindo e conquistando diferentes adeptas.

Um perfil diversificado de mulheres também foi observado entre as participantes do presente estudo, o que reforça a ideia de expansão deste movimento no país.

Nesta pesquisa, o primeiro acesso ao “mundo” da humanização ocorreu, na maioria das vezes, também via Internet, na busca de informações sobre gestação e parto, motivada pelo desejo de ter um parto normal e por interações sociais vivenciadas.

A mulher inicia seu processo interacional com o movimento e é sensibilizada a trilhar um caminho para conquistar seu parto normal. Ao longo desse caminho, as experiências de parto de outras mulheres influenciam fortemente suas escolhas e revelam um significado do parto até então desconhecido e muito bem descrito por Carneiro (2011). Essa autora revelou que as mulheres que participam do movimento pela humanização do parto querem (re)encantar o ato de dar à luz, pois, devido à predominância do modelo “tecnocrático-hospitalar”, aquele ato perdeu sua intensidade e sua singularidade. O uso indiscriminado dos recursos da tecnologia, da cirurgia e das intervenções de rotina atribuído aos hospitais e a alguns profissionais são os responsáveis pela perda da magia e da força desse ato. Assim, essas mulheres querem um parto em que o tempo fisiológico e psíquico de cada parturiente seja esperado, seja individualizado e respeitado,

em que possam experimentar todas as sensações corpóreas do trabalho de parto e que o bebê seja recebido no contato pele a pele com a mãe, sem separação. Querem um parto em que intervenções não sejam realizadas de rotina, apenas se necessárias, e quando necessárias, que a mulher seja informada dos seus riscos e benefícios e que dê o seu consentimento. Esse parto pode acontecer no hospital, em casa ou nos centros de parto, com a assistência de médicos, enfermeiras obstetras ou obstetrizes, desde que os desejos e expectativas da parturiente sejam o “norte” de todo o processo. Em síntese, a autora ressalta que esse parto é considerado como “não violento” e “não invasivo”, que tem a mulher como protagonista e que não se restringe a um ato fisiológico e médico, mas a uma experiência que pode conjugar sexualidade e espiritualidade, aspectos psíquicos, físicos e emocionais.

Sodré (2010) apontou que as experiências da mãe e de pessoas conhecidas da mulher são as referências mais importantes para as primigestas desejarem um ou outro tipo de parto. Já no caso das multigestas, as experiências anteriores são mais significativas nesse processo.

Zorzam (2013) identificou vários motivos que levaram as mulheres a acessarem a rota específica da humanização, entre eles, o desejo de escapar de uma cesárea indesejada e desnecessária, o compartilhamento das experiências de outras amigas, histórias pessoais negativas e o contato com doulas. O apoio oferecido pela rota, segundo a autora, possibilita o contato das mulheres com as informações respaldadas pelas evidências científicas e o exercício da autonomia nas discussões com os profissionais de saúde.

Um novo mundo se revela para a mulher. Salgado (2012) destaca que, a partir do acesso à informação sobre práticas assistenciais na gestação e no parto baseadas em evidências científicas, tem sido cada dia mais comum que as mulheres baseiem seus desejos em informações mais sólidas do que as fornecidas pelos profissionais, o que desestabiliza a relação de autoridade com o mesmo. Na presente pesquisa, essa desestabilização motivou a mulher a buscar mais informações para fortalecer seus desejos, assim como outros médicos ou instituições para atendê-la no pré-natal e no parto.

A pesquisa de Zorzam (2013) identificou que, quando as mulheres têm acesso à rota específica da humanização, parece acontecer um processo de reflexão crítica a respeito do cenário brasileiro da obstetrícia. Este acesso desencadeia conflitos na relação com o profissional durante o pré-natal, pois as mulheres têm acesso a informações baseadas nos princípios dos direitos das mulheres e nas práticas baseadas em evidência. Assim, ela busca estratégias para viver um parto respeitado e exercer o direito ao consentimento informado para quaisquer intervenções sobre seus corpos e vivências.

Pesquisa realizada por Sodré (2010) revelou também que algumas gestantes usuárias do sistema suplementar de saúde, diante da possibilidade de serem submetidas a cesárea desnecessária e da insatisfação com a assistência ao parto vigente na cidade, buscaram outro modelo de atenção. Nesse processo, trocaram de médico, elaboraram seus planos de parto e transformaram a realidade que se configurava.

Assim, a mulher descobre e acredita que o parto pode ser uma experiência saudável, fortalecedora e prazerosa. Porém, ela desvela ainda uma significação cultural do parto como sofrimento e risco na sociedade brasileira e uma estrutura social que sustenta esse significado.

Zorzam (2013) aponta igualmente a superestimação do risco em torno do parto normal nos discursos de mulheres que foram submetidas a cesárea eletiva em sua pesquisa. Ela reflete que a cesárea eletiva apresenta-se como resposta à superestimação dos riscos do parto normal, à submissão das mulheres ao conhecimento médico-científico e à pessimização do corpo feminino.

Carneiro (2011) também constatou que as mulheres etnografadas precisaram suportar o julgamento social de serem “insanas”, “irresponsáveis” e “egoístas”, em razão de não pensarem no que seria mais saudável para elas e seus bebês, o que geralmente corresponderia à cesárea e ao hospital. Embora muitas possam ser consideradas “loucas”, na leitura delas, o risco e o perigo estariam “no corte”, “no artificial”, nas intervenções realizadas na mãe e na criança e não no parto “mais natural”. Entre essas mulheres, circula a perspectiva da autonomia sobre o próprio corpo e sobre



suas escolhas, assim como a independência da família e dos discursos socialmente veiculados acerca do parto.

Nesse cenário, nossa teoria explicita que essa mulher não é passiva, ela luta e rompe barreiras em busca do parto normal, muda o rumo do pré-natal, estuda, pesquisa, enfrenta medos, enfrenta a espera do parto, fortalece-se no grupo para remar contra a maré e se prepara para protagonizar o parto.

As mulheres etnografadas por Carneiro (2011) também compartilham a necessidade de se prepararem para o parto, pois apesar de acreditarem que são dotadas de uma capacidade inata de parir, consideram que algo foi perdido no decorrer da migração do parto da casa para o hospital. Elas também sentem medo da dor, do risco de morrer, de algo anormal e perigoso acontecer e da culpa posterior caso a criança sofra algum dano. Contudo, elas sabem que precisam enfrentar esses medos.

Os medos são compartilhados entre as mulheres e Sodré (2010), Carneiro (2011), Salgado (2012) e Zorzam (2013) fazem referência a essa cultura do medo do parto.

Sodré (2010) evidenciou que as gestantes do grupo de Londrina apresentavam numerosos medos, entre eles, da dor do parto, de não identificar o início do trabalho de parto, dos imprevistos e do cuidado inadequado a ser recebido dos profissionais de saúde durante o parto. Zorzam (2013) identificou medo de “não evoluir”, de “não dilatar”, dos procedimentos médicos, de morrer, de ser maltratada, da dor e de não conseguir ter parto normal.

Carneiro (2011) ressalta que os medos existem e os riscos de uma gestação e de um parto são apontados, debatidos e interrogados nos encontros dos grupos e nas listas de discussão. Porém, o medo não paralisa essas mulheres, ao contrário, mobiliza-as, porque apresentar-se ao risco, enfrentá-lo e superá-lo é uma condição *sine qua non* da experiência de parto que desejam. Elas põem em dúvida a certeza do risco, colocando-o no campo da exceção e não da regra. Assim também se dá o enfrentamento da dor, que é considerada inevitável e incontrolável. Como a proposta é a de sentir o trabalho de parto, na busca pela intensidade da experiência, a dor é

temida porque desconhecida ou porque responsável pelo descontrole, mas enfrentada, desmistificada e quase nunca evitada.

Ao viver a espera da parturição, a mulher fraqueja e sente-se desafiada a enfrentar o significado de risco do parto. A etnografia de Carneiro (2011) revelou que a mulher teve que se contrapor às noções hegemônicas de perigo, de risco, de saúde e de doença.

Ainda nesse processo de preparação, as mulheres conhecem, avaliam e escolhem os locais disponíveis para o parto, assim como os profissionais e as equipes assistenciais. Carneiro (2011) evidenciou, em sua etnografia, que o doméstico desponta como espaço de liberdade para parir como o desejado, onde se pode ter uma livre expressão de sensações e de emoções, onde se pode chorar, rir, gemer, gritar, andar, comer, tomar banho, trocar carícias com o marido ou, simplesmente, ficar sozinha. Em casa se escapa do tempo do relógio, da pressa e das intervenções. Porém, não há a ideia de que o domicílio é o melhor local de parto, ao contrário, a ideia é a de que cada mulher tem o seu tipo de parto, sendo incentivado que se encontre o melhor local para cada uma, individualmente.

No processo de romper barreiras durante a gestação, a mulher ressignifica-se como uma pessoa ativa, que enfrenta medos, que busca informações, faz escolhas e tem o potencial para ser a protagonista do seu parto. Ao iniciar seu processo de parturição, experimenta um turbilhão de sensações e emoções, enfrenta o inesperado, percebe sua vulnerabilidade diante da dor física, dos medos, anseios, decepções, privações e frustrações.

Carneiro (2011) encontrou nas descrições das mulheres que etnografou um mosaico de sensações de dor, que categorizou em “A dor que dói”; “A dor que se sente, mas se esquece”; “A dor que não é sofrimento” e a “Não dor, mas prazer ou satisfação”. Assim, a pesquisadora identificou tanto mulheres que sentiram muita dor e sofreram, em menor proporção, como mulheres que sentiram bem-estar, prazer, excitação e gozo, em maior proporção. Evidenciou também que a mulher que pede anestesia é porque chegou ao seu limite, porque não aguenta mais e isso não representa um fracasso nem uma inferioridade. O entendimento de que a epidural é invasiva e antinatural leva as parturientes a procurarem técnicas menos

invasivas para aliviar a dor, mas, para as que decidem recorrer à analgesia, esse procedimento torna-se aceitável e não vem acompanhado de outras intervenções.

Assim como as mulheres etnografadas por Carneiro (2011), as entrevistadas no presente trabalho recorrem a métodos não farmacológicos para suavizar as dores, como massagens, acupuntura, banhos quentes, manobras mecânicas, a fim de preservar todas as sensações corpóreas do parto. Vivencia-se uma espécie de ritual de passagem para a maternidade e para a mulher como pessoa. Elas percebem os hormônios alterando sua sensibilidade, percepção e comportamento, assumem uma postura ativa e, ao mesmo tempo, deixam-se levar, entram na “partolândia”.

Na etnografia de Carneiro (2011), a partolândia é descrita como um estado alterado de consciência, em que a mulher escapa da norma e da estrutura social, em que o tempo e o espaço inexistem, os estados vigilantes e as faculdades racionais são abandonados. Pode ser um vazio, um estado meditativo, um momento de euforia e de agressividade, em que se geme, se chora, se grita, se dizem frases desconexas, ofensivas e onde se tem espaço para o desejo sexual e para a transpiração, onde se é “meio bicho, meio mulher”. Na partolândia, pode-se romper com padrões sociais, com tabus e com interdições, o corpo nu é exposto sem pudores, palavras e sons podem vir a ser proferidos sem filtro social, odores e fluídos corporais têm espaço, assim como qualquer posição corporal, por mais estranha que possa parecer. Quem a experimenta registra passagens de êxtase e transe.

Para um conjunto das adeptas do parir diferentemente, a partolândia pode ser também um estado alterado de consciência prazeroso, no sentido de erótico e, até mesmo, orgástico. Essa faceta traz à tona sua dimensão sexual, a de um corpo que sente satisfação física durante as contrações ou passagem do bebê pelo canal de parto e que, por isso, se aloja em um corpo específico, no corpo grávido que comporta a possibilidade dessa abertura para um descontrole, que, na compreensão destas mulheres, é positivo, potência e bem-estar e, assim, antônimo de histeria e de dor ventilados pelos discursos de saber e de poder da medicina e da psicanálise. Essa seria, portanto, uma faculdade feminina e de seu estado parturiente, quando não um conjunto de sensações corpóreas próprios dessa fase da vida das mulheres (Carneiro, 2011, p.234).

Nessa direção, narram-se a transpiração, os gemidos, as ondas de calor, as sensações de prazer na região perineal e o desejo de trocar carícias com o companheiro, aspectos que parecem

indicar que o mais importante é a relação daquela mulher com o próprio corpo. Por fim, recorrer à noção de uma sexualidade polimorfa abre espaços para que sejam compreendidas as narrativas de estímulo sexual por todo o corpo durante o parto, não somente no clitóris ou na vagina, mas também no útero, no períneo, nos arrepios por toda a extensão corporal, nas ondas de calor que vêm e que cessam e assim por diante, permitindo pensar também sobre os estados de euforia geral durante as contrações ou logo após o nascimento, situando, assim, a sexualidade e o prazer muito além da genitália. Essas conexões parecem sugerir a existência de um aspecto da sexualidade feminina pouco ou quase nada explorado pela psicanálise e pelo discurso médico, a saber, a do erotismo parturiente e a do materno. Por essa razão, no limite, pode ser outra frente de seu entendimento, que escapa da premissa da mãe abnegada, casta e que sofre ao dar à luz, mas que, sobremaneira e pelo contrário, vem no registro da mãe que goza e abriga essa potência em seu próprio corpo (Carneiro, 2011, p.245).

Ao parir, a mulher ressignifica-se como protagonista da sua experiência. Do contrário, percebe e interpreta que em algum momento perdeu seu protagonismo e, apesar de sentir-se feliz pelo nascimento do filho, inicia um processo de luto.

No estudo de Carneiro (2011), as mulheres também afirmaram que se transformaram subjetivamente depois de terem parido. Relatos como “eu não sou mais a mesma”, “agora confio mais em mim do que antes”, “pude ressignificar o meu papel de mãe depois de meu segundo parto”, “eu me sinto mais forte e poderosa agora”, “uma mulher morreu, mas nasceu outra”, “agora sei que o feminino pode ser diferente” foram encontrados durante a pesquisa, sugerindo uma construção da própria subjetividade. O parto bem-sucedido representou um divisor de águas para a mulher, à medida que passou a se sentir preparada para qualquer outro fato de sua vida. Por isso, a expressão “poderosa” é usualmente repetida, no sentido de que “hoje eu acho que posso tudo”, “eu tenho muito mais confiança em mim e naquilo que posso fazer e viver e isso é realmente incrível”.

Porém, quando não consegue parir, a mulher sente-se frustrada, envergonhada, revoltada, percebe sua identidade de mulher e mãe ameaçadas e utiliza estratégias para compensar essa frustração. Nesse contexto, duas entrevistadas na presente pesquisa mereceram destaque, pois forneceram dados relevantes para a compreensão da experiência da mulher que participa dos movimentos sociais e não consegue parir.

Carneiro (2011) também identificou em sua etnografia que para as mulheres do movimento pelo parto humanizado, a cesárea é um “trauma”, uma “ferida na alma”, uma “frustração” e uma “decepção”. Provoca sensação de “incompletude”, sentimentos de “dor e luto”, um desfecho que pode levar a mulher a sentir-se diminuída e a questionar sua própria capacidade de ser mãe. Nos grupos, onde se fala muito de experiências bem-sucedidas, essa mulher pode sentir-se excluída, inferiorizada e diferente, agravando ainda mais a situação e estabelecendo certa hierarquização entre as “poderosas”, as que “conseguem” e as que “não conseguem”.

Em sua etnografia, não foram raras as passagens de campo em que percebeu o surgimento de “normatização às avessas”, ou seja, a de que o parto ideal é sempre e necessariamente um parto “mais natural”, apesar de ser incentivado que a mulher fale sobre sua cesárea para poder digeri-la, para por as frustrações para fora (Carneiro, 2011).

Salgado (2012) também chama a atenção para a necessidade de se olhar com cuidado para as mulheres que viveram a experiência da cesárea indesejada, pois quase metade das entrevistadas em sua pesquisa relatou tristeza e frustração que perdurou por um longo tempo. Sua pesquisa revelou sofrimento prolongado entre essas mulheres (quadros de transtornos de estresse-pós-traumático, *babyblues* e depressão), com implicações na relação consigo mesma, na relação com o bebê e com o marido.

Salgado (2012) considera fundamental reconhecer a dimensão emocional dessa frustração, não apenas como experiência pessoal para a mulher, mas também para a relação com seu bebê e sua família, tendo em vista que o nascimento de um filho é sempre um evento gerador de ansiedade e readaptações.

Salgado (2012) também identificou mulheres que não conseguiram parir, mas por meio da amamentação, resgataram sua autoconfiança na capacidade de ser mãe e de assumir as decisões dali em diante.

Para as mulheres que viveram uma cesárea ou um parto insatisfatório anterior e se sentiram frustradas, ter um parto humanizado vem como a possibilidade de superar um “trauma”. Muitas decidem parir naturalmente depois de uma cesárea para reelaborar o “trauma” vivenciado. Se o parto

natural ou o parto vaginal após cesárea acontece, a satisfação ocupa o lugar que, antes, era de uma ferida e, assim, o parto bem-sucedido simboliza superação, coragem e autodeterminação (Carneiro, 2011).

Salgado (2012) identificou também a conquista de um parto como um auxílio para elaborar e ressignificar o luto pela cesárea.

As mulheres pesquisadas por Salgado (2012) também relataram que o sofrimento em relação à cesariana indesejada é desmerecido, silenciado e desmoralizado socialmente, uma vez que mãe e bebê estão com saúde. A autora aponta que narrar e compartilhar o parto ou “não parto”, além de auxiliar no processo de elaboração da experiência, exerce o papel fundamental de legitimar as percepções e os sentimentos vividos e vetados em outras instâncias sociais.

No processo de ressignificação da experiência de parto, a mulher continua ou retoma sua participação nos movimentos para compartilhar o que viveu e para ajudar outras mulheres a terem experiências exitosas de parto.

Após viverem a experiência, as mulheres etnografadas por Carneiro (2011) querem divulgar o parto humanizado, para que outras mulheres saibam que é possível parir e se sentir “poderosa”. A experiência de parto não se restringe a um acontecimento pessoal e torna-se pública, por meio do compartilhamento nos grupos, da escrita do relato de parto e da divulgação de imagens e de vídeos. Adquire, muitas vezes, os contornos de um ativismo social.

Salgado (2012) também identificou que muitas mulheres elaboram e ressignificam o luto pela cesárea indesejada conquistando um parto normal na gravidez seguinte ou mudando o percurso de sua vida pessoal e profissional, ajudando outras mulheres, atuando como doulas ou como consultoras em amamentação.

Carneiro (2011) revelou que para as mulheres participantes dos grupos de apoio pelo parto humanizado de Campinas, parir de acordo com seu corpo e suas expectativas é importante, subjetiva e existencialmente, no contexto de sua trajetória pessoal e historicidade, considerando seu modo de ver e indagar o mundo, sua relação com o próprio corpo, suas experiências

anteriores de parto e o peso da sua história geracional, entre outros aspectos. Muitas se engajam na militância pelo parto humanizado, transformam suas atividades profissionais, suas relações com outras mulheres e até mesmo com suas mães.

Nesse processo, o parto adquire contornos de uma experiência física, sexual, espiritual, emocional, social e cultural. Muitas alteram o rumo de sua vida pessoal e profissional. Resignificando o parto, a mulher ressignifica-se como alguém capaz de se superar sempre e de contribuir com a ressignificação cultural do parto.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como enfermeira obstetra, que cuida de mulheres que participam dos movimentos sociais pela humanização do parto realizar esta pesquisa foi um grande desafio. Estava totalmente envolvida com meu objeto de estudo e não poderia me afastar dele. Porém, considero que consegui descobrir significados até então desconhecidos por mim e me aproximei mais das mulheres.

As entrevistas de duas participantes, FC e VC, mereceram destaque, por revelarem intenso luto pelo “não parto”, assim como o impacto em suas vidas por terem tido experiências diferentes do que imaginaram e desejaram. A entrevista de FC, que teve duas cesarianas indesejadas, revelou uma mulher com intenso sofrimento, enlutada e sentindo-se excluída do movimento pelo parto humanizado, por não ter conseguido parir. Essa entrevista causou-me impacto significativo e levou-me a uma longa reflexão sobre a realidade da mulher que luta para ter um parto normal, mas não consegue. Apesar de participar dos movimentos há anos, eu não tinha percepção da intensidade do sofrimento dessa mulher que rompeu barreiras em busca de um parto protagonizado e não conseguiu parir.

Outra entrevista bastante impactante nesse estudo foi de VC, que teve parto vaginal com auxílio de fórceps. A entrevista também revelou intenso sofrimento dessa mulher, que participava dos movimentos pela humanização do parto antes mesmo de engravidar. VC tinha como objetivo parir naturalmente em sua casa, com auxílio de doulas e enfermeiras obstetras da equipe de parto domiciliar da cidade de Belo Horizonte. Sua gestação ultrapassou 42 semanas e, apesar de o trabalho de parto ter se iniciado em casa, ela foi transferida para o hospital, solicitou analgesia e teve parto vaginal com auxílio de fórceps. A dor dessa participante e os dados revelados em sua entrevista também foram muito sensibilizadores.

Além de indicar acompanhamento psicológico para FC e VC, realizou-se contato com a coordenação do grupo Ishtar-BH e, preservando o anonimato das entrevistadas, questionou-se o papel do grupo diante de



mulheres em situação similar à delas. Muitas reflexões, conversas e discussões se seguiram entre as coordenadoras do grupo, que, por fim, decidiram oferecer às integrantes da lista de discussão Parto Ativo-BH, um encontro periódico presencial direcionado às mulheres com experiências insatisfatórias de parto.

A ideia não era realizar um trabalho terapêutico com essas mulheres, mas propiciar um espaço para que experiências de frustração, dor e luto também pudessem ser compartilhadas entre as mulheres. A premissa da criação deste encontro foi a de que as mulheres com experiências insatisfatórias de parto sentem dificuldade em compartilhar suas vivências nos encontros presenciais habituais, em que a maioria das mulheres compartilha experiências exitosas. A ideia foi discutida e viabilizada pelas coordenadoras do grupo Ishtar-BH, que denominaram o encontro de “Reparto – Acolhendo a dor do nascimento real”. Desde então, foram realizados três encontros, em julho, setembro e novembro de 2013.

Após análise detalhada das entrevistas de FC e VC, da compreensão dos encaminhamentos do grupo Ishtar-BH, da observação participante em um dos encontros do “Reparto – Acolhendo a dor no nascimento real” e da análise de outros relatos de parto de mulheres que tiveram experiências insatisfatórias, questionei-me como era possível estar tão próxima e ao mesmo tempo, tão distante do que estava sendo a mim revelado.

À medida que lia, ouvia, e interpretava os dados da pesquisa, compreendia também o significado das minhas experiências de “não parto” e toda minha trajetória existencial foi fazendo cada vez mais sentido. Compreendi o porquê, após dez anos de exercício da profissão, decidi aprender a arte de cuidar das mulheres durante suas gestações e partos. Compreendi o porquê mudei o rumo da minha vida com esta decisão e o porquê, desde então, dedico a maior parte do meu tempo a este fazer.

Destaco ainda, o processo de construção do modelo teórico explicativo da experiência que foi para mim, um caminho emocionante e repleto de descobertas e revelações. Foram muitas análises, reflexões e releituras dos dados. Fiquei completamente encantada pelo potencial da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados.

Por fim, espero que os movimentos sociais pela humanização do parto e esse processo de ressignificação cultural do parto seja apoiado pelos formuladores de políticas públicas do Brasil, como uma tecnologia social capaz de modificar a estrutura social que sustenta o significado do parto como sofrimento e risco. Esse processo é de grande relevância para redução das elevadas taxas de intervenções no parto no Brasil, em especial, de cesarianas desnecessárias e indesejadas.

Espero ainda que as revelações aqui registradas inspirem novas pesquisas na área da saúde materna, a fim de qualificarmos o cuidado prestado à mulher neste período especial da vida.

## 7 REFERÊNCIAS

- Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Cesarean sections: who wants them and under what circumstances? *Cad Saude Publica*. 2003;19(6):1611-20.
- Barros AJD, Santos ISS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):1-11.
- Belo Horizonte. 2012. [acessado 2014 jan. 25]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal>
- Bastos S, Silva AL, Beraldi R. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.109-18.
- Bétran AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2):98-113.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008a.
- Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado [tese]. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.

Carvalho VD, Borges LO, Rego DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2010, 30(1):146-61.

Cassiani SB, Carili MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1996;4(3):75-88.

Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Charon JM. *Symbolic interactionism*. 8ª ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 2004.

Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme-Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(5):1521-34.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(3):627-37.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2009;19(2):13-26.

Duarte AC. Experiência das mulheres em rede. In: *Anais do Seminário BH pelo Parto Normal - Paradoxo Perinatal Brasileiro: mudando paradigmas para a redução da mortalidade materna e neonatal*; 2010; Belo Horizonte: Rona; 2010. p.120-2.

Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):488-94.

Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. A autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl 2):2115-22.

Goer H. Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth*. 2004;31(4):308-14.

Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol*. 1999;28(4):679-94.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005;32(3):219-23.

Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen T. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008;36(7635):85-7.

Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

Jeon Y. The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(3):249-56.

Kimura AF, Tsunehiro MA, Angelo M. Teoria fundamentada nos dados. In: Praça NS, Merighi MAB. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.39-45.

Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010; 4(4):191-9.

Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library 2009*, Issue 12, Art. No. CD004660. DOI: 0.1002/14651858.CD004660.pub3.

Leão MRC, Ferreira DB, Tolentino EO, Dias JSC, Riesco MLG. Perfil das gestantes que participam da Organização Não Governamental Bem Nascer. In: *Anais do 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e 1º Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*; 2011 jul. 6-8; Belo Horizonte, MG. Abenfo-Seção-MG; 2011. p.3922.

Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2395-400.

MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with “no indicated risk”, United States, 1998-2001, birth cohorts. *Birth*. 2006;33(3):175-82.

Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women’s preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118(4):391-9.

Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2005;10(2):651-7.

NIH-National Institutes of Health (EUA). NIH State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request. Maryland: NIH; 2006.

Nogueira AD, Lessa C. Mulheres contam o parto. São Paulo: Itália Nova; 2003.

Nur L, Creedy D. A comprehensive systematic review of factors influencing women's birthing preferences. *JBIM Library of Systematic Reviews* 2012;10(4):232-306.

Praça NS, Merighi MAB. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Pesquisa qualitativa em enfermagem; p.1-3.

Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev bras saúde matern infant*. 2010;10(2):191-7.

Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323(7322):1155-8.

Potter JE, Faúndes A, Hopkins K, Perpétuo IHO. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008;35(1):33-40.

OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health care activities. Surgical procedures by ICD-9-CM, Caesarean section, Procedures per 1000 live births: 1990-2010. [acessado 2012 abr. 2]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/49188719.xls#C-sections!A1>

Ramachandrapa A, Jain L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clin Perinatol*. 2008;35(2):373-93.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface comun saúde educ*. 2009;13(supl I):759-68.

RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007: nascimentos no Brasil. [acessado 2008 out 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>

Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

- Santos TT. Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- São Paulo. Ministério Público Federal. Ação civil pública em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar. [acesso 2012 mar 8]. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br>
- Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Brito LGO, Pereira MM, Aragão VMF, et al. Which factors could explain the low birth weight paradox? Rev Saude Publica. 2006;40(4):648-55.
- Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
- Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface comun saúde educ. 2007;11(21):65-78.
- Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. Texto & contexto enferm. 2010;19(3):452-60.
- Sodré TM. Necessidade de cuidado e de participação no parto: a voz de um grupo de gestantes de Londrina-PR [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
- Souza MR. Parto: entre o desejo e a realização. In: Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2002; Ouro Preto: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2010. [acessado 2012 mar 8]. p.1-25. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos\\_cientificos/arquivos/parto\\_entre\\_o\\_desejo\\_e\\_a\\_realizacao.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/parto_entre_o_desejo_e_a_realizacao.pdf)
- Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Tesser CD. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface comun saúde educ. 2006;10(19):61-76.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006;367(3):1819-29.
- Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM et al. Cesarean delivery on maternal request: evidence report/technology assessment [relatório de pesquisa na Internet]. Rockville (MD): RTI International, University of North Carolina, Evidence-based Practice Center; 2006. n. 133. 138 p. [citado 2012 abr. 2]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cesarean/cesarreq.pdf>

WHO-World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.

Zorzan BAO. Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.



## **APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Miriam Rego de Castro Leão, enfermeira obstetra, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho convidá-la a participar da pesquisa “Experiência de gestação e parto de mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto”. O motivo que nos leva a estudar o problema é que o Brasil apresenta altas taxas de cesarianas indesejadas e desnecessárias. Com isso, as mulheres estão se organizando em movimentos sociais, a fim de se fortalecerem para conseguir que seus desejos sejam respeitados durante o parto. Assim, os objetivos desse projeto são: **1) Compreender:** **a)** O significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto; **b)** A trajetória de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto; **c)** Como a participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto influencia sua experiência de gestação e parto. **2) Elaborar um modelo teórico explicativo do impacto da participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto na sua experiência de gestação e parto.** O procedimento de coleta de dados será por meio de análise textual de relato de parto, observação participante e entrevista aberta que será gravada, se você consentir. Após a transcrição, os dados serão arquivados por cinco anos e depois serão destruídos.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e serão divulgados em eventos e publicações científicas. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Uma cópia deste termo de consentimento será arquivada pela pesquisadora e

outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Eu,

---

fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. A professora Maria Luiza Gonzalez Riesco, orientadora desta pesquisa, certificou de que todos os dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Míriam Rêgo de Castro Leão por telefone ou e-mail ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sito à Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP. E-mail: [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br)

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante:	Assinatura	Data
Pesquisadora	Assinatura	—
Míriam Rego de Castro Leão		—/—/—

## APÊNDICE 2: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Belo Horizonte, 01/07/2012

Ilma Sra. Pollyana do Amaral Ferreira  
Coordenadora do grupo Ishtar BH

Prezada senhora,

Na qualidade de aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho solicitar sua autorização para a realização da coleta de dados da pesquisa "Experiência de gestação e parto de mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto", junto aos participantes das atividades desenvolvidas (*pelo grupo Ishtar-BH*).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a participação dos sujeitos da pesquisa será inteiramente voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo.

O motivo que nos leva a estudar o problema é que o Brasil apresenta altas taxas de cesarianas indesejadas e desnecessárias. Com isso, as mulheres estão se organizando em movimentos sociais, a fim de se fortalecerem para conseguir que seus desejos sejam respeitados durante o parto. Assim, os objetivos desse projeto são: **1) Compreender:** a) O significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto; b) A trajetória de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto; c) Como a participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto influencia sua experiência de gestação e parto. **2) Elaborar um modelo teórico explicativo do impacto da participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto na sua experiência de gestação e parto.** O procedimento de coleta de dados será por meio de análise textual de relato de parto, observação participante e entrevista.

Sem mais, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Miriam Rêgo de Castro Leão

Autorizado por:



Pollyana do Amaral Ferreira – Coordenadora do grupo Ishtar BH

## ANEXO 1:

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Experiência de Gestação e Parto de Mulheres que Participam de Movimentos Sociais pela Humanização do Parto

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Míriam Rêgo de Castro Leão

**Versão:** 2

**Instituição:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

**CAAE:** 02754512.0.0000.5392

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 39168

**Data da Relatoria:** 19/06/2012

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa qualitativa ancorada no referencial teórico e metodológico da sociologia compreensiva, que permite compreender fenômenos sociais sob o ponto de vista de quem os vivencia, considerando o universo dos significados e da intencionalidade.

Serão estudadas as experiências de gestação e parto de mulheres que participam de dois grupos de usuárias do movimento pela humanização do parto em Belo Horizonte, das ONGs Bem Nascer e Ishtar-BH, ou das listas de discussão on-line: PartoAtivo-BH, ONG Bem Nascer e Facebook. As atividades presenciais promovidas por esses movimentos e as listas on-line serão utilizadas pela pesquisadora para convidar as mulheres para participarem da pesquisa. Nas atividades presenciais, será feito um convite pessoal às mulheres e nas A pesquisadora refere integrar as atividades de ambos os grupos e participa da lista de discussão PartoAtivo-BH, do Facebook Bem Nascer e PartoAtivo e ainda de alguns encontros presenciais dos grupos.

Na pesquisa em questão, pretende-se estudar as mulheres em momentos distintos de participação nos movimentos sociais pela humanização do parto, a saber:

-Mulheres incluídas no estudo durante a gestação e acompanhadas até o pós-parto, independentemente de continuarem a frequentar as atividades na gestação ou após o parto.

-Mulheres incluídas no estudo após o parto, que participam das atividades dos grupos, a fim de compartilhar a experiência do parto e da maternidade.

-Mulheres incluídas no estudo após o parto, que são ativistas do movimento, ou seja, participam e contribuem para a organização e efetivação das atividades desenvolvidas pela ONG Bem Nascer ou pelo grupo Ishtar-BH. Os dados serão coletados por meio de observação participante, entrevistas intensivas e análise textual de relatos de parto.

Considerando que a autonomia dos usuários é imprescindível no exercício do direito à saúde e, assim, a mulher deve participar ativamente das decisões sobre seu processo de gestação, parto e amamentação, propõe-se realizar uma pesquisa com usuárias que participam de movimentos sociais pela humanização do parto para responder às seguintes questões:

- Qual o significado para a mulher de sua participação em movimentos sociais pela humanização do parto?

- Qual a trajetória de gestação e parto das mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto?

- Como a participação em movimentos sociais influencia a experiência de gestação e parto das mulheres?  
Pretende-se estudar a experiência de gestação e parto dessas mulheres, a fim de compreender o significado da participação nos movimentos e consequentemente, compreender como eles podem contribuir para evitar uma cesariana indesejada e desnecessária.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender:

- O significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto;
- A trajetória de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto;
- Como a participação da mulher nos movimentos sociais pela humanização do parto influencia sua experiência de gestação e parto.
- Elaborar um modelo teórico explicativo da experiência de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não oferece riscos às mulheres que participarão do processo de investigação.

Como benefícios a pesquisadora refere: obter um modelo de experiência de gestação e parto das mulheres que participam de movimentos sociais pela humanização do parto, a fim de compreender como esses movimentos podem contribuir para evitar uma cesariana indesejada e desnecessária; Oferecer elementos aos gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e sociedade em geral, para a elaboração de políticas e estratégias de promoção da autonomia das mulheres no processo de gestação e parto, com vistas a enfrentar o cenário da medicalização do nascimento e transformar a realidade da epidemia de cesarianas no País.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa muito bem delineada, com referencial teórico-metodológico consistente e com potência para responder aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está de acordo com a Resolução 196/96.

**Recomendações:**

não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Reitera-se a necessidade de registro de relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

19 de Junho de 2012

---

Assinado por:

Celia Maria Sivalli Campos