

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CULTURA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Lizandra Flores Pimenta

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**CULTURA NO PROCESSO DA PARTURIÇÃO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Lizandra Flores Pimenta

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS, Brasil

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pimenta, Lizandra Flores
Cultura no processo de parturição: Contribuições para a enfermagem / Lizandra Flores Pimenta.-2012.
91 p.; 30cm

Orientador: Lucia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Cultura 2. Enfermagem 3. Parto 4. Mulheres I.
Ressel, Lucia Beatriz II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**CULTURA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: CONTRIBUIÇÕES
PARA A ENFERMAGEM**

elaborada por
Lizandra Flores Pimenta

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Dra. (UFRGS)



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)



Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 28 de fevereiro de 2012

Dedico este trabalho:

In memoriam, A minha avó, Lourdes que com a sua sabedoria, foi sempre a minha maior incentivadora na busca pelo conhecimento.

Ao meu esposo, Marcio, companheiro de todas as horas, apoiando-me, incentivando-me e cuidando-me e ajudando-me sempre. Sem o seu apoio, seu carinho e sua compreensão não teria sido possível chegar até aqui com tranquilidade.

A minha filha, Leticia e a meu filho Marcos, às luzes da minha vida, meus amores, principais inspiradores desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, **Fabiane, Nabor, Carmem, Nabor e Francisco** pelo apoio nos momentos difíceis.

À **minha orientadora Lúcia**, por me incitar o gosto pela antropologia, além da orientação, foi sempre muito compreensiva, com as minhas várias atividades profissionais além do mestrado.

Ao Departamento de Enfermagem da UFSM e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, por ter proporcionado na minha vida profissional esta qualificação.

A coordenação e professores do PPGEnf, pela acolhida, pelas trocas oportunizadas e pelo compartilhamento de saberes.

Agradeço às integrantes do Núcleo de Estudos sobre Mulheres Gênero e Políticas Públicas- NEMGeP, especialmente a **Celeste** por me apresentar os caminhos deliciosos da literatura feminista, as discussões e a luta pelos direitos das mulheres na superação das desigualdades de gênero.

Agradeço as colegas desta caminhada: **Elenir** e especialmente a **Letícia**, generosa nas suas contribuições.

A enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria profissionais na luta por uma atenção de qualidade para as mulheres.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria instituição que facilitou a oportunidade de crescimento profissional.

Às (os) **colegas** do Mestrado, pelo compartilhamento de experiências e de conhecimentos neste meu retorno à Escola como estudante.

Enfim, às mulheres participantes deste estudo, que, com sua disponibilidade e interesse, aceitaram-me em suas vidas, e fizeram com que mais este estudo se concretizasse.

“Quando é que vamos nos dar conta que nosso foco não deve ser combater as cesarianas desmedidas e abusivas, mas melhorar a assistência ao parto de tal forma que escolher uma cesariana para ter um filho tornar-se-á a mais tola das decisões?” "Maximilian".

RESUMO

Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria

CULTURA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

AUTORA: Lizandra Flores Pimenta

ORIENTADORA: Lúcia Beatriz Ressel

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 28 de fevereiro de 2012.

A investigação teve como objetivo compreender como a cultura influencia no processo de parturição da mulher. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa com abordagem cultural. Os cenários foram uma Unidade sanitária e um hospital de referência para a gestação de alto risco e para intercorrências ginecológicas de um município do interior do Rio Grande do Sul/Brasil. Os sujeitos deste estudo foram oito mulheres, em idade fértil, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano, na faixa etária entre 22 e 35 anos que tiveram filhos a partir do ano de 2004 e fora do período gravídico puerperal. Para produção dos dados, utilizou-se entrevista semi-estruturada, realizada entre janeiro e março de 2011. Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática sugerida por Minayo, dando origem a seis categorias: A percepção das mulheres sobre o nascimento; Percepção das mulheres sobre o parto desejado; A percepção das mulheres na decisão sobre o tipo de parto; Conhecendo como se dá a construção cultural do processo parturitivo das mulheres; Resistência das mulheres ao modelo biomédico do parto; Percepções das mulheres sobre o motivo da indicação da cesárea. Os achados deste estudo permitem afirmar que a vivência das mulheres no seu processo de parturição é percebida de modo diferente entre elas, entendida algumas vezes de forma positiva e outras vezes, de forma negativa. A identificação da via de parto desejada pela maioria das entrevistadas foi o parto normal, mas a maioria não conseguiu realizar esse desejo na sua vivência, pela influência e intervenções recebidas do médico. Esta ausência de autonomia na escolha do parto normal acarretou na indicação de cesáreas que não condizem com as indicações da literatura, nas mulheres desse estudo. As entrevistadas afirmaram que o médico tem o poder de decisão sobre a escolha do tipo de parto, mas algumas divergem desta conduta dizendo que esta decisão deveria ter a participação da mulher já que é ela que está sentindo e passando por este processo. O significado positivo evidenciado pelas mulheres do convívio das mulheres principalmente pela figura materna proporcionou um parto integral e enriquecedor a essas entrevistadas e exerceu influência na preferência por parto normal. Constatou-se que cultura tem influência sobre os saberes e as práticas das mulheres em relação ao processo da parturição e que os múltiplos aspectos que permeiam a vivência das mulheres precisam ser observados quando se presta assistência a elas durante esse processo.

Palavras-chave: Parto. Saúde da mulher. Cultura. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation Nursing Pos-Graduation Program Federal University of Santa Maria

CULTURE IN THE PROCESS OF DELIVERY: CONTRIBUTIONS TO NURSING

AUTHOR: Lizandra Flores Pimenta

ADVISOR: Lúcia Beatriz Ressel

Date and Place of Defense: Santa Maria, February 28th, 2012.

The investigation aimed to understand how culture influences in the process of a woman delivery. A qualitative research with a cultural approach. The settings were a Health Center and a reference Hospital for high risk pregnancies and to gynecologic complications of a city in the interior of Rio Grande do Sul/Brazil. The people of this study were eight women, in fertile age, with previous history of natural and caesarean deliveries, in ages between 22 and 35 years old, who had children from the year 2004 and out of the pregnancy period. To the data production, a semi-structured interview was used, done between January and March of 2011. To do the data analysis, it was used a thematic analysis suggested by Minayo, generating six categories: Women perception about the birth; Women perception about the wanted delivery; Women perception in the decision about the kind of delivery; Knowledge about how is the cultural construction of the women delivery process; Questioning and women resistance to the delivery biomedical model; women perception about the reason of caesarean indication. The findings of this study allow affirming that women experience in their delivery process is noticed differently among them, sometimes understood in a positive way and others, in negative ways. The identification of the kind of delivery wanted by the majority of the interviewed was the natural delivery, but it can be seen that the majority could not have it in their pregnancies due to the influence and interventions given by the doctor. The absence of autonomy in the choice for the natural delivery resulted in the indication of caesarians, that are not consistent with indications from the literature, the women of this study. The interviewed affirm that the doctor has the power of decision about the kind of delivery, but some diverge from this behavior saying that this decision should have the women participation, once she is the one who feels and passes by this process. The positive meaning evidenced by the women who have some relation with the pregnant mainly by the mother figure, provided an integral and enriched delivery to these women and influenced in the preference for a natural delivery. It was verified that culture has influence in the knowledge and in the practices of women in relation to the process of delivery and that multiple aspects that surround their life need to be observed when assistance is given to them during the process.

Key-words: Delivery. Women health. Culture. Nursing.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....	81
Anexo B -	Autorização de Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM para troca de cenário para coleta.....	82

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A -	Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.....	85
Apêndice B -	Ofício ao Departamento de Ensino e Pesquisa do HUSM.....	86
Apêndice C -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
Apêndice D -	Termo de Confidencialidade.....	89
Apêndice E -	Roteiro da entrevista com as mulheres.....	90

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
1.1 Políticas públicas de atenção à saúde das mulheres e ao parto e nascimento no Brasil.....	17
1.2 O parto e a cultura no processo da parturição.....	22
1.3 Referencial teórico de Emily Martin sobre o parto e cultura.....	24
2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	29
2.1 Fundamentos metodológicos.....	29
2.2 Os cenários do estudo.....	29
2.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos.....	31
2.4 Caracterização das participantes.....	32
2.5 Inserção em campo.....	34
2.6 Coleta de dados.....	33
2.7 Análise dos dados.....	34
2.8 Questões éticas.....	35
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	80
APÊNDICES	83

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gravidez e o parto são eventos sociais e culturais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, uma experiência única no universo de ambos, que envolve também suas famílias e, conseqüentemente, a comunidade (BRASIL, 2001).

O parto inscreve-se nesse universo cultural por ser um fenômeno que perpassa todas as sociedades e tempos/espacos. Esse sistema de crenças herdadas é denominado “cultura do nascimento”, a qual informa os membros da sociedade sobre a natureza de todo o processo parturitivo da mulher, e influencia seu significado em relação ao tipo de parto (HELMAN, 2009).

O autor supracitado diz que a gestação e o parto são a transição do status social de “mulher” para o de “mãe” e, como em todas as transições sociais, a pessoa deve ser protegida de qualquer dano, através de determinados rituais e comportamentos.

Conforme Floyd (2009), as formas de transmitir esses comportamentos à parturiente são chamadas de “rituais da obstetrícia”, dentre eles estão, fazer a mulher reconhecer a deficiência de seu corpo (consciente ou inconscientemente), a fim de torná-la dependente da ciência e da tecnologia, induzindo-a a aceitar a superioridade das instituições e da Medicina em controlar seus processos naturais, suas crenças e seus significados individuais.

Segundo Floyd (2009), é mais provável que esse tipo de comportamento seja transmitido na atmosfera impessoal de um hospital do que no ambiente familiar e doméstico.

As condições de nascimento apresentam significativas distinções quando comparadas entre diferentes realidades. Nos países ocidentais, segundo Floyd (1987), o parto é cercado de aparatos tecnológicos médicos e essa medicalização define-o como uma disfunção fisiológica. Já nos países orientais, como exemplo o Japão, é valorizado o parto vaginal desmedicalizado, que, assim como a gestação, não é considerado doença (SILVA, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 70% a 80% das gestações que ocorrem no mundo são consideradas de baixo risco. Eis a definição de parto normal adotada pela OMS:

De início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estando em boas condições. Entretanto, como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, várias recomendações também se aplicam à assistência dessas mulheres (OMS, 2009, p.9).

Frente a isso, deve existir sempre uma razão válida para se interferir nesse processo fisiológico do parto, tendo como recurso para tais casos a cesariana, que se trata de uma intervenção médica destinada à extração do feto, por via abdominal.

O parto cesáreo é uma intervenção usada em situações nas quais as condições da mãe e do bebê não favorecem o parto vaginal. Entretanto, sua indicação incorreta está associada a uma maior ocorrência de mortalidade e morbidade para as parturientes, tais como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos bem como outras patologias. Para os bebês, os riscos relacionam-se a distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia e anóxia (RAMOS, 2003; VILLAR, 2006; TELINI, 2000).

Nessa direção é observado em nosso país, nos últimos anos, o aumento de partos cesáreos agendados com antecedência, cujas indicações médicas não o justificam (MORELL; MELO, 1995). Em uma pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006, quase metade (46,2%) de todas as cesarianas foi agendada com antecedência (BRASIL, 2009).

Essa conduta é culturalmente difundida pelos profissionais da saúde que detêm o poder de modular e influenciar as demandas sobre as necessidades de saúde da população (TEIXEIRA, 2006). Apresentando-se sob a máscara da razão e da necessidade, essa prática desnecessária acaba por não ser percebida pela maioria das mulheres, que encontram dificuldades em resistir (PEREIRA, 2000).

O Ministério da Saúde (2001) ressalta que a informação e a formação de opinião entre as mulheres são prioridade no Brasil, a fim de que elas possam escolher o melhor para a sua saúde e para a de seus filhos, pois, embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência, já que cesárea não é um “bem de consumo” (ODENT, 2004).

Outro modo de tornar atrativo e mais agradável aos olhos das mulheres esta prática de conveniência, é o conceito contraditório de cesariana centrada na família, em que se dá aos pais opções quanto ao tipo de anestésico e terapia indicados para a mulher (MARTIN, 2006). Scavone (1993) explica esta valorização pelas mulheres, e pela população em geral, como uma garantia médica para os pais em relação à qualidade da sua prole e da fecundidade.

Ao dar respostas aos problemas obstétricos e neonatais, que aumentam enormemente os índices de mortalidade materna, durante a gestação, o parto e o puerpério, a medicina criou discursos de verdade. Segundo Foucault (1992, p. 179):

As relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência.

Essa hegemonia do discurso médico sobressai-se, desconsiderando, durante o processo parturitivo, as crenças e a cultura das mulheres. É apenas o médico quem dá a palavra final para dúvidas e inquietudes das mulheres, pois considera seu discurso inquestionável e legítimo (VIEIRA, 2002).

Dessa forma, a mulher perde sua autonomia como protagonista no processo do nascimento:

Criou-se, assim, uma heteronomia, desfigurando-se este ato, até então, puramente feminino, - pois não era mais a mulher quem dava à luz -, para o médico, como dono e senhor do parto, numa inversão de papéis que 'legitima o poder e a relação da medicina com a família' (PEREIRA, 2000, p.17).

Essa inversão de papéis no cenário do parto, no qual o médico detém o poder sobre o corpo da mulher, pode estar justificando os altos índices de cesáreas nas últimas décadas.

Outra repercussão desta mudança de paradigma em relação ao processo do nascimento é a de que o parto, os cuidados puerperais e com o recém-nascido, que, antigamente, transcorriam no ambiente familiar e eram envolvidos em fortes vínculos, atualmente transcorrem em instituições hospitalares, onde os vínculos transformaram-se em meros contatos superficiais, acentuando a perda da autonomia da mulher neste processo (MONTICELLI, 1994).

O contexto do nascimento, na sociedade atual, mostra que a mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto: “totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir” (BRASIL, 2001, p.18). Fato esse constatado no aumento de cesáreas e redução de partos normais na rede pública no Brasil. No ano de 2005, a taxa de cesáreas, que era de 28,70%, aumentou para 36,10% em 2010, e em contrapartida o número de partos normais, que em 2005 era de 71,30%, reduziu para 63,20% em 2010. (BRASIL, 2010).

No estado do Rio Grande do Sul (RS), foi constatado por Freitas et al. (2005) que os índices elevados de cesárea constituem um grave problema de saúde pública, o que pode acarretar o mau-uso da tecnologia médica na atenção ao parto, associado a fatores sociais, econômicos e culturais. O percentual de cesarianas que foram analisadas de 1997 a 2003 foi de 40,6% para 44,8% respectivamente. No ano de 2008, no RS segundo dados do IBGE

(2009), o índice de cesáreas foi de 53,7%.

No município de Santa Maria/RS, segundo dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no primeiro semestre de 2011, 63,5% dos partos, o que corresponde a 1167, foram cesáreas, o que desvela um índice muito além dos 15% previstos pela OMS. O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu limite para partos cesáreas, considerando-os de alto risco, para as unidades hospitalares, até 40% e para unidades de risco habitual - até 25% (BRASIL, 2008c).

A portaria GM nº. 466, de 14/06/2000, retificada em 30/06/2000, propõe o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, a ser firmado entre os gestores estaduais e o gestor federal, estabelecendo a taxa de 25% como desejável para todos os estados até 2007 (BRASIL, 2008).

Finalizar uma gestação mediante uma cesárea, sem causa médica que a justifique, ainda que esta seja a pedido da gestante, é uma conduta médica que não respeita os processos fisiológicos do trabalho de parto, do parto e do nascimento. Por esse motivo, o procedimento cirúrgico realizado sem indicações, deixa de ser um procedimento fisiológico, tornando-se um procedimento de risco para a mãe e para o recém-nascido (SABATINO, 2009).

Para a abrangência do tema, complexidade e repercussões na vida das mulheres o **objeto** de estudo é o significado que a mulher atribui ao seu parto.

A **justificativa** para a escolha desse objeto de estudo deve-se à vivência de dar à luz a dois filhos nascidos de parto normal, Letícia (15 anos) e Marcos (12 anos) e de ter participado ativamente desse processo, como protagonista.

Vem ao encontro disso, o fato de que, no decorrer da vivência de dezoito anos na assistência à saúde das mulheres em maternidades e unidades básicas de saúde, e no meu ambiente de trabalho atual, como enfermeira obstetra de um hospital de ensino, percebo a intensa fragilidade das parturientes, ao se submeterem a todos os procedimentos e intervenções, sem questionamentos ao que acontece com o seu corpo durante o parto.

Paralelamente às atividades profissionais, participo como integrante do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero, e Políticas Públicas-NEMGeP, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, grupo que me despertou para as questões de gênero na temática no processo da parturição. O Núcleo atua em ações direcionadas às mulheres, com abordagens que ultrapassam a dimensão biológica, pois considera que as questões de gênero (cidadania, empoderamento, controle social e políticas públicas) constituem referenciais fundamentais no direcionamento de atenção à saúde das mulheres (LANDERDAHL et al., 2011).

Consultando a literatura científica percebeu-se, a ausência de estudos culturais com mulheres fora do período gravídico puerperal, e em cenários que não sejam em maternidades e/ou hospital.

Alinhando-se nos argumentos acima descritos, este estudo fundamentou-se no referencial teórico metodológico da abordagem socioantropológica de Emily Martin, que propõe uma análise do fenômeno do parto, contrapondo a delimitação deste ao campo da reprodução mecanicista e biomédica, buscando entendê-lo como componente essencial das mulheres, no sentido de desnaturalizar verdades muito caras vinculadas às concepções modernas de natureza e cultura. Dessa forma, o presente estudo traz reflexões que poderão repercutir na assistência de enfermagem prestada à mulher durante o período da parturição, uma vez que auxilia na compreensão das necessidades de cuidado com as parturientes, a partir da percepção das mulheres sobre o parto e o nascimento.

Com base nessas considerações, a **questão norteadora** de pesquisa que impulsiona este estudo está embasada no seguinte questionamento: qual a participação da cultura nos saberes e as práticas das mulheres em relação ao processo da parturição?

Para responder a esta questão, foi definido como **objetivo**: compreender de que forma a cultura influencia no processo de parturição da mulher.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo enfoca as políticas públicas de atenção à saúde das mulheres e ao parto e nascimento no Brasil, bem como discute sobre parto e cultura, baseando-se, sobretudo, nos estudos realizados pela antropóloga Emily Martin.

2.1 Políticas públicas de atenção à saúde das mulheres e ao parto e nascimento no Brasil

O movimento feminista tem desempenhado um papel fundamental, como instigador de programas e políticas para as mulheres no país, e sido entendido como fórum de debate das questões da saúde, qualidade de vida e condição de cidadania feminina.

Em 1974, foi implantado, pelo governo, o Programa de Saúde Materno-Infantil-PSMI (MS/74), como recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas e resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas que se realizou, em Santiago de Chile, em 1972. Enfatizou-se nessa recomendação:

Formular uma política intersetorial de proteção à família, à maternidade e à infância [...]. O programa de saúde e atenção médica deverá ter cobertura universal, eficiência operativa e acessibilidade geográfica, institucional e financeira [...]. Elaborar o programa como um todo contínuo que inclua as diversas atividades de proteção à família, e em especial à mãe e a criança, orientação à vida familiar (com ênfase à adolescência), atenção às doenças ginecológicas (incluindo as venéreas), diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, outorgar as famílias (quando isto não se oponha às políticas nacionais), informação e serviço com relação à fertilidade e à esterilidade; atenção médica integral durante a gestação (mãe e feto), atenção ao parto e no puerpério, controle do recém-nascido e da criança, durante todas as etapas da vida, especificamente no primeiro ano de vida (OPAS, 1973, p.39-42).

Com isso, o governo brasileiro registrou o interesse em trabalhar com o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças ginecológicas, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e o câncer. Somente no ano de 1977, a preocupação é dirigida, com mais especificidade, à gestação, ao parto e ao puerpério (TYRREL; CARVALHO, 1995).

O Ministério da Saúde (MS), em 1984, em conjunto com o Ministério da Previdência e a Assistência Social, o Ministério da Educação e as Secretarias Estaduais de Saúde, e com o apoio do movimento de mulheres, implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Esse programa é considerado um marco na história das políticas públicas voltadas para a saúde feminina e, até hoje, é inspiração e referência na luta pela equidade de gênero, divulgando a importância de se estabelecer um programa específico dirigido à mulher e de se enfatizar certas atividades prioritárias, que não deve ser interpretado como uma subestimação aos demais serviços que a rede básica deve executar, mas, deve ser adotado, sobretudo, como estratégia de mudança seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade, vinculados à população feminina em todas as fases de sua vida e que vinham sendo, até então, negligenciados (BRASIL, 1984).

Em 2004 o programa foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004), cujo objetivo específico três indica para o dever de se promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, tendo como combate à violência de gênero, enfatizando a importância do empoderamento das mulheres para o exercício da autonomia e protagonismo no parto.

A Política Nacional de Humanização (MS, 2004) implementada no mesmo ano, enfoca também o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual com a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos.

A I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, realizada em julho de 2004, foi muito importante na afirmação dos direitos da mulher. Desse evento resultou o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em que foram traçadas 4 linhas de atuação, sendo uma delas a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres, o que contribuiu para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais (BRASIL, 2005).

Corroborando esta afirmativa o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008), em seu eixo sobre a saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, postula que não deve haver discriminação de qualquer espécie contra as mulheres resguardando-se as identidades, condições socioeconômicas e as desigualdades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual e necessitam ser consideradas na formulação, na implementação e na avaliação de estratégias de intervenção governamentais.

Desse modo, particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, uma vez que há o desafio de dar uma resposta efetiva aos problemas de saúde deste grupo de sujeitos, visto, conforme Resende e Montenegro (2003), que as três principais causas de morte materna no Brasil são a toxemia, a hemorragia e a infecção puerperal, as quais poderiam, na maior parte dos casos, serem prevenidas. Esse dado justifica a preocupação com tais cuidados.

Um dos objetivos de desenvolvimento do milênio (IPEA, 2007) é melhorar a saúde materna (redução de três quartos da mortalidade materna entre 1990 e 2015). Entretanto, essa meta do milênio dificilmente será alcançada, pois grandes desafios ainda persistem, a exemplo da redução das altas taxas de cesariana e nascimentos pré-termo e no parto vaginal as rotinas impróprias tais como, episiotomia de rotina e intervenções dolorosas ao bem-estar materno e do bebê (THE LANCET, 2011).

Para enfrentar esses desafios, foi instituído pelo MS em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo primordial é “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000, p.5). O Programa considera que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000b).

A implementação das ações desse programa enfrenta ainda muitos entraves, identificados e categorizados em um estudo de revisão sistemática de Busanello et al. (2009). Citam-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a falta de leitos; a deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais; a atenção centrada na prática intervencionista, desconsiderando o protagonismo da mulher, no momento do parto; e o despreparo dos profissionais de saúde para a atenção humanizada no processo de parturição, sendo esta categoria destacada como importante desafio enfrentado para concretização do PHPN.

Nesse sentido, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - MS tem recomendado aos serviços de saúde que ofereçam uma assistência digna à mulher, aos familiares e ao recém-nascido, envolvendo, para tanto, atitude ética e solidária dos profissionais de saúde, organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a implementação de rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Considera-se, também, necessário adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando-se práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000b).

Seguindo essa lógica, o Ministério da Saúde tem realizado um conjunto de ações, através de portarias ministeriais, com a finalidade de estimular e regularizar a assistência obstétrica, além de financiar a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica (BRASIL, 2001).

Assegura-se, pela legislação do exercício profissional, regulamentada pela lei n. 7.498/86 e o Decreto-Lei 94.406/87, o direito de a enfermeira obstetra realizar: assistência à

parturiente e ao parto normal, identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Outras atribuições realizadas pela enfermeira obstétrica, que vem ganhando espaço no cenário nacional, são as ações de incentivo ao parto normal e as ações no atendimento pré-natal, no qual a enfermeira é responsável pela educação em saúde para as mulheres e suas famílias; consulta de pré-natal à gestação de baixo risco; solicitação de exames de rotina e prescrição de tratamento, conforme protocolo do serviço e estabelecidos em programas de saúde; e coleta de exame citopatológico (BRASIL, 2006b).

Concorrendo nessa orientação, a atuação da enfermeira obstetra é reconhecida como primordial no processo de humanização do parto, tendo como objetivo a redução dos altos índices de cesáreas praticadas e a alta medicalização, decorrentes do intervencionismo por parte dos médicos obstetras (BRASIL, 2001).

Buscando proporcionar conhecimento à sociedade e particularmente esclarecer os profissionais de saúde, a OMS elaborou, em 1996, um conjunto de recomendações de "boas práticas" na assistência ao parto normal. Essas recomendações foram classificadas em quatro categorias: Categoria A - práticas confirmadamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e Categoria D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996). Dentre estas categorias, destacam-se neste estudo as recomendações que foram classificadas como práticas úteis e que devem ser estimuladas.

Nessa direção, o Ministério da Saúde implantou medidas que visam impactar e estimular a melhoria da assistência obstétrica no país e humanizar o parto e nascimento (BRASIL, 2001).

Para Martins (2005), humanizar a parturição é estar com o outro e prestar um atendimento focado em suas necessidades; é lembrar que, no momento do parto, está ocorrendo a separação de dois corpos que, até então, viviam juntos, um dentro do outro, em relação de dependência e de íntimo contato.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os profissionais de saúde devem ser coadjuvantes dessa experiência; direcionando toda atenção às necessidades da mulher; e oportunizando-lhe o protagonismo e o controle da situação na hora do nascimento.

Os profissionais também devem repassar para a mulher as opções de escolha, baseados nas evidências científicas e nos seus direitos, tendo a oportunidade de empregar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, sabendo reconhecer os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias.

Igualmente seus deveres são minimizar a dor, acompanhar, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros a ter contato com cada ser que nasce, e, portanto, devem ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiência em vários estados. Em 1994, surgiu, no Rio de Janeiro, a primeira maternidade pública autodefinida como “humanizada”, que recebeu o nome de Leila Diniz (DINIZ, 2005). Outro marco, em termos de políticas públicas do parto e nascimento, foi a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas instituído pela portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998 (BRASIL, 1998).

Os critérios para a concessão deste prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS, tais como a presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras e o controle das taxas de cesárea (BRASIL, 2000b).

Concedido a nível estadual e nacional, o prêmio Galba de Araújo tem provocado mobilização nas instituições de Saúde que lutam em defesa dos direitos das mulheres e crianças e tem recebido a participação de um número crescente de serviços a cada edição, contribuindo para conferir legitimidade ao modelo humanizado (DINIZ, 2005).

O Centro de Parto Normal-CPN foi outra iniciativa criada pela portaria nº 985, de agosto de 1999, que tem como finalidade o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, tendo como uma das suas atribuições, prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócia, assistido por enfermeira obstétrica desenvolvendo atividades educativas e de humanização, durante o pré-natal, visando à preparação das gestantes para o parto no CPN (BRASIL, 1999).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Ministério da Saúde em janeiro de 2008, através da Resolução Normativa nº 167 reviu o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e ampliou as coberturas para as beneficiárias de planos de saúde. A partir de abril de 2008 deu-se a inclusão na cobertura dos partos feitos por enfermeira obstetras e a presença de um acompanhante durante toda a estada da mulher no hospital, desde o momento do parto até a sua alta (ANS, 2008b).

Destaca-se também que, a partir do ano de 2005, a lei nº 11.108, passou a garantir às parturientes, o direito à presença de acompanhante de sua preferência, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Outra iniciativa lançada pela ANS, na tentativa de estimular o aumento de partos normais e modificar os altos índices de cesarianas desnecessárias, na rede privada, foi a campanha em favor do parto normal, intitulada "Parto normal está no meu plano" (ANS, 2008a).

Em junho de 2008, foi divulgada a Resolução RDC 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual preconiza que os serviços de atendimento obstétrico e neonatal devem adotar medidas que incentivem o parto humanizado e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal no país (BRASIL, 2008b).

Também, devido a algumas maternidades/hospitais estarem fazendo uma cobrança indevida para a presença do acompanhante na sala de parto, destinada a cobrir os gastos com a limpeza e higienização das roupas cirúrgicas e o uso de máscaras e toucas descartáveis utilizadas pelo acompanhante da gestante, a ANS publicou, em 02/08/2011, a Resolução Normativa 262 (ANS, 2011). Essa normativa define que as despesas a serem cobertas para o acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato deve incluir taxas de paramentação, acomodação e alimentação, pelo período de 48h, podendo se estender por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente (DOU, 2011).

Em junho de 2011 foi instituída a iniciativa da Rede Cegonha através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o intuito de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher com foco na atenção ao parto.

Esta política tendo como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade com o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização com controle social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

1.2 O parto e a cultura no processo da parturição

Historicamente o parto já foi vivenciado como um evento feminino, no qual os membros do grupo social da parturiente, como a mãe, familiares, vizinhas, auxiliavam-na

juntamente à parteira, que tinha seus conhecimentos fundamentados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração (SANTOS, 2002).

No entanto, no século XVIII, na Europa, o parto passou por um processo de transformação, principalmente devido à influência biomédica masculina. De um evento feminino, domiciliar e fisiológico, passa a ser patológico e institucionalizado dominado por uma prática intervencionista e hospitalocêntrica da qual a mulher perdeu seu protagonismo (SANTOS, 2002).

A percepção da dor no parto é considerada como um dos motivos que influenciam a mulher em sua preferência pela cesárea e está profundamente arraigada no imaginário popular, como um evento associado à purgação feminina. Relaciona-se, neste sentido, à citação do Livro Bíblico de Gênesis, que se refere à Eva como o primeiro ser humano que pecou e acabou por corromper o resto da humanidade com sua transgressão, ouvindo de Deus: “e tu, mulher, parirás com dor os teus filhos” (TEIXEIRA, 2006).

A idéia de que a mulher deve pagar, no parto, por seus pecados, propagada pela medicina e pela religião hegemônica, contrapõe-se à visão do parto como um momento prazeroso. Esse sentido pode ser entendido como uma heresia e uma ameaça a um sistema de crenças que define o parto como um processo doloroso, que faz mal à saúde e à sexualidade feminina e que precisa ser controlado por aparatos médicos (DINIZ, 2011).

De acordo com Helman (2009), a dor e seus aspectos voluntários são influenciados por fatores sociais, culturais e psicológicos, que determinam se a dor privada será traduzida, e em que tipo de comportamento quando for pública. Isso está muito imbricado ao significado pessoal de que a mulher atribui à dor do parto, ao contexto de vida em que está inserida, às definições culturais da imagem corporal, da estrutura e funções do seu corpo.

Ressalta-se, nessa direção, que a posição das mulheres, frente ao processo de medicalização, não foi propriamente a de vítima. As mulheres de classe mais alta não mais aceitavam sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além de o ato de parir com a assistência de um médico significar maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, motivada por tais condições (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, isto é, a ocorrência dos partos dentro de instituições hospitalares deu-se, ao longo da década de 40, com o advento da medicina preventiva, cujo objetivo principal era reduzir a mortalidade infantil. Somente mais tarde, a partir da década de 80, passou-se a justificar o processo de medicalização do parto, por meio da recorrência das cesarianas, para reduzir a mortalidade materna (BRASIL, 2001).

Os médicos, não acostumados ao acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram instruídos a intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou, então, a ser visto como um ato cirúrgico, e a mulher parturiente, sendo tratada como enferma, foi impedida de seguir seus instintos e de adotar a posição mais cômoda e fisiológica (BRASIL, 2001).

Privada do direito básico de escolha e autonomia no nascimento do próprio filho, deu-se início à era do parto medicalizado, no qual a mãe deixa de ser a protagonista do processo, cedendo seu lugar à equipe médica, que passa a ser o centro da cena. Diversas repercussões advêm desta mudança. As posições verticalizadas, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, passaram a ser negadas às parturientes pelos médicos (MACHADO, 1995).

A posição assumida pela parturiente e a sua livre movimentação passaram a ser praticamente negligenciadas por profissionais alinhados à prática ocidental moderna, na qual a mulher em trabalho de parto mantém-se deitada horizontalmente, ou em uma posição semi inclinada, para conveniência da equipe obstétrica na aplicação dos soros, monitores e anestésicos. Evidências de estudos etnográficos, realizados atualmente, mostram que as mulheres que não são expostas a essas rotinas assumem posições verticais no trabalho de parto e no parto (BALASKAS, 2008).

Balaskas (2008) reforça ainda que, um parto ativo é uma atitude mental de crença na natureza do processo do parto, e o modo como a mulher segue a lógica de seus instintos e da sua fisiologia é uma forma de manifestar que está no controle do seu corpo durante o trabalho de parto e nascimento e que não é um mero objeto de intervenção da equipe obstétrica. Os significados culturais dados aos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais de uma sociedade refletem o comportamento das pessoas e até a forma de desenvolvimento político econômico de dada sociedade (HELMAN, 2009).

1.3 Referencial teórico de Emily Martin sobre o parto e cultura

Segundo a antropóloga Emily Martin (2006) a metáfora do útero como máquina, teve início no decorrer dos séculos XVII e XVIII, nos hospitais franceses. Esta metáfora compara o útero a uma bomba mecânica, capaz de expelir o feto. Importante assinalar que, nesta época, que o fórceps era instrumento utilizado por açougueiros, barbeiros falidos, cujo *status* social

era equivalente ao de um mecânico. De acordo com Vieira (2002), as regulamentações para partear exigiam que esses homens fossem chamados pelas parteiras para manipular os instrumentos.

A partir do século XIX, a ideologia de produção das fábricas torna-se tão abrangente que “chega” aos corpos das mulheres, os quais passam a ser vistos, nos textos de obstetrícia, como fábricas para a produção de bebês. Martin (2006) propõe utilizar esta metáfora, de produção fabril, para entender o processo de trabalho em que médico e a mulher estão envolvidos.

Nesta metáfora, segundo a autora, acrescenta-se a figura do médico no papel de supervisor ou até dono da fábrica e a mulher no papel de trabalhadora, cuja máquina (útero) produz o produto (bebê). O olhar, a partir de metáforas, de acordo com a pesquisadora, permite comparar as mesmas formas de controle e poder que ocorrem no âmbito da produção industrial, ou seja, de controlar os movimentos dos trabalhadores, conforme a produção da progressão, em períodos específicos de tempo da máquina (útero), para avaliar e controlar, se as contrações uterinas são eficientes ou ineficientes (MARTIN, 2006).

A autora supracitada questiona o papel de passividade da mulher em relação às contrações uterinas, que consideradas, pela ciência médica, involuntárias e, inclusive, responsáveis totais pela realização do parto. Rezende e Montenegro (2003) comenta que, no período expulsivo, as contrações são realizadas com a glote fechada e com esforços respiratórios verdadeiros, chamados “puxos”. Em nenhum momento foi mencionado que é a parturiente que faz esse esforço. Outro exemplo de exclusão do papel mulher em seu processo de parto é o foco no feto conforme a citação de Rezende e Montenegro (2003, p.177): “no seu transcurso através do canal parturitivo impulsionado pela contratilidade uterina o feto é compelido a executar certo número de movimentos que se denominam mecanismo do parto”. Assim sendo, a metáfora utilizada por Martin (2006) desvela uma perspectiva, que apresenta as mulheres gestantes como “matéria-prima” para a produção de um “produto”.

Nessa direção, torna-se imprescindível, para a produção de bebês perfeitos, a intervenção da cesárea, exigindo um mínimo de trabalho do útero e da mulher, atribuindo a esse procedimento a imagem de “única graça salvadora” do bebê. Este posicionamento, segundo a autora, ignora o que talvez seja extremamente significativo para a mulher e para seu bebê: ter a oportunidade de vivenciar o nascimento do seu filho (a) através do seu próprio esforço, experimentando o protagonismo no seu parto e no nascimento da criança.

O mecanismo do parto, conforme Rezende é o estudo da mecânica do parto, o que vem ao encontro da metáfora do útero como máquina.

A cultura médica segundo Martin (2006) seria um sistema cultural cujas ideais sobressaem-se à cultura popular.

A autora faz, ainda, referência a textos em obstetrícia da Universidade Johns Hopkins, nos EUA, que comprovam que causas externas podem interferir nas atividades uterinas, e que tais alterações emocionais da mulher quase não são levadas em consideração na obstetrícia, tendo como consequência o aval para intervenções como amniotomias, uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, ou a utilização da cesariana, considerando desnecessárias as contrações (MARTIN, 2006).

A participação do médico, como promotor de uma cultura intervencionista, foi destacada em um estudo nacional realizado pela socióloga americana Hopkins (2000), com puérperas de clínicas privadas e públicas. Segundo o estudo, das mulheres que fizeram cesariana, três, em quatro das primíparas do setor privado, e oito, em dez do setor público, gostariam de ter tido partos vaginais. Observou-se que o médico obstetra promove os medos nas gestantes em relação ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.

Para Martin (2006), a alienação e a condição fragmentada, constadas na linguagem e de algumas mulheres, são descritas como uma autopercepção passiva, sendo contrastadas com discursos de mulheres que questionam, se opõem, rejeitam e reformulam suas formas de viver e as maneiras como a sociedade poderia funcionar, apresentando uma autopercepção que tenta resistir à passividade.

As mulheres que optam pelo parto domiciliar saem dessa passividade buscam outras formas de serem ativas no seu parto e reivindicam seu espaço no ato de parir questionando o paradigma atual de assistência ao parto, preconizado nas instituições hospitalares (KRUNO; BONILHA, 2004).

No estudo etnográfico, realizado por Martin (2006) em Baltimore (EUA), encontra-se a narrativa de uma mulher que resiste a essa maneira de fragmentação, exprimindo a sua frustração em relação ao parto cesariano imposto pela conduta médica. A narradora conta, com raiva, a sua experiência com a cesariana, por ter perdido a cena do nascimento, devido à limitação e ao jejum impostos pela anestesia, não podendo realizar os primeiros cuidados do seu bebê, além da proibição de se alimentar por horas e limitando-se a nutrientes para a recuperação mais eficaz da cirurgia.

A necessidade de compreensão do parto, enquanto parte integrante da vida sexual, emocional e cultural da mulher, é proposta por Odent (2000), como o entendimento das bases fisiológicas e a integração entre diferentes momentos da vida. Sua hipótese é a de que o

cuidado com o modo como nascemos e com a vinculação amorosa mãe-bebê pode propiciar a construção de uma sociedade mais amorosa, menos destrutiva e de mais respeito pelos seres humanos e pela natureza. Esse paradigma holístico, também referendado por Floyd (2004), que destaca como elemento fundamental no processo do parto o contato das mulheres consigo mesmas, como um estado especial de consciência, similar às relações entre os estados orgásticos, à oração e às emoções místicas. Nesse momento, as funções intelectuais neocorticais devem estar colocadas em segundo plano, proporcionando a expressão de funções cerebrais mais instintivas, características do parto e do aleitamento.

Segundo Martin (2006), os esforços para oferecer este novo paradigma que devolve à mulher o controle do seu corpo no parto são extraordinários. O que não deve permanecer, ainda que subliminarmente, é a ideologia dominante de nossa sociedade, na qual as mulheres, ao darem a luz de maneira mais aproximada do parto natural, são consideradas desprovidas de cultura e, conseqüentemente, inferiores, por aproximarem-se da natureza “primitiva”; como se andassem para trás no tempo e na evolução.

Historicamente esta divisão da cultura e da natureza, fomentada pelos escritores do século XIX, surgiu a partir do desenvolvimento das sociedades ocidentais e da industrialização, sendo organizada em torno de dois mundos: a esfera privada, dentro de casa, que é evidenciada pertencente à mulher, onde ocorrem funções ditas “naturais” e a esfera pública, fora de casa, na qual os homens estão em maior evidência e onde se produz “cultura”, a qual é considerada atividade superior evidenciada aos homens e vista como dominante (MARTIN, 2006).

Essa forma de pensar relega a mulher ao domínio do natural, do inferior e da domesticidade; considera-a mais simples, animalesca e livre de autocensuras. Compreende que há uma iniquidade entre natureza e cultura e que, ao “submeter” a mulher a fenômenos totalmente naturais, como o parto normal, estamos reafirmando a concepção da mulher como um ser mais primitivo, que pertence somente à natureza (MARTIN, 2006).

Reflete-se, por outro lado, de acordo com Gama (2009), que o modelo de organização dos serviços públicos e privados apresenta variações que produzem diferentes tipos de assistência e de relação entre os profissionais de saúde e as usuárias, dando forma às experiências distintas entre as mulheres pesquisadas.

Ao empreender uma crítica assentada nas relações de gênero, Gama (2009) verificou que o modelo de assistência ao parto permanece submetendo quem deve ser sujeito e reproduz o projeto da medicalização. Isso reduz o campo da assistência e inviabiliza um lugar de poder diferenciado das usuárias, sendo a cesariana utilizada como um procedimento de alta

rentabilidade para a medicina obstétrica privada, conforme a citação da antropóloga Emily Martin:

Se a cesariana torna-se uma fonte de honorários mais altos para os médicos e contas hospitalares mais altas que o parto vaginal, é de se esperar que encontremos mais cesarianas sendo realizadas em mulheres no alto da escala de classe e raça (MARTIN, 2006, p. 235).

Tal constatação justifica a demanda dos altos índices de cesárea no Brasil com a forma como se organizou a assistência obstétrica e a formação dos profissionais de saúde, que reproduzem no cotidiano esse sentido tecnológico do parto e do nascimento.

Com a invasão da tecnologia, a mulher perdeu sua autonomia como protagonista, uma vez que, no modelo intervencionista da atual assistência obstétrica, ela tornou-se objeto da ação e vem perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo de parto e de nascimento. Essa realidade pode afetar profundamente as mulheres, os bebês, as famílias e produzir efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade (DINIZ, 2001).

Ratifica-se, nas palavras de Dias (2008) que a perda do protagonismo da mulher no cenário do parto reflete-se nos altos índices de cesáreas nas últimas décadas, no Brasil. Por outro lado, a mudança no modelo de assistência ao parto pode ser uma estratégia promissora para a reversão desse quadro, já que os fatores associados à decisão da cesariana independem do desejo da mulher.

A mudança para outro modo de parir, mais conectado com todas as forças da vida e da cultura das mulheres, pode possibilitar a construção de um modelo humanístico com vistas ao holístico, e à expressão de um tempo, de uma cultura, de um avanço das práticas obstétricas do parto com a convivência de múltiplos paradigmas da assistência.

2 CAMINHO METODÓLOGICO

2.1 Fundamentos metodológicos

A presente investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa qualitativa abarca o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2004). A metodologia qualitativa pode possibilitar, além de uma interpretação com lentes ampliadas do objeto de estudo, uma inserção na cultura do “outro” (GEERTZ, 1989).

Para Leopardi (2001) e Minayo (2008), o estudo qualitativo compreende a descrição e a análise da realidade de diferentes maneiras, para representar as experiências do fenômeno, vivenciadas pelos indivíduos. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, faz parte do processo de conhecimento, tanto do sujeito pesquisador quanto dos atores pesquisados. É comumente utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2007).

A pesquisa descritiva trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, do indivíduo ou de grupos e comunidades mais complexas. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e cultural, principalmente nas ciências humanas e sociais, objetivando abordar dados e problemas relevantes cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

2.2 Os cenários do estudo

Esta pesquisa foi prevista, inicialmente, para ser somente desenvolvida na Unidade Sanitária Kennedy (USK), no município de Santa Maria - RS, pelo fato de ser campo de aulas práticas e de estágio supervisionado para os alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde são realizadas ações de promoção à saúde/cidadania de crianças, adolescentes, mulheres e adultos. A área de abrangência da USK inclui dezoito vilas,

compreendendo uma população de aproximadamente trinta mil habitantes. Em relação à escolaridade, os não alfabetizados e os indivíduos que possuem o primeiro grau incompleto perfazem 83% da população. A renda per capita de 58% das pessoas e até um salário mínimo e 27% recebem um a dois salários mínimos. Esta região ainda hoje caracteriza-se por um alto índice de desemprego, criminalidade, desnutrição, doenças infecto-contagiosas, além da precariedade de saneamento básico e de habitação (MONDARDO et al., 1993).

Porém, devido a dificuldades de infra-estrutura na referida unidade, foi solicitada transferência de campo da pesquisa para o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), através de ementa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (Anexo B), estipulando como os locais de coleta os serviços de ginecologia e obstetrícia do hospital.

As dificuldades encontradas foram inerentes ao objeto da pesquisa, além de problemas técnico-administrativos na USK. Os problemas de natureza e objeto concernem aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos, dada a ausência de mulheres encaixadas em tais critérios, no grupo de planejamento familiar, na USK.

Os problemas técnico-administrativos foram relativos à infra-estrutura da USK, que estava funcionando em um local menor, durante os procedimentos de reforma no prédio da instituição.

Outras estratégias foram realizadas, na busca por sujeitos, como a visita nos dias e horários da consulta puericultura, visando encontrar mulheres, dentro dos critérios, que viessem acompanhando os seus filhos na consulta, contudo a tentativa não obteve sucesso, pois era o grande número de mulheres dentro dos critérios de exclusão, neste caso, puérperas.

O HUSM então foi o outro cenário escolhido para a coleta de dados que justificou-se pela diversidade de serviços de atendimento oferecidos a mulheres e de profissionais do sexo feminino que lá trabalham, principalmente da enfermagem, o que foi bastante significativa para o estudo. Solicitou-se, então, a autorização ao Departamento de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HUSM para realização da pesquisa neste serviço, e autorizada pelo CEP da UFSM através de emenda (Anexo B), para a ampliação do cenário e do período de coleta de dados.

O HUSM é um hospital-ensino, fundado no ano de 1970, que serve como base de atendimento primário dos bairros que o cercam, para o atendimento secundário à população de Santa Maria e para o atendimento terciário da região centro e fronteira gaúcha. O hospital constitui-se como centro de ensino, pesquisa e extensão no âmbito das Ciências da Saúde, além de centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde das comunidades local e regional. Também presta serviços assistenciais em todas as especialidades médicas,

bem como serve de treinamento para alunos de graduação e pós-graduação em Medicina, Residência Médica, e de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia e Fisioterapia.

São serviços de ginecologia e obstetrícia do HUSM:

- a unidade de Internação do Centro Obstétrico, situada no sub- solo do HUSM, provida de seis leitos de internação para mulheres em trabalho de parto ou no pós-parto, quatro leitos de internação pós-cesárea, três leitos de observação para o atendimento de intercorrências ginecológicas e à mulher vítima de violência.
- a unidade de internação Toco-ginecológica, situada no 2º andar do HUSM, onde se atendem puérperas, gestantes de alto-risco e mulheres em tratamento ginecológico. Possui trinta e sete leitos, dos quais onze são destinados à clínica ginecológica e vinte e seis à obstetrícia.
- o ambulatório da ala II, que é localizado no térreo e atende consultas de pré-natal, puerpério e ginecologia.

Destaca-se que nas unidades referidas, circula um grande número de familiares do sexo feminino que acompanham as gestantes, puérperas e as mulheres internadas para tratamento ginecológico.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos

Os critérios de inclusão foram: mulheres que já tiveram filhos, por via vaginal ou cesariana, que não estavam gestando nem eram puerpéras, e cujos partos ocorreram a partir do ano de 2004, tendo, como marco referencial, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde. Este programa foi criado em 2000 pelo Ministério da Saúde, mas implantado em todos os municípios do Rio Grande do Sul somente em 2004.

Foram considerados como critérios de exclusão: mulheres nulíparas, mulheres gestantes e puérperas, uma vez que o processo de parturição ocorrendo em período próximo ou concomitante à entrevista poderia influenciar nas respostas, devido mais a aspectos fisiológicos e emocionais relacionados à dor do parto do que por aspectos culturais.

2.4 Caracterização das participantes

Este estudo foi realizado com oito mulheres, em idade fértil, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano; quatro mulheres foram captadas na USK e quatro no HUSM. Foram convidadas para entrevistas mulheres que buscavam o atendimento no programa de planejamento familiar da USK, mulheres que buscavam o atendimento no HUSM, nos serviços de ginecologia e obstetrícia, e mulheres que estavam, no momento da entrevista, nos serviços de ginecologia e obstetrícia do HUSM.

Para finalização da coleta foi utilizado o critério de saturação de dados, por reincidência, ou seja, quando da repetição dos dados, a coleta foi entendida como satisfatória e então suspensa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

As participantes do estudo foram identificadas pela letra M, de mulher, e um número escolhido por ordem de entrevista, (M1-M8), sendo caracterizadas no que se refere aos aspectos sócio-culturais de idade, estado civil, escolaridade, região de moradia, número de filhos, ocupação e tipo de parto vivenciado, conforme descrito abaixo:

Mulher 1 - 34 anos, 2ª grau completo, casada, técnica de enfermagem. Com quatro filhos nascidos de partos normais.

Mulher 2 - 24 anos, 1º grau completo, diarista; casada. Com uma filha tem uma cesárea.

Mulher 3 - 28 anos, 2ª grau completo, técnica de enfermagem, solteira, união estável. Com um filho nascido de parto normal.

Mulher 4 - 22 anos, 2ª grau incompleto, solteira, operadora de caixa de supermercado. Com um filho fez uma cesárea.

Mulher 5 - 32 anos, 1º grau completo, do lar, casada. Com um filho nascido de parto normal e o outro fez uma cesárea.

Mulher 6 - 35 anos, 3º grau completo, enfermeira, casada. Com dois filhos, fez duas cesáreas.

Mulher 7- 28 anos, 1º grau completo, empregada doméstica, união estável. Tem quatro filhos nascidos de partos normal.

Mulher 8 - 27 anos, 2ª grau incompleto, dona de casa, divorciada. Com quatro filhos, fez quatro cesáreas.

Todas estavam na faixa etária entre 22 e 35 anos. Quanto ao estado civil, seis são casadas, uma divorciada e uma solteira, porém com união estável no momento da entrevista.

O nível de escolaridade apresentou três mulheres com ensino médio completo, uma com incompleto, três com ensino fundamental completo e uma com curso superior.

Todas as participantes são moradoras da zona urbana do município.

Quanto ao número de filhos, o grupo em estudo tem uma média de 2 filhos, sendo que a menor e a maior prole foi de 1 e de 4 filhos, respectivamente.

Quanto à ocupação das entrevistadas, duas são donas de casa, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, duas empregadas domésticas e uma operadora de caixa de supermercado.

O tipo de parto de maior incidência, vivenciado pelas mulheres, foi o parto normal num total de dez e o total de cesáreas foram nove.

2.5 Inserção em campo

Inicialmente na USK foram contatadas mulheres que participavam dos grupos de planejamento familiar, e que compareciam nos dias pré-estabelecidos para a dispensa dos métodos anticoncepcionais. No HUSM, a busca de sujeitos estendeu-se às diferentes unidades de atendimento gineco-obstétrico, mulheres acompanhantes e mulheres que trabalham nestas unidades e que atendiam aos critérios de inclusão.

Tanto na USK quanto no HUSM as mulheres foram selecionadas por meio de contato direto com a pesquisadora, na sala de espera das referidas unidades ou quando estavam acompanhando a sua familiar durante a internação no HUSM.

Como havia, entre as participantes, funcionárias do serviço que atendiam aos critérios de inclusão dos sujeitos, estas profissionais foram convidadas, e as entrevistas realizadas durante o intervalo do horário de trabalho. Algumas entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes e outras na própria unidade de saúde e unidades do HUSM, em uma sala reservada.

2.6 Coleta de dados

Para a obtenção da coleta de dados, utilizou-se como instrumento uma entrevista semi-estruturada, contendo questões fechadas para a caracterização do grupo em estudo, e questões abertas, que possibilitaram o aprofundamento dos dados e a obtenção de respostas

relacionadas à vivência das pessoas. A coleta de dados foi entre janeiro e março de 2011. A entrevista foi gravada em MP3 e, posteriormente, transcrita na íntegra, pela pesquisadora, de forma literal. A entrevista aberta é aquela em que o informante aborda livremente o tema proposto, com pergunta previamente formulada, e que possibilita descrever sua vivência de forma retrospectiva, sem repressão de seu pensamento. Propicia coletar material extremamente rico para análise e contribui para o trabalho de pesquisa em andamento (MINAYO, 2000). Como estratégia de compreensão da realidade, sua principal função é retratar as experiências vivenciadas, bem como as definições fornecidas por pessoas, grupos ou organizações (MINAYO, 2000).

As entrevistas foram previamente agendadas, por meio de contato pessoal, sendo marcados data, local e horário que melhor conviessem às entrevistadas, evitando interrupções, constrangimentos, de modo a lhes permitir sentir-se à vontade.

2.7 Análise dos dados

Em posse dos dados coletados, estes foram objeto da investigação de acordo com a análise temática de Minayo (2008). Tal análise consiste em descobrir os núcleos de sentidos que constituem uma comunicação em que sua frequência ou presença revela algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para analisar significados de um determinado depoimento, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso (MINAYO, 2008).

Considera-se que a compreensão e a interpretação das entrevistas nas pesquisas qualitativas não se realizam em um só momento, pois acontecem no decorrer da própria coleta e análise dos dados, quando o pesquisador interage com os sujeitos do estudo, na transcrição das entrevistas e, particularmente, nas leituras e na organização das informações. Porém, para uma melhor sistematização e compreensão, deve-se seguir um percurso ordenado, para que se possa igualmente apreender o conjunto dos significados contidos nos depoimentos dos entrevistados.

Minayo (2008) descreve, seguindo Bardin (1977), que essa ordenação da análise temática segue a sequência de três etapas quais sejam: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Neste estudo a etapa de pré-análise compreendeu a interpretação do material que se deu a partir dos questionamentos do investigador. Essa etapa consistiu em três tempos: o primeiro chamado de leitura flutuante entendido como a leitura exaustiva das informações, do material de campo, período de impregnação do conteúdo pelo investigador. Já o segundo tempo foi a Constituição do “*Corpus*”, no qual se buscou verificar se o material coletado abrangia regras de eficácia qualitativa, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Em relação ao terceiro tempo, este perpassou a Formulação e a Reformulação de Hipóteses e Objetivos, que baseou-se no retorno a etapa exploratória, de revisão das hipóteses, com intuito de corrigir erros de interpretação e de ampliar o leque de indagações para identificar o que surge de relevante para posterior construção de temas ou categorias de análise.

A segunda etapa da análise temática consistiu na Exploração do Material, que se delineou basicamente nas categorias específicas, que abrangeram elementos ou aspectos de características comuns, ou que se relacionavam entre si.

A terceira etapa constituiu o Tratamento dos Resultados Obtidos e a Interpretação. Nesse momento, realizaram-se inferências sendo realizada a articulação entre as informações aqui construídas e os referenciais teóricos de estudos já publicados, respondendo à questão da pesquisa com base em seus objetivos.

2.8 Questões éticas

Para a realização de todas as atividades da pesquisa, atentou-se para os critérios éticos e os princípios bioéticos da voluntariedade, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, que fundamentam a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o qual prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde, sendo solicitada autorização para o desenvolvimento da pesquisa ao Secretário Municipal de Saúde e a Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM (DEPE). Em um segundo momento, foi encaminhado para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM (CEP), com a devida documentação solicitada, assinada pelo responsável legal da instituição e pela pesquisadora. Após a aprovação do CEP, foi realizada a etapa de campo da pesquisa.

Os sujeitos foram informados dos detalhes da pesquisa, objetivos e produção de dados. Para tanto, antes da realização da entrevista foi lido, com os sujeitos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), que, concordando com este, optaram por assiná-lo. O TCLE foi redigido em duas vias, uma para a participante e outra para a pesquisadora. Da mesma forma foi redigido o Termo de Confidencialidade, o qual descreve o compromisso das pesquisadoras em relação às informações que só poderão ser divulgadas de forma anônima e mantidas em Compact Disc (CD), por um período de 5 (cinco) anos, sob a sua inteira responsabilidade. Após este período, ficou acordado que os dados gravados serão destruídos. Destaca-se que o compromisso em relação à preservação do sigilo da identidade dos sujeitos, durante todas as etapas da pesquisa, mesmo com a divulgação dos seus resultados, sob qualquer forma, foi observado, sendo utilizado o sistema de identificação alfanumérico.

Foram ressaltadas a liberdade da participação espontânea e o direito de desistência por parte das participantes a qualquer momento da pesquisa, a fim de se evitar riscos à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa com a garantia dos princípios de beneficência e não-maleficência. No entanto, foi exposto que o momento da entrevista poderia trazer algumas lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional, pelo fato de que o sujeito iria refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Caso isto acontecesse, poderia ser indicada uma consulta, se assim a participante desejasse, com profissional qualificado do serviço da área de saúde mental do Hospital Universitário de Santa Maria, previamente contatado.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O parto institucionalizado vem sendo apresentado às mulheres como um período essencialmente médico, que traz consigo as referências de um período patológico e medicalizado. Em consequência disso, a abordagem sob a perspectiva biológica pode reduzi-lo e suprimir a revelação dos diferentes ângulos e facetas do universo cultural e social da parturiente. Em virtude disso, este estudo fundamentou-se em conceitos socioculturais e não apenas nos médico-científicos. Salienta-se que não se pretende abolir os conceitos biomédicos, mas, antes, entendê-los como apenas uma dentre as várias formas de abordagem do nascimento.

Monticelli (1996) aborda essa questão, ao confirmar que a enfermagem, quando age contextualizada dentro desta perspectiva, propicia o compartilhamento de saberes e práticas, evitando posturas etnocêntricas, simplistas ou puramente biologicistas sobre o processo da parturição.

Na sequência deste capítulo, serão abordados seis temas surgidos em decorrência da descrição e análise dos dados que surgiram das falas das mulheres entrevistadas: percepção das mulheres sobre o nascimento; percepção das mulheres sobre o parto desejado; a percepção das mulheres na decisão sobre o tipo de parto; conhecendo como se dá a construção cultural do processo parturitivo das mulheres; resistência das mulheres ao modelo biomédico do parto; percepções das mulheres sobre o motivo da indicação da cesárea.

A partir desses temas, estabelecer-se-á um diálogo com o referencial teórico, buscando alcançar nesse movimento a compreensão de como a cultura influencia no processo de parturição da mulher.

A Percepção das mulheres sobre o nascimento

Em relação à percepção das mulheres sobre o nascimento, foram relatadas tanto experiências positivas quanto negativas.

A abordagem positiva relatada pelas entrevistadas retrata a responsabilidade por uma nova vida e a emoção do nascimento conforme as falas das entrevistadas:

Tem a parte física e espiritual. Eu vejo como uma forma de oportunidade da gente crescer e dar esta oportunidade para este ser que está vindo resgatar as coisas que a gente precisa e que ele precisa também. (M1)

É uma dádiva que Deus deu para gente, inexplicável assim, apesar de tudo o que a gente passa até o nascimento da criança. É maravilhoso. (M2)

Eu acho que é uma vida nova que vem para gente, compromisso de ter que guiar aquela pessoa que tá nascendo com amor, com aquele sentimento de cuidar, de mãe, de ser responsável por aquele ser, pelas atitudes dele, pelo crescimento dele. (M3)

O que eu imaginava na hora era ganhar, ver o rostinho deles, a parte mais emocionante é ver a hora que eles nascem. (M8)

As falas das mulheres apontam para positivities da percepção do parto, relacionada à emoção da primeira vez de ver o bebê e ao contato físico nesse momento, bem como ao sentimento de responsabilidade pelo filho. Essa abordagem transmite um senso de unidade sobre a pessoa e sua experiência física, com enfoque nos aspectos emocionais e espirituais do nascimento. Segundo Martin (2006, p. 248), “o parto positivo concentra-se na integração funcional de todas as partes da mulher - suas memórias passadas, esperanças futuras, sua mente e seu corpo”.

Martin (2006) apresenta as metáforas da dança e da jornada para descrever esta integridade colocam a mulher em um papel claramente ativo. A dança, ao significar que, quando corpo e mente encontram-se alinhados, dançam em sincronia e unidade, e entregam-se à nova vida que vem chegando. A metáfora do parto como uma jornada torna-se uma oportunidade para o crescimento psicológico da mulher que se inicia no primeiro trimestre e culmina no trabalho de parto, quando ela relaciona-se íntima e singularmente consigo mesma, tendo, ao final, uma experiência de aprendizado totalmente sua.

Foi destacada pelas entrevistadas a mudança do status social e o compromisso com este novo ser na sua vida, denotando o compromisso e a responsabilidade de ser mãe. A mulher que dá à luz com vivências positivas apresenta atitudes que vão dignificá-la e que fortalecem o seu “eu interior” (BALASKAS, 2008).

Este momento faz parte de um ritual de transição social, presente em todas as sociedades, do status social de esposa para o de mãe, com intuito de unir os aspectos fisiológicos aos aspectos sociais da vida de uma pessoa. Dessa maneira, existem muitas crenças e rituais do parto e puerpério no mundo ocidental que continuam até que a mãe e a criança estejam estabelecidas com segurança em suas posições sociais (HELMAN, 2009).

Segundo Odent (2003) atribui-se importância crucial à primeira hora após o parto para o desenvolvimento da capacidade de amar. Nessa fase, em condições fisiológicas, a liberação de ocitocina, conhecida como “hormônio do amor”, associada à prolactina, “hormônio da maternidade”, significa que, se mãe e o bebê estiverem em contato pele a pele e olho no olho,

as chances de se estabelecer apego, interação e amor estão garantidas para ambos. Isso é ratificado por Odent (2003), ao referir-se que, quando o meio cultural interfere com rotinas que desestimulam esse apego entre a mãe e o bebê, tais como o uso de sedativos, agentes anestésicos e analgésicos durante o parto, influencia toda a capacidade de amar, devido a não liberação da ocitocina natural pelo organismo da mulher.

Um aspecto negativo expresso pelas entrevistadas, concernente à percepção do nascimento, refere-se ao desconhecimento sobre a fisiologia do parto, o que as fez entender este processo semelhante a um processo patológico e sujeito a várias intervenções desnecessárias, conforme os relatos:

O primeiro eu não tinha a orientação que eu tenho agora, ninguém me orientou. Foi muito doído e difícil inclusive até porque ele era bem grande, e iam passar o fórceps. Não sei se chegaram a colocar, mas eu consegui e nasceu normal. E me colocaram o soro com ocitocina (..) e eu disse “para quê?”, mas não me explicaram. (M1)

Já tinha perdido o tampão uns 3 dias antes de começar “as dor”, então eu ficava preocupada. “Será que eu não vou sentir dor?”, “será que eu não vou saber quando vai ser a hora de ir ao hospital?”. Me colocaram o soro para induzir (...) não me explicaram nada. Depois veio a anestesia, remédios acho que para enjôo (...) não consegui ganhar normal. (M2)

Achei que eu tinha que me esforçar mais em todos eles. Por isso na hora de ganhar sempre me dava um medo. Aí eu não sei se eu me trancava. Botaram o soro para dor e eu, ao invés de fazer a força direito como se deve fazer, eu me retrancava e começava a chorar. (M7)

Eu acho o parto normal muito mais arriscado que a cesárea. Todos os meus foram cesárea. No meu caso eu acho que foi por causa da dilatação. Todas foram agendadas. Os meus filhos, quando chegam no último mês, não querem ficar, nascem antes. A minha filha nasceu com 8 meses com muito pouco peso, e foi para UTI. (M8)

Os sentimentos, relatados pelas entrevistadas, de não saber como agir no parto, exprimem significativamente seu desconhecimento acerca do processo fisiológico e refletem-se em medo e insegurança. Uma vez que não sabem o que está acontecendo com seu corpo, as mulheres controlam-no menos, demonstram fragilidade e tendem a ser tratadas como objeto de controle da equipe médica. Desse modo, aceitam passivamente as intervenções médicas como necessidades normais e rotineiras no parto, a exemplo dos relatos do uso de ocitocina, de fórceps, e da indicação de cesariana previamente agendada.

Esse é o modelo de atendimento tecnocrático de assistência descrito pela antropóloga Davis Floyd (2004), que representa a corrente de pensamento convencional e dominante norteadora da prática da assistência obstétrica há várias décadas, na qual o profissional de saúde mantém um distanciamento do paciente, como forma de proteger a si mesmo das reações emocionais frente às angústias deste.

A forma e a percepção de como as mulheres vivenciam a sua experiência de parto são impregnadas pela realidade conforme modelo que se apresenta para a sociedade, isto é, com a mensagem de que é imprescindível a utilização da tecnologia, como garantia de um parto seguro. O que resulta disso é o que chamamos de uma “cascata de intervenções”, que ocorre quando uma prática obstétrica desencadeia outras, fazendo com que se altere o processo natural do parto (BALASKAS, 2008).

Destaca-se, também, a desinformação em relação aos riscos que advêm da cesárea desnecessária para mãe e bebê. A entrevistada M8 narra que as cesáreas foram realizadas antes de sua gestação estar a termo. Sabe-se que a prematuridade iatrogênica, ocasionada por cesáreas sem indicação, está associada ao aumento da taxa de nascimentos de recém nascidos pré-termo (MACDORMAN et al., 2008) e ao aumento da mortalidade neonatal (VILLAR et al., 2007).

Concorda-se com Balaskas (2008) ao afirmar que as cicatrizes corporais deixadas pelas intervenções desnecessárias no corpo da mulher transformam-se em uma vivência de sofrimento, insegurança e sobrepujam toda e qualquer vivência positiva ocorrida no parto. Logo, um momento que deveria ser natural, repleto de lembranças positivas e felizes para a mulher, constitui-se num evento traumatizante. Nessa direção, entende-se que, se o comportamento humano é influenciado diretamente pelo meio cultural, pois humanos comunicam-se e criam cultura, a socialização da naturalização do parto, como evento rodeado de tecnologia e risco, bem como a recapitulação das experiências traumáticas contadas pelas mulheres, reforçam-se na convivência social (ODENT, 2004).

Ademais, as intervenções desnecessárias sobrepõem-se ao poder que a mulher tem de parir, e que, atualmente, ela mesma desconhece, pois a história repassada pela medicina nas últimas décadas, na cultura ocidental, transformou o parto em um evento essencialmente médico, sendo a mulher apenas uma parte do cenário (SEIBERT, 2005).

O uso do recurso da aceleração no parto com o uso do soro com ocitocina foi percebido como forma negativa para as mulheres que o relataram. O emprego de hormônios sintéticos no trabalho do parto, como é o caso da ocitocina, tende a cessar a fisiologia e as etapas do parto (FIGUEREDO, L. 2010).

Ratificando essa informação, um estudo feito por Barros (2005) mostra que o aumento de partos cesáreos está relacionado à prática da indução medicamentosa. A falha de indução provoca a indicação de uma cesárea, que implica a utilização de anestesia, medicações antibióticas profiláticas, medicação para náuseas, medicação para dor no pós-operatório e utilização de outras drogas, o que pode afetar drasticamente o comportamento materno, pois o

que se verifica, em estudos com outros mamíferos, é o não-cuidado de seus bebês, após uma cesariana (ODENT, 2004).

É primordial, durante a gestação, o preparo das mulheres para o parto, apoiando suas informações em práticas baseadas em evidências científicas, pois a grande maioria dos procedimentos que os profissionais de saúde ainda utilizam no parto são rotinas que estão caindo em desuso, pois se mostraram mais danosas do que benéficas. Se as próprias pacientes souberem disso, através de atividades educativas no pré-natal, será muito mais fácil reverter esse quadro (DINIZ, 2003).

Concorda-se, nessa direção que, a consulta pré-natal também é um espaço importante para mudança de atitudes em relação ao parto, incentivada por profissionais que valorizam os aspectos sociais e subjetivos da gestação, do parto e do nascimento (FREITAS, 2005).

A Percepção das mulheres sobre o parto desejado

Nesta categoria, as mulheres expressam a via de parto desejada. A maior parte manifestou o desejo pelo parto normal. Apenas uma entrevistada manifestou preferência pela cesárea e teve sua vontade atendida.

Do primeiro eu não pesquisei, dos outros que eu comecei a ler sobre o assunto. Eu queria ter o parto em casa e mais informações do médico. Trabalhei até a última hora de internar. Foi bom, fiz a respiração direitinho e acabei ganhando no leito, como eu pensei que queria que nascesse. (M1)

Eu tinha conversado com meu esposo em casa e a gente queria parto normal, mas não deu, perdi o controle. (M2)

Quando eu dizia que queria parto normal me diziam “por que fazer parto normal, por que não faz uma cesárea?”. Eu dizia “eu quero parto normal pela recuperação mais rápida para poder voltar a estudar” e eu achei bem melhor o parto normal do que ter feito uma cesárea que daí eu ia ficar dias sem poder voltar a estudar. (M3)

Eu sempre quis cesárea, porque eu tinha medo de sentir dor ali na hora. Eu vi o bebê assim que o tiraram. (...) Não recebi orientação sobre parto normal do médico. (M4)

A minha preferência sempre foi o parto normal, eu achei que ia ganhar normal deste último, mas não deu, fiquei frustrada. (M5)

Por mim poderia ser parto vaginal, tanto que do primeiro filho eu ia caminhar até na véspera para ver se evoluía para parto normal, mas não evoluiu, daí foi cesárea; e do outro foi cesárea também. Teve que ser programada. (M6)

O parto normal foi desejado. Se tivesse feito uma cesárea seria o fim do mundo, porque eu demorei para aceitar a idéia de que teria que fazer uma laqueadura por cesárea. Eu sempre dei a preferência para parto normal por causa de comentários e sobre ter infecção. (M7)

Eu tinha na cabeça que o meu primeiro filho ia ser normal. Parto normal a mãe ganha e já sai caminhando com a criança no colo e cesárea não. (M8)

Na fala das entrevistadas revelou-se o desejo pelo parto normal ou pela cesárea, destacando o entendimento de que o parto normal tem a recuperação mais rápida, não interferindo na rotina e autonomia delas, apresenta menos risco de infecção, e a cesárea poderia proteger quanto à dor do parto. Esses pontos justificaram, em grande parte, seu desejo pelas vias de parto.

Para Martin (2006), as mulheres que desejam o parto normal e conseguem passar por essa experiência consideram-no um processo que acontece naturalmente, como algo que a mulher realiza e não simplesmente vê acontecer consigo.

Estudos de natureza quantitativa e qualitativa da área da saúde em relação à escolha para o parto normal constataram que as expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto justificaram-se pela recuperação pós-parto mais rápida e por ser melhor para elas e/ou para os bebês (OLIVEIRA, 2002; MELCHIORI et al., 2009; MANDARINO et al., 2009).

A entrevistada que realizou a cesariana por desejo próprio justificou sua escolha pelo medo da dor do parto. A forma como se percebe e se responde à dor pode ser influenciada pela origem cultural e social. Em outros grupos culturais, a dor do parto não é temida, muito diferentemente das mulheres de países ocidentais, que a temem e são bastante propensas a aceitar drogas analgésicas ou anestésicas (HELMAN, 2009).

No Brasil, o medo da dor é apontado como uma das causas da intervenção cesariana, requerida pelas mulheres, e pode ser considerado, assim, um dos motivadores do aumento das taxas dessa cirurgia no país (FAÚNDES; CECATTI, 1991; OLIVEIRA et al., 2002).

Em um estudo feito por Almeida (2009) sobre a dor do parto normal, a autora evidenciou a ocorrência de uma relação de poder dos serviços de obstetrícia sobre o corpo feminino e a forma como estes serviços gerenciam-se, mantendo o processo da medicalização, o que se constitui um dos mecanismos de favorecimento da perpetuação do parto cesáreo, com a finalidade de evitar a dor do parto normal.

Entende-se também que a dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada pelo modelo assistencial que institui rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia, práticas no parto normal que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas com base em evidências científicas e em recomendações da OMS (1996) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Para tanto, foi instituído pelo Ministério da Saúde (2000b), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, cujo objetivo é melhorar a assistência obstétrica, provocada por práticas e condutas inadequadas.

Segundo Floyd (2004), o programa é traduzido como um modelo humanista de assistência, também referido por ela como modelo holístico. Os profissionais que atuam nessa vertente simplesmente têm como desejo humanizar a tecnomedicina e apresentam maior potencial para reformar o modelo tecnocrático, com mudanças de atitudes e de paradigma.

O modelo holístico é o que abarca uma variedade mais rica de abordagem, rompe totalmente com o modelo dominante atual, utiliza modalidades que são menos prejudiciais, assiste as pessoas em seu contexto, crê em outros modos de contexto que curam, compreende a dimensão espiritual do cuidado da saúde e também fortalece o desenvolvimento da vida de cada pessoa (FLOYD, 2004).

Neste sentido, a escolha da via de parto torna-se importante, uma vez que leva em consideração o contexto sócio cultural e assistencial em que a parturiente está inserida e os aspectos biológicos e psicoemocionais, com intuito de promover um cuidado direcionado às suas necessidades, conforme recomendado nos estudos de Bezerra; Cardoso (2005) e Budó et al. (2007), referentes a outros cenários da saúde. Tal cuidado aproxima-se da humanização da atenção no parto.

De destaque nas falas das entrevistadas do presente estudo é o sentimento de frustração e perda de controle das que desejavam parto normal, e tiveram de submeter-se à cesárea. Situação semelhante surgiu no relato das mulheres que Emily Martin (2006) entrevistou em Baltimore (EUA), quando percebeu, nos depoimentos, que uma das reações mais comuns, especialmente quando a mulher planeja um parto vaginal e a cirurgia ocorre, é a perda de controle do seu parto.

Por outro lado, entre as entrevistadas que conseguiram realizar o parto normal, consoante seu desejo de via de parto, o sentimento de alívio foi constatado. Para Balaskas (2008), as sensações de alívio, realização, gratidão, êxtase, partem de uma grande variedade de sensações que somente a experiência do parto normal propicia.

Uma das entrevistadas relata orientação para cesariana a fim de submeter-se à laqueadura tubária, tendo seu desejo frustrado quanto à opção da via de parto, uma vez que desejava realizar parto normal. Evidencia-se que não houve o desejo de cesárea, no entanto a necessidade da laqueadura.

A constatação do desestímulo ao parto normal feito pela equipe médica, mesmo cientes de que essas mulheres tinham histórias prévias de partos normais, a fim de realizar

uma cesárea, concomitantemente à laqueadura tubária, mostra o desrespeito à lei nº 9.263, que trata do planejamento familiar, que veda a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 2002).

As entrevistadas que se submeteram à cesárea apresentaram percepções de que algo que foi feito com elas e não de sua participação, como relatado nas seguintes frases: “*tiraram o bebê*” (M4), “*puncionaram-me umas 15 vezes*” (M6), “*se a hemorragia não parasse iam tirar o meu útero*” (M8).

A sensação de passividade e separação entre o eu e o seu corpo surge em nível extremo quando as mulheres descrevem a cesariana. Parte disso advém pelo fato de ser uma cirurgia em que um número maior de pessoas toca, manipula, corta e costura seu corpo. Outra parte deve-se à anestesia peridural que produz insensibilidade da cintura para baixo e intensifica-se pela colocação de um pano sobre o peito da mulher de modo que ela não enxerga a metade inferior do seu corpo (MARTIN, 2006).

Verificamos nas falas das entrevistadas que os laços entre a mãe e o bebê podem estar sendo desestimulados, por priorizarem-se cuidados que poderiam ser postergados: “*Primeiro foi realizado os cuidados com o bebê e me mostraram já enrolado com as roupas.*” (M6). “*Ficavam ali fazendo os cuidados com o bebê e me mostravam bem depois.*” (M8)

Esses cuidados, além de estar interferindo na relação amorosa mãe-bebê, podem estar ignorando a implementação de práticas simples como o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva, que tem um impacto, a longo prazo, na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, pois afetam o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério (BRASIL, 2011).

A metáfora da produção no nascimento proposta pela antropóloga Emily Martin (2006) retrata a interrupção dos laços afetivos entre mães e bebês que sofreram cesarianas devido ao controle sobre o corpo feminino exercido pela retirada do protagonismo da mulher da cena do nascimento. Fato esse semelhante à metáfora da produção industrial, do não-envolvimento da trabalhadora com o produto do seu trabalho, quando ela não sente que foi quem o produziu e quando o seu trabalho é estritamente organizado e controlado (MARTIN, 2006).

Frequentemente quando se interfere na produção de um bebê, segundo a metáfora da produção industrial, que ocorre quando não é a mulher que dá à luz e o bebê é extraído cirurgicamente por um médico, a mãe sente-se desligada da criança após seu nascimento (MARTIN, 2006).

Nesta direção um estudo realizado na Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul, mostrou que a separação entre mãe e o bebê tem impactos negativos, influenciando na duração do sono e na frequência cardíaca do bebê (BARAK, 2011).

O modelo de atendimento biomédico desestimula a implementação de cuidados comprovadamente eficazes e passa uma mensagem que mãe e bebê são como uma díade conflitante, não sendo vistos como uma unidade integral (MARTIN, 2006).

Outro elemento a ser salientado refere-se à percepção de ser mãe, através da vivência do trabalho de parto, ou seja, compreende-se o significado de ser mãe por meio da vivência da parturição, conforme fala da entrevistada: *Era meu primeiro filho decidi que, para ser mãe, teria que ganhar de parto normal [...] Se é para ser mãe vamos ser mãe mesmo! (M3)*

Como se pode notar, a entrevistada destaca que o parto normal foi primordial para sentir-se realmente mãe. Importante nesse sentido, a afirmação de Monticelli (1996), de que o parto é um ritual que marca profundamente o inconsciente feminino, principalmente se for o primeiro.

A Percepção das mulheres na decisão sobre o tipo de parto

Nesta categoria foi significativa a falta de autonomia da mulher na decisão sobre a via de parto. Para compreensão do parto como um evento na vida da mulher, em relação à decisão sobre o tipo de parto, as mulheres opinaram:

A cesárea geralmente é o médico que decide. Eu sabia disso daí, que nem todas são iguais, porque a minha vó teve 6 cesáreas e 6 normal, e a minha mãe só fez cesárea. Então eu sabia que podia acontecer comigo, e realmente aconteceu. O médico disse que ia fazer uma cesárea, e fez cesárea, disse que ela tinha tomado água no parto. (M8)

Deveria ser da mulher mais do que do médico, já que ela que está sentindo e sabendo o que está acontecendo. (M1)

A nível de consultório (rede privada) é o médico. Não dá para escolher(...) Eu queria. Por mim, poderia ser parto vaginal. (M6)

Eu acho que deve ser a mulher, mas é o médico que decide. Eles dizem que é protocolo, que isso, que aquilo, mas sabe-se que não é assim. Só que não acontece isso né? Ela não tem o direito de decidir se quer um parto normal ou uma cesárea. É colocado para ela que ela vai ganhar de parto normal por causa disso ou daquilo, mas às vezes ela não está preparada, de repente é o melhor para o corpo mas não o melhor para cabeça dela, não está preparada para aquilo ali. (M3)

É o médico que tem o poder de decisão se vai ser parto vaginal ou cesárea. (M2)

Nessa categoria, foi significativo o entendimento das mulheres sobre o poder de decisão que os médicos têm em relação ao tipo de parto. Porém, elas discordam de que este profissional determine a escolha de forma unilateral, e apontam para inclusão delas nessa decisão. Esta perspectiva direciona-se para a autonomia e a participação da mulher na decisão sobre a via de parto, embora o que se constate é que o médico determina qual a finalização da gestação.

Entende-se que a questão de avaliação de risco e a indicação de se realizar uma cesárea sejam de competência médica. No entanto, a mulher deve receber informações sobre os riscos e benefícios da intervenção, a fim de exercer sua participação ativa no processo. Tal questão enfatiza o direito à informação e à formação de opinião das mulheres, para que tenham o direito de reivindicar aquilo que é benéfico para a sua saúde e a de seu bebê. Profissionais e mulheres podem até tomar uma decisão antecipada sobre o tipo de parto, porém esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência, como no caso da cesárea antecipada ou eletiva, sem indicação, pois pode implicar em riscos e complicações futuras para mãe e para o bebê (BRASIL, 2001).

Para o Ministério da Saúde (2006a), um dos valores da Política Nacional de Humanização é o princípio da autonomia, de pensar os indivíduos como sujeitos autônomos e como protagonistas nos coletivos de que participam como co-responsáveis pelo processo de produção de saúde de si e do mundo em que vivem.

Quando falamos da autonomia da mulher parturiente, falamos de um processo em que a cada momento se vai desconstruindo o léxico científico/técnico, para que a mulher e a família possam ser chamadas ao centro de decisão. Mas para isso é importante oferecer toda a informação que ela necessita para se tornar um membro efetivo da equipe de saúde e, como tal, ter pleno poder e capacidade de decidir da forma mais vantajosa para todos. Esse é sem dúvida um processo de grande complexidade, que, em uma aplicação absoluta, incita os profissionais de saúde a compreenderem que o respeito pela autonomia da mulher não constitui um dano na sua autonomia profissional, mas, antes, um incremento pela qualidade, participação e rigor ético obtido através desse processo (LEITÃO, 2010).

Tal processo talvez seja difícil de compreender para o profissional, quando se alicerça na cultura biomédica ao redor de uma ideologia de progresso tecnológico, que, no contexto do parto, iniciou-se a partir da sua institucionalização, com o advento da era industrial (FLOYD, 2004).

A institucionalização do parto iniciou-se nas primeiras décadas do século XX, quando o mesmo passou a ser visto como um processo patológico que deveria ser controlado a fim de evitar a morte materna e perinatal, sendo então marcado por rotinas tais como episiotomias, cesáreas desnecessárias, utilização de fórceps profilático (PROGIANTI; BARREIRA, 2001). Para Collaço (2002), as instituições têm uma cultura própria, fundamentada no empirismo e na tecnologia que se revelam nas rotinas e condutas intervencionistas do médico. O resultado dessa conduta intervencionista é a discrepância entre o que as mulheres desejam e o que é realizado, o que justificaria a mudança do tipo de parto (HOPKINS, 2000).

Um dos motivos alegados pelos médicos para essa prática seria a mudança de perfil de risco das gestantes. Porém, um estudo realizado nos EUA, que relacionou o aumento das taxas de cesárea com a mudança de perfil do risco, constatou que as chances de uma mulher ser submetida a uma cesárea na primeira gestação, sem pertencer a um grupo de risco, subiu para 50%, em 2005 comparado ao ano de 1996 (DECLERCQ et al., 2005).

Essa desinformação por parte das mulheres pode por fim a sua capacidade na decisão sobre o tipo de parto e ser atribuída à falta de conhecimento sobre seu corpo, os processos reprodutivos e a sexualidade (SANTOS, 2008).

Segundo o relato da entrevistada M6, não há o direito de escolha quanto ao tipo de parto para a mulher que faz o pré-natal na rede suplementar, sendo sua autonomia geralmente desrespeitada, quando deseja um parto normal. De acordo com Mccourt et al., (2007) a escolha do tipo de parto pela mulher é apontada na literatura médica como um fator que tem contribuído para o elevado índice de cesarianas na atualidade.

Destaca-se que, nos serviços de saúde suplementar no Brasil, as taxas de cesárea são as mais elevadas do mundo, em torno de 79,7% (ANS, 2001). A cesárea dá ao médico o máximo de poder, controle e condução nesse processo e exige o mínimo de trabalho do útero e da mulher, criando o ponto de vista de que este procedimento cirúrgico fornece os melhores ‘produtos’, isto é, produzem bebês perfeitos, semelhantemente à metáfora de produção, tal como acontece nas indústrias (MARTIN, 2006).

Logo, deu-se início a uma crença de que cesárea é protetora para o nascimento do bebê. Isso pode estar relacionado à noção de que partos normais são traumáticos para o feto, e, então, os profissionais “aliam-se” ao bebê contra a destruição em potencial, causada pelo corpo da mãe no trabalho de parto e no parto, o que leva a ignorar aquilo que talvez seja o mais importante para a mulher e para a criança, que é a natureza de suas experiências no parto e no nascimento (MARTIN, 2006).

Além do mais, na relação médico-parturiente, fica evidente como são encaradas as questões relacionadas ao parto, de forma diferente, por cada um desses atores (ANS, 2008a).

Entre os médicos obstetras instituiu-se uma cultura pró-cesárea, e, como consequência, parte deles não se encontra motivada nem capacitada para o acompanhamento do parto normal. Em contrapartida, as mulheres, dentro dessa cultura, têm dificuldade de fazer valer a sua decisão quanto ao tipo de parto, por sentirem-se menos capacitadas a escolher, devido às questões técnicas levantadas e sustentadas por eles (BRASIL, 2001).

Estudos têm demonstrado que apenas 20% das usuárias de convênio particular conseguem dar à luz por parto normal sendo que a maioria das mulheres brasileiras deseja-o (REBELO et al., 2010; POTTER et al., 2001; POTTER et al., 2008).

Concorda-se, portanto, com a visão de ANS (2008a) de que a crítica da exclusão das mulheres na decisão da via de parto deve-se, principalmente, ao fato de que o modelo biomédico desconhece os significados que as mulheres dão à experiência da gestação e do parto.

Conhecendo como se dá a construção cultural do processo parturitivo das mulheres

Em relação à construção cultural do processo parturitivo das mulheres, foram relatadas tanto experiências positivas quanto negativas dos partos das mulheres de seu convívio.

As mulheres que apresentam uma percepção positiva sobre parto normal apresentam nas famílias histórias e relatos positivos do parto de suas familiares.

A minha mãe teve 5 partos normais. Todos em casa, e a minha vó era parteira. Acho que a influência vem daí. Queria que minha vó tivesse viva para eu ter tido os meus filhos com ela. A mãe sempre foi positiva, nunca disse que os partos foram uma coisa horrível. Ela sempre disse que era uma coisa boa, doía claro, mas ela sempre mostrou coisa boa. Tenho uma irmã que ganhou um bebê em casa não deu tempo de ir para o hospital. Foi rápido demais. (M1)

Olha, todas não se queixaram. As [familiares] que eu conversei disseram que parto normal é a melhor forma por causa da recuperação, é melhor para ti cuidar do nenê sem depender de ninguém. A mãe sempre teve parto normal. (M2)

Da minha mãe foi tranquilo. O parto dela foi no mesmo hospital que eu tive, ela caminhou tudo como tinha que ser, rompeu a bolsa em casa. Ela me passou essa experiência boa. (M3)

Eu e a minha irmã nascemos de parto vaginal. A minha vó teve 5 filhos de parto vaginal. A minha sogra teve partos vaginais em casa. Meu marido nasceu com 4kg. Ela comentava como é que tinha sido os nascimentos dos filhos dela, de ser tudo tranquilo e das aventuras, que até na véspera andava a cavalo e não deu nada de complicação, e naquele tempo foi com parteiras. A mãe dela era parteira. Os filhos nasceram com a avó. (M6)

Durante a minha gravidez, eu conversava mais sobre o parto com a minha mãe, e eu a acompanhei ela quando foi ganhar normal. Eu vi como foi, então eu sabia como tinha que ser quando eu fosse ganhar, que era bom. A influência da minha vó e da minha mãe foi para parto normal, mas eu não ganhei normal em nenhum. (M8)

Na opinião dessas entrevistadas a transmissão do conhecimento dos partos na família exerceu grande influência na preferência por parto normal, focando a naturalidade e a praticidade de encarar o parto normal.

O processo de socialização denominado “primário” para Berger e Luckmann (1976) acontece na família, durante a infância, quando a realidade é apreendida através da consciência individual e os papéis sociais tornam-se seus quando identificados.

Segundo Laraia (2003), a socialização do indivíduo é resultante do seu meio cultural e a acumulação de saberes e crenças são passadas de geração em geração. Destaca-se isso igualmente, no estudo de Ressel et al. (2011), relativo a cultura da sexualidade junto a adolescentes e suas famílias, onde a socialização dos saberes é um processo dinâmico e contínuo ao longo da vida.

Laraia (2003) defende que os valores que vão compor a singularização de cada pessoa na sociedade, ocorrem por meio da socialização, através dos relacionamentos das representações pessoais sobre fenômenos, fatos e eventos sociais.

As entrevistadas M1 e M6 relatam a presença de parteiras na assistência ao parto. Até a entrada da profissão médica sobre o processo do parto, as mulheres em trabalho de parto eram auxiliadas principalmente pelas mães, tias, avós e/ou parteiras. Porém, com a perda da importância do papel das parteiras, - pois ameaçavam o monopólio do saber médico - e sua progressiva alocação na marginalidade do contexto da obstetrícia, seus saberes foram sendo vistos sob suspeita.

Em quase todas as culturas, segundo Helman (2009), os principais provedores dos cuidados primários de saúde são as mães e avós, e as parteiras ainda são as responsáveis pelos cuidados obstétricos em alguns países.

Percebem-se nas narrativas das entrevistadas as influências positivas passadas por suas mães na vivência da parturição das mulheres da família. Elsen (2011) realizou uma análise de quatro estudos sobre famílias, tendo como um dos destaques a valorização do conhecimento e das práticas do cuidado nesses ambientes familiares.

Em contrapartida, as entrevistadas que apresentam nos seus discursos experiências negativas, mostram que, no convívio familiar e no círculo social próximo, este assunto ou não foi comentado, ou foi discutido com teor negativo:

A minha mãe nunca falou 'com nós' sobre isso. Ela teve cesárea da minha irmã mais nova de sete anos e deu problemas de rim nela. A minha recuperação foi ruim, porque demorei a recuperar (...) Eu me sentia estranha e parece que minhas pernas estavam separadas do meu corpo por causa da anestesia.(M4)

Nós nunca conversamos sobre essas coisas lá em casa, nem com mãe e nem com irmã. A única coisa que me falavam é que sofria muito, falavam que ia gritar de tanta dor, que as contrações seriam fortes. Eu sofri um pouquinho, coloquei soro, fiquei de barriga para cima o tempo todo, (...) como se estivesse doente, depois eu tive uma cesárea que infeccionou os pontos. Me senti um objeto (...) (M5)

Minha mãe disse que é horrível, que não era bom, que nem cesárea e nem parto normal. Ela sofreu muito. Por isso, na hora de ganhar assim sempre me dava um medo, devido às histórias contadas por minha mãe. (M7)

Vizinhos, até parentes, comentavam que esqueceram uma tesoura dentro da paciente, ou esqueceram um pano. Eu tenho medo de cesárea. Outro problema é aquele pano que separa a sua cabeça do resto do seu corpo. Disseram-me que teria de fazer uma cesárea para fazer a laqueadura na próxima gravidez. Eu vou fazer um RX depois para ver se não ficou nada lá dentro. (M7)

Aí vem a vó, vem a mãe conversar, dizendo "tu não faz escândalo, não grita", porque realmente elas não dão atenção. E realmente eu vi isso. Então eu sabia que não era bom quando eu fosse ganhar. (M8)

Nas falas destas entrevistadas, deflagra-se a ausência de conversa sobre o assunto. Quando há diálogo acerca do tema, no seio familiar, reveste-se de significados negativos, destacando a dor, o sofrimento, a angústia, o medo, a solidão e a alienação em relação ao que está acontecendo com o seu corpo.

Para Martin (2006), as mulheres podem ter essas sensações negativas de objetificação e fragmentação tanto na cesárea quanto no parto normal, mas as que passam por uma cesárea descrevem essas sensações mais intensamente, conforme destacado nas falas das entrevistadas M4 e M5.

Segundo a autora, o medo e a ansiedade no parto normal são gerados pela inconsciente fragmentação subliminar implícita de como a mulher percebe esse fenômeno, de como ações que elas não realizam, como se o "eu" e o "seu corpo" fossem separados, entendendo que corpo, mente e estados emocionais não podem ser trabalhados simultaneamente.

O relato negativo foi constatado em estudos de autores da área da antropologia, mostrando que, em diferentes sociedades, as filhas educadas por mães que influenciam negativamente sofrem mais no momento do parto (LARAIA, 2003). A dor do parto também foi apontada pela entrevistadas M5. Conforme Gualda (2004), a dor é um sintoma altamente subjetivo, que traz a crença popular de vincular a maternidade ao sofrimento.

A entrevistada M8 traz a questão de agir conforme as regras que a equipe obstétrica impõe, de não fazer escândalo sob pena de não receber a devida atenção. Os profissionais de saúde eventualmente podem impor um comportamento que não respeita o saber da parturiente o que pode tornar difícil a evolução do trabalho de parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Outro fator de destaque, de acordo com o relato da entrevistada M7, foi o medo apresentado em relação ao esquecimento dos instrumentos cirúrgicos dentro do seu corpo. Para Leninger (1991), a descontinuidade dos acompanhamentos e tratamentos das usuárias(os) deve-se ao fato de não compreenderem sua função e seu funcionamento.

A posição supina que foi referida pela entrevistada M5: “*fiquei de barriga para cima o tempo todo*”, é, segundo a OMS (1996), uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada, de acordo com as evidências científicas. Essa mensagem simbólica transmite à parturiente que ela está enferma, e retira da mulher a liberdade de seguir seus instintos, conforme mencionado pela entrevistada.

Etnólogos confirmam que, através da análise de evidências históricas, existem raças e tribos que não recebem influência do modelo biomédico e as mulheres naturalmente assumem posições verticais dos mais variados tipos e meios de apoio (BALASKAS, 2008).

Outras formas de influência, relatadas pelas participantes, foram revistas, internet, meios de comunicação em geral. As entrevistadas atribuem grande importância às informações colhidas nessas fontes, através das quais tomam conhecimento sobre determinados costumes e percepções:

Com as revistas eu me informava bastante sobre como que era o nascimento, fotos do bebê nascendo. Assistia na TV o canal que mostrava partos, as casas de parto onde as mulheres iam fazer todo o pré-natal e ganhavam na água, na cama naqueles quartos que permaneciam durante o trabalho de parto e ficavam ali mesmo na hora de ganhar com familiar junto, crianças, adultos tudo junto. Eu achava muito interessante. (M1)

Eu olhei muito no youtube parto normal. Eu achei bem legal. Assim, é meio assustador, mais achei legal. Até ali minha decisão era ganhar normal, mas não deu. (M2)

Lia folders, revistas da área sobre maternidade, programas de TV que mostraram o acompanhamento do parto no domicílio, na banheira, mas eu tive duas cesáreas agendadas. (M6)

A entrevistada M1 relata o atendimento oferecido em casa de parto ou centro de parto normal, onde as mulheres fazem todo o pré-natal e dão à luz em posições e locais de sua preferência. A ausência desse tipo de estabelecimento em determinados municípios do Brasil inviabiliza o acesso aos benefícios que esses serviços oferecem. Instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, esses estabelecimentos propiciam às mulheres a assistência ao parto

em sua plena universalidade e têm como uma de suas atribuições o preparo da gestante, através do plano de parto e do desenvolvimento de atividades educativas (BRASIL, 1999). Nesse cenário, o protagonismo de cada mulher na gestação, parto e puerpério, é respeitado, levando em consideração sua individualidade, suas crenças e sua cultura.

A cultura é um todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e aptidões adquiridos pelo homem como membro da sociedade e se faz dinâmica pela recepção das influências externas, resultantes do contato de um sistema cultural com outro, transformação que pode ser rápida e brusca (LARAIA, 2003).

No fragmento da fala da entrevistada M6, pôde-se identificar sua curiosidade pelo período gravídico e parto, e o parto domicílio e na banheira, forma de nascimento que volta a fazer parte dos centros urbanos na atualidade. A influência das matérias veiculadas em uma revista sobre as representações culturais sobre parto mostrou que a revista pode ser um meio de divulgação informal que deveria ser mais bem aproveitado para informar as mulheres sobre seus direitos e as maneiras de reivindicá-los (ROSS; BONILHA et al., 2006).

Um estudo feito por Medeiros (2008) retrata que as mulheres que optam por um tipo de parto fora do hospital relacionam sua escolha às experiências vivenciadas desde o seu próprio nascimento até o momento do parto de seus filhos. Quando as mulheres preparam-se para parir seguindo princípios diferentes dos que a medicina define e trata, a linguagem que utilizam é de integridade com todas as suas partes, inter-relacionadas por um sentimento de realização de algo que seriam capazes de fazer, podendo-se inferir que a experiência do parto confirma ou não na mulher a sua capacidade de colocar uma criança no mundo (MARTIN, 2006).

As mulheres citam somente a figura médica, na consulta de pré-natal e comentam sobre a postura do profissional de saúde que realizou este acompanhamento. Em geral, não receberam nenhuma informação sobre parto:

O obstetra no pré-natal não falava nada sobre parto, só media a barriga, via como estava o coração do bebê e deu. Isso que o primeiro foi particular e os outros também foram assim. (M1)

Quando eu comecei no pré-natal eu comecei com médico particular, ele não falou nada sobre parto e me pediu todos aqueles exames. (M3)

O médico não era muito de conversar, só os exames, ultrasonografia. Não falou sobre outras formas de parto. (M4)

A única coisa que o médico falou é “tu tá preparada?”, “tem certeza já tá aqui, né? Agora é só seguir adiante”, mas não me falaram sobre parto. Fiz todos os exames, quatro ultrasonografias. (M7)

Fiz todo o pré-natal e o médico não me falou nada sobre parto. (M5)

Nesses depoimentos, detectou-se a ausência de diálogo e de orientação sobre o parto. O acompanhamento pré-natal das entrevistadas apontou para o enfoque biológico e tecnicista na assistência prestada, limitando-se à avaliação de batimentos cardíacos fetais, altura uterina e solicitação de exames e avaliação.

Tal atenção fragmenta o cuidado e o sujeito deste cuidado, pois, segundo Martin (2006), desta forma as mulheres não são apenas fragmentadas em partes do corpo como também são alienadas da própria ciência pelas práticas da medicina científica. As práticas obstétricas corroboram com esta alienação, internalizando valores culturais, que transmitem às gestantes a idéia de que não há necessidade de informações sobre os processos fisiológicos do parto (FLOYD, 2009).

Como a medicina obstétrica contemporânea está determinada por pressupostos filosóficos essencialmente masculinos, o parto normal, que tem em seu âmago fenômenos femininos tais como a afetividade, espiritualidade e as emoções, não é compreendido pelos profissionais que controlam o nascimento (JONES, 2004).

Apesar do avanço na luta por igualdade de direitos para as mulheres, a sobrevalorização do patriarcado nos hospitais é perpetuada por médicos, em sua maioria homens, que têm autoridade para reforçar rituais de parto (FLOYD, 2009).

No entanto, os profissionais de saúde, que se inserem no cenário das políticas públicas de saúde da mulher, deveriam atualmente ter como prerrogativa a instrumentalização das mulheres para que sejam efetivamente sujeitos de direito na sociedade, sendo também protagonistas de suas próprias vidas e de seu parto, tomando suas escolhas de modo informado, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2004).

A ausência de informações sobre parto foi constatada na fala das entrevistadas, o que nos faz refletir sobre a atitude desses profissionais com as gestantes e relacionar esse quadro com os altos índices de cesárea da atualidade, entendendo que a ausência de diálogo e informação no pré-natal incapacita a mulher à autonomia. Em um estudo de revisão sistemática que avaliou as informações que as gestantes recebiam sobre a cesariana para solicitá-la, não foi possível detectar os motivos que as levam a solicitar uma cesariana (GAMBLE et al., 2007).

A desinformação sobre as etapas da parturição foi apontada por Pereira (2011) como fator cultural que conduz a uma etapa técnica terceirizada definida, quando o médico assume

o comando e o conduz a partir de sua formação técnica especializada. Para a autora, as mulheres consideram, dessa forma, um sofrimento desnecessário passar pelo trabalho de parto, porque desconhecem sua importância para o organismo e para o bebê.

Deve-se levar em conta a forma, a interação do cuidado entre as mulheres, os profissionais e principalmente o contexto desse cuidado que revela um desequilíbrio de poder que favorece os médicos (GAMBLE et al., 2007).

Conforme Martin (2006), pode acontecer também de as mulheres não estarem preocupadas com a falta de informação, uma vez que elas são direcionadas por pressupostos culturais da superioridade médica. Tais pressupostos estão tão arraigados em sua experiência habitual, nos serviços de saúde, que as impede de perceber as contradições em sua própria atenção à saúde.

Por outro lado, em outra pesquisa com gestantes, constatou-se a necessidade de uma grande demanda por informações, escuta clínica e também a utilização de materiais educativos mais esclarecedores (HOTIMSKY et al., 2002).

Essa demanda por informações vem sendo suprida por outros profissionais de saúde, segundo as entrevistadas deste estudo.

A enfermeira do posto me ajudou bastante, eu tomava sulfato ferroso e ia pegar com ela. Me orientou sobre as vacinas, eu lembro que um pouco antes de ficar grávida eu tinha tomado vacina da rubéola. Então, assim, ela me acompanhou bastante, também eu sempre conversava com ela sobre o parto, os exercícios que era bom fazer. Lá na Casa de Saúde também a enfermagem me ajudou bastante, tava o tempo todo junto me dizendo que “tinha que caminhar para tua dilatação aumentar”, me explicavam onde o nenê ‘tava’. (M3)

O fisioterapeuta, o dentista. A fisioterapia influenciou para o parto vaginal o dentista era homem, então relatou a experiência da esposa dele que tinha sido parto cesáreo. (M6)

Eu fiz todo o planejamento com a enfermeira. Ensinaaram como seria para nascer e logo depois o que eu teria que fazer, que é amamentar o nenê, cuidados com o nenê, cuidados comigo também, preventivo, remédio, pílula, amamentação. Ensinaaram no posto que eu frequento. (M8)

A participação dos profissionais da enfermagem e da fisioterapia foi constatada em atividades de educação em saúde e no atendimento ao trabalho de parto.

Um estudo feito por Gaiva (2003) que destaca o nascimento como um evento pertencente à equipe de saúde, destaca como necessário o engajamento dessas equipes para a humanização do parto e do nascimento, com enfoque na mulher, na criança e na família.

A realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, durante o processo de gestação, parto e nascimento, incide na aprendizagem de compartilhamento de saberes e

práticas promovendo um cuidado de qualidade para os atores envolvidos nesse processo (CHRISTOFFEL, 2003).

A Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem referenda que o enfermeiro generalista também está habilitado a assistir à gestante, parturiente e puérpera acompanhando a evolução e do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia.

Pelloso (2000) concluiu que as taxas de cesárea reduziriam com a capacitação dos profissionais para o parto, com a introdução da enfermeira obstétrica no pré-natal e na realização do parto, bem como com a inclusão de ações de orientação e informação sobre os riscos e os benefícios do parto normal e da cesárea, às mulheres, em atividades de grupo e cursos de gestantes. Embora o número de enfermeiras obstetras atuando no Brasil ainda seja muito baixo, estima-se que o número de partos assistidos por elas é bem superior àquele registrado no SUS (BRASIL, 2001).

Essa assistência também é referendada pela portaria do MS/GM, nº. 2815, de 29 de maio de 1998, em que se inclui, na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra” (BRASIL, 1998, p.23).

A enfermeira obstetra, na busca pelo cuidado integral, e valorizando a mulher como protagonista do processo de nascimento, vem conquistando, também, um espaço no atendimento a partos domiciliares, além de seu papel nas instituições hospitalares (PETER, 2005).

Questionamento e resistência ao modelo biomédico

Nessa categoria, mostram-se os relatos de questionamento e resistência ao atendimento obstétrico, por parte de algumas mulheres, revelando que estas não têm autonomia tanto na decisão sobre o tipo de parto quanto na escolha por quem querem que lhes acompanhe em seu parto.

As participantes questionam as situações impostas pelos profissionais que representam o modelo biomédico. Uma entrevistada que queria o parto normal apresentou-se encorajada a protestar contra este modelo, trocando de médico quando não teve a sua opinião respeitada conforme na fala.

(...) Outro fato que me deixou frustrada foi quando eu iniciei o pré-natal eu disse que queria parto normal o médico ficou bravo e foi bem mal educado e perguntou o que eu estava fazendo lá então. Fui embora, não fiz mais pré-natal com ele, fui para o SUS. Eu me senti invadida. (M3)

Outra entrevistada questiona a falta do acompanhante de sua preferência no parto: *Eu gostaria que o meu marido ‘tivesse’ junto. (M1)*. Em um estudo realizado por Prado Junior (2008), constatou-se que a presença de familiares no processo de nascimento é visto por 100% das entrevistadas como primordial. Para Balaskas (2008), o sentimento relatado por homens que já acompanharam suas mulheres em trabalho de parto é o de plenitude, em nenhum momento o instinto de fêmea fala tão alto, é o renascimento de uma nova mulher.

Suas falas chamam a atenção, também, para a importância de a mulher poder exercer mais liberdade e participação ativa, com a possibilidade de escolher se quer tomar banho ou não, se quer ficar na água, sentar na bola. Também é questionado por elas o uso da ocitocina e a falta de respeito a sua privacidade pelo fato de estarem presentes pessoas assistindo ao seu parto, sem prévio pedido de autorização, o que denota desrespeito a sua autonomia no processo.

Eu gostaria de ser mais orientada. Então quanto mais natural pudesse ser para mim melhor, escolher se quer tomar banho ou não, se quer ficar na água, sentar na bola. Sou contra a ocitocina. E me colocaram o soro com ocitocina e eu disse “mas para quê colocar, se eu já to quase ganhando? Só para me dar uma dor mais forte e realmente deu”(M1)

Tinha uns 7 ou 8 alunos que estavam lá e que queriam assistir um parto, pessoas que eu nunca tinha visto olhando o meu parto. Eu acho que tudo foi muito forçado. Os alunos assistiram ao meu parto, ninguém me perguntou se eu queria que assistisse. (M3)

A mulher em trabalho de parto precisa de privacidade para se sentir mais segura. Porém, em muitos locais de atendimento público isso não é devidamente cuidado, sendo negligenciada a cultura do sujeito, que envolve seus valores, percepções, necessidades e medos (ODENT, 2003).

A postura do profissional em não aceitar a opinião das usuárias é denominada por antropólogos como “pensamento etnocêntrico” ou “sistema fechado de cognição”. O etnocentrismo é um sistema acentuado por rituais que os representam e os sustentam (FLOYD, 2009). Sabem os etnocentristas da existência de outro saber e crenças, mas estão absolutamente seguros de que seu modo de pensar é melhor e, por isso, ignoram idéias contrárias às deles, e consideram esses diferentes modos de pensar uma ameaça. A entrevistada destaca esta postura:

Acho que os médicos são muito apressados. Deveriam deixar mais a natureza agir por conta, o bebê se encaixar no lugar certo, deixar a mãe de forma mais natural possível. (M1)

Um princípio básico do modelo de atendimento tecnocrático, que vem ao encontro da forma de pensar e agir do pensamento etnocêntrico, é a autoridade e responsabilidade do profissional e das instituições de saúde sobre a pessoa. Nesse contexto, é mais confortável para a usuária abdicar de sua preferência pessoal em favor da opinião médica (FLOYD, 2004).

Esse fato foi constatado nas entrevistas que apontavam para a resistência ao modelo biomédico, porém, através de uma percepção passiva da realidade, como a sensação meio vaga de que alguma coisa está errada e cuja mudança não está ao seu alcance, ou não depende apenas de sua vontade e ação. A mulher parece não estar ciente da fragmentação subliminar da atenção ao parto hospitalar, como se o “eu” e o “seu corpo” fossem separados e que nascimento fosse parte de uma produção. A tática mais eficiente descrita por Martin, quando utiliza a analogia entre operários e mulheres dando à luz, é a mulher tornar-se patrão de si mesmo, isto é, dando à luz em seu domicílio, onde elas são donas da fábrica e podem ter total controle sobre o processo de produção e sobre seu corpo (MARTIN, 2006).

Percepções das mulheres sobre o motivo da indicação da cesárea

Buscaram-se, juntamente às mulheres do estudo, indicações e motivações, de acordo com seu entendimento, para a realização de cesariana. A seguir é apresentada a ausência de dilatação, a presença ou não de contrações e as cesáreas eletivas como indicativos para a ocorrência do procedimento cirúrgico:

Eu induzi porque não tinha dilatação, eu só tinha contração. Eu não tinha nenhum outro problema (...), fiquei frustrada. Eu queria parto normal, só não tive porque meu parto foi induzido. (M2)

Porque não tinha dor, não tinha dilatação e tava muito em cima. (M5)

Se tivesse entrado em trabalho de parto tudo bem, daí ia ficar pro parto, como não tinha, foi para cesárea. (M6)

Fizeram uma junta médica lá no hospital e os médicos falaram com a minha mãe, pois eu era ‘de menor’, ela autorizou para fazer uma cesárea antecipada porque eu já ‘tava’ em trabalho de parto, só que eu não tinha dilatação (...) (M8)

Um dos motivos alegados pela entrevistada M6 foi ter sido submetida a uma cesárea eletiva por não ter entrado em trabalho de parto, tendo também a falta de informação apontada sobre outras formas de nascimento.

O descontentamento por não ter vivenciado o parto normal foi narrado com frustração pela entrevistada M2. A indução do parto e a presença de contrações apontadas por ela como fatores indicativos para realização de cesárea estão associadas ao aumento da taxa de nascimento pré-termo e de baixo peso.

Na maioria das sociedades atuais, o meio cultural, propagado pelos profissionais médicos, interfere nos processos fisiológicos do nascimento. O motivo para o aumento dos índices de cesáreas é verdadeiramente devido a uma falha universal e quase cultural no entendimento das necessidades básicas das mulheres (ODENT, 2004).

Nessa direção, as consequências de risco aumentam tanto para a parturiente quanto para o feto. A taxa de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em um estudo feito na Austrália com gestantes de baixo risco, demonstra que as chances de internação em mulheres que fizeram cesárea eletiva, sem entrar em trabalho de parto, aumentam em 15,4% em gestações de 37 semanas, 12,1% em gestações de 38 semanas e 5,1% para as mulheres com 39 semanas gestacionais (TRACY et al., 2007).

Os prejuízos aos recém nascidos prematuros não se apresentam somente no momento do nascimento, são mais duradouros, acompanham-nos na vida futura, provocando problemas de saúde e colocando-os em desvantagem em relação aos que nasceram de parto vaginal (TOMASHEK et al., 2007; SWANY et al., 2008).

Ao final da gestação, a mulher pode apresentar algumas vezes contrações, permanecendo, entretanto, descoordenadas, sem a dilatação da cérvix uterina, o que se denomina “falso trabalho de parto”. Essa situação pode levar o profissional de saúde a realizar uma admissão precoce da gestante na maternidade e, com isso, realizar intervenções desnecessárias como, por exemplo, uma indução do parto sem indicação ou uma cesariana (BRASIL, 2001).

Os partos induzidos e outros fatores como monitoramento fetal contínuo e uso frequente de anestésicos peridurais são aspectos da industrialização do parto que tem como consequência a falta de entendimento da sua fisiologia (ODENT, 2004).

Em um estudo na Escócia, constatou-se que 20% das puérperas que se submeteram à cesariana não receberam orientação sobre o motivo da indicação da cesárea e 16% tinham somente uma idéia parcial da indicação. A forma e o momento inadequado de informar sobre a indicação da cirurgia podem acentuar a dificuldade de as mulheres entenderem e compreenderem essas informações, (HILLAN, 1992) como se pôde perceber na fala das entrevistadas:

E da segunda gravidez daí foi direto o agendamento da cesárea, mas eu não tive outras informações de outras formas de nascer ou em domicílio ou em banheira. Não, nada disso. (M6)

(...) aí eles anteciparam a cesárea. Depois eu descobri que foi porque o meu marido faleceu. (M8)

Outra pesquisa mostra que a justificativa dada por 61 mulheres para a realização da cesariana foi discordante da indicação médica em 47,5% dos casos. Tenciona-se o fato de que ignorar a indicação de cesárea pela mulher pode dificultar a condução para um parto normal posterior e as complicações advindas (OLIVEIRA et al., 2002).

Uma das maiores preocupações associadas à cesariana, além dos vários problemas inerentes a um procedimento cirúrgico, é o seu impacto e risco na saúde reprodutiva futura da mulher, como predisposição a inserção anormal da placenta em futuras gestações (LEE; D'ALTON, 2008).

O maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto e remoção manual de placenta, também é relacionado a mulheres que já se submeteram a uma cesariana prévia (TAYLOR et al., 2005).

Segundo o relato das entrevistadas, não foram apresentadas indicações para a cesárea condizentes ao que as evidências científicas preconizam na literatura da área. Outro fato apontado através na fala das entrevistadas foi o agendamento prévio da cirurgia no pré-natal: “A cirurgia estava agendada já no pré-natal.” (M4). “Estava agendada a cesárea no pré-natal.” (M6).

Os inúmeros efeitos prejudiciais, tanto para a mulher quanto para o feto/neonato, da cesárea sem indicações são comprovados pelo conhecimento científico atual. A síndrome da angústia respiratória do recém-nascido desponta com uma das principais causas de morbimortalidade perinatal (MADAR, 1999).

As pacientes submetidas a cesarianas agendadas sem indicações apresentam morbidade e mortalidade maior quando comparadas a pacientes que realizaram o parto normal (HALL, 1999; LILFORD et al., 1990).

A respeito do motivo da indicação da cesárea um estudo constatou que a maioria das mulheres demonstra certa passividade frente ao médico na decisão pelo parto cirúrgico (FIGUEIREDO, N. et al., 2010).

Essa conduta relaciona-se com os elevados índices de cesáreas desnecessárias no Brasil. Buscando reverter esse quadro, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), em iniciativa conjunta, elaboraram um protocolo sobre o tema indicações de cesáreas, intitulado Projeto Diretrizes (PD). São objetivos desse trabalho:

conciliar informações sobre o tema, no sentido de estimular a prática da medicina baseada em evidências; analisar individualmente as indicações de cesariana com base nas evidências científicas da literatura; promover uma diminuição das taxas de cesariana (PROJETO DIRETRIZES, 2002).

Os desvios éticos decorrentes dessa conduta não levam em consideração a saúde das mulheres. Há a necessidade constante de atualização e capacitação dos profissionais médicos e demais conseqüências possíveis dessa atitude (HADDAD et al., 2011).

Nesse contexto, destaca-se um estudo realizado com docentes do Departamento Materno- Infantil do Hospital Universitário de São José do Rio Preto, que constatou a valorização da cesárea, em detrimento ao parto vaginal, concorrendo para a disseminação da cultura subjacente à desmobilização dos alunos e profissionais médicos para a realização do parto normal (MORAES; GOLDENGERG, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentar traduzir sob a forma de pesquisa a compreensão de como a cultura influencia no processo de parturição da mulher, finalizo este estudo, com o vislumbre de que o objeto escolhido foi pleno de possibilidades para entender e, sobretudo, para ampliar as propostas e a pesquisa nessa área de estudos. Encerro este trabalho com a certeza de que foi uma etapa necessária em minha vida profissional e muito importante para o meu crescimento pessoal e acadêmico.

Como mencionado anteriormente, a inquietação frente à fragilidade das parturientes ao se submeterem, sem questionamentos, a todos procedimentos e intervenções da equipe obstétrica, apresentou-se como uma das justificativas da realização deste trabalho, através da questão norteadora: “qual a participação da cultura nos saberes e as práticas das mulheres em relação ao processo da parturição?”

Esse estudo abriu espaço para que mulheres falassem de um período em suas vidas extremamente íntimo e especial, permitindo-lhes ampliar a visão acerca dos determinantes socioculturais envolvidos nesse momento. O estudo foi realizado fora do período gravídico puerperal, justamente para tentar captar delas o que realmente ficou de significativo dessa fase, sem interferência ou expectativas de quem está passando pelo turbilhão de emoções que acompanham o processo da parturição.

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou perceber que o parto, enquanto um dos momentos da vida da mulher de grande importância, nem sempre é compreendido e entendido dessa maneira por elas.

Da mesma forma, observou-se que a vivência das mulheres em seu processo de parturição é percebida de modo diferente por cada uma, algumas vezes de forma positiva e outras de forma negativa. A forma da mulher vivenciar esse processo depende de fatores individuais e, principalmente, de representações culturais da realidade social a que ela pertence.

A abordagem negativa do estudo referida por algumas mulheres manifestou o desconhecimento sobre a fisiologia do parto, estando intrinsecamente relacionado ao modelo fragmentado em partes do corpo, perpetuado pelas práticas da medicina científica, dominantes na sociedade.

As mulheres não estão conscientes dessas circunstâncias e reproduzem essa forma de fragmentação, de que o útero é um músculo involuntário e de que o parto é um processo ao qual têm de se submeter, causando uma sensação muito marcante de fragmentação e objetificação nas mulheres que sofreram uma cesárea, conforme constatado no estudo.

Por outro lado, a abordagem positiva apontada por elas dignifica a responsabilidade por uma nova vida e a emoção do nascimento, entendendo-o como uma oportunidade de crescimento psicológico e de resgate espirituais.

Na percepção das mulheres sobre o parto desejado, há divergências de opinião em relação ao tipo de parto vivenciado por cada uma. As mulheres que desejaram e vivenciaram o parto normal relatam o evento como parte de uma jornada interior e exterior, que envolve sentimentos íntimos, uma experiência física profunda e intensa de algo que elas são capazes de realizar, compreendendo que o significado de ser mãe é ter a capacidade de passar pela experiência do trabalho de parto e do parto natural.

Em contrapartida, o significado da vivência das mulheres que não desejaram ou realizaram a cesárea, assemelha-se ao processo de produção industrializada em nossa sociedade, em que as atividades são realizadas e determinadas inteiramente pela figura do médico e dos hospitais, e não por elas. Percebeu-se que o papel principal do parto, que seria da parturiente, foi assumido por essas figuras que estão no controle, pois as mulheres não se sentiam prontas ou capazes de tomá-lo para si.

Identificou-se que a via de parto desejada pela maioria das entrevistadas foi o parto normal, mas as que não conseguiram realizar esse desejo, foi devido à influência e às intervenções recebidas do médico. Os argumentos que influenciaram o desestímulo da realização do parto normal foram a necessidade de realização de laqueadura tubária, e a falta de informação sobre métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor.

Cabe ressaltar que as mulheres que desejaram o parto normal e conseguiram parir por esta via sentiram segurança e confiança na experiência do trabalho de parto, não sendo identificando nenhum sinal perceptível em suas palavras relacionado à incapacidade de fazê-lo, podendo, assim, vivenciá-lo ativamente. Outros aspectos importantes a serem ressaltados foram a rapidez da recuperação e a volta às atividades diárias, o desejo de serem acolhidas pelos profissionais nas suas demandas e o direito à informação clara e ética.

Sobre o poder de decisão do médico quanto ao tipo de parto, constataram-se divergências de opinião. As entrevistadas afirmaram que o médico tem o poder de decisão sobre a escolha do tipo de parto, porém algumas não estão de acordo com esta conduta,

defendendo que a decisão deveria levar em conta a opinião da mulher, uma vez que é ela que está sentindo e passando pelo processo.

Conforme expressam as entrevistadas, elas aceitaram essa atitude, por parte dos profissionais, mas sentiram que algo em relação a isso poderia ter sido mudado. Elas incentivam a mudança das atitudes que colocam a mulher em posição desprivilegiada no parto.

Outro aspecto destacado no estudo foi como se dá a construção cultural do processo parturitivo das mulheres. Pôde-se constatar que o significado positivo evidenciado pelas mulheres do convívio das entrevistadas, principalmente pela figura materna, proporcionou um parto enriquecedor às entrevistadas e exerceu influência na preferência por parto normal. Outras, no entanto, descrevem que se atribuiu significado negativo pelas mulheres do convívio, o que provocou medo, ansiedade e insegurança às entrevistadas, durante a experiência do seu parto.

Assim, confirma-se que o parto não pode ser entendido e reduzido somente ao aspecto biológico, pois a partir da transmissão de conhecimentos interrelacionais constatados nesta pesquisa, pode-se compreender que a cultura influencia no processo de parturição das mulheres. E há que se considerar essa influência quando se presta cuidado às parturientes.

O conteúdo de revistas, da internet, dos meios de comunicação em geral, além das informações repassadas por vizinhos constituem outro fator de notável influência nesse construto imaginário. As experiências relatadas denotam que essas formas de construções culturais servem para expansão do conhecimento sobre o assunto. Isso deixa claro que as mulheres, muitas vezes, estão conscientes de sua falta de autonomia e buscam visões alternativas sobre como o seu parto poderia acontecer.

As visões alternativas citadas por elas foram o nascimento em casa de parto e no domicílio, formas de assistência consideradas na atualidade como humanizadas por ativistas do parto normal de todo o mundo e pelas organizações governamentais e não governamentais, que trabalham em prol da humanização do parto e nascimento, tendo como objetivo devolver à mulher o protagonismo na sua gestação, parto e pós-parto.

No relato das mulheres é citada somente a figura médica, na consulta de pré-natal, e elas falam que esse profissional não forneceu efetivamente nenhuma informação sobre parto. Tal postura silenciosa por parte desse profissional pode estar influenciando a fácil aceitação de uma cesárea desnecessária, fato esse comprovado pelo tipo de parto de maior incidência das mulheres deste estudo.

As atividades desenvolvidas durante as consultas de pré-natal foram ações de cunho puramente biológico, tecnicista e fragmentado, como constatado na forma reduzida de assistência prestada que se limita à solicitação de exames e à avaliação obstétrica de batimentos cardíacos fetais e altura uterina.

As mulheres citam o atendimento da enfermeira na vivência do parto bem como na gestação, o que deflagra sua importância nesse processo, pois tal profissão se constitui como uma das maiores estratégias que visa melhorar a assistência obstétrica no Brasil, e exerce um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Da mesma forma, a fisioterapia também foi citada como ponto de incentivo à escolha do parto normal.

O significado de parto, celebrado por algumas mulheres do estudo, abrange o questionamento e a resistência aos pressupostos culturais subjacentes ao modelo biomédico atual, discordando de práticas que vivenciaram no parto, consideradas desrespeitosas. Ponto comum em suas falas foi a auto-percepção de resistência à passividade, imposta pela prática médica.

Foi demonstrado pelas mulheres claro desagrado por algumas práticas que retiram da mulher a sua autonomia no processo da parturição, tais como: coibição do acompanhante no trabalho de parto e no parto, invasão de privacidade com a entrada de pessoas estranhas para assistir ao parto, sem licença da parturiente e a falta de autonomia na escolha da via de parto normal.

A privação dessa escolha acarretou a prática de cesáreas desnecessárias, na maioria das mulheres deste estudo. Um dos principais motivos para a realização das cesáreas foi apontado como a falta de dilatação das gestantes, simplesmente pelo fato de não estarem em trabalho de parto, quando admitidas na maternidade.

Confesso que, ao término deste trabalho, muitos pressupostos que faziam parte dos meus questionamentos foram esmaecidos, pois esperava encontrar mulheres alienadas à medicalização e à patologização do processo da parturição, e foi surpreendente o depoimento de algumas das entrevistadas, que demonstraram estar buscando novas formas de conhecimento e de vivência deste momento tão especial em suas vidas, não obstante estarem inseridas em um modelo tecnicista de assistência.

As entrevistadas questionam as práticas como se apresentam atualmente e isso não significa que refutem os proveitos tecnológicos quando necessários, mas defendem a passagem a outro tipo de cultura, em que possam exercer mais liberdade e ter participação ativa no processo da parturição.

Alguns significados atribuídos pelas mulheres quanto à preferência pela cesárea e a percepção de que o parto normal é muito mais arriscado explicitam resquícios do discurso médico dominante. Também se revelou no estudo que as pacientes não receberam informações acerca dos riscos advindos deste procedimento cirúrgico sem indicações. Portanto, a ausência de informação sobre parto, que deveria ser repassada pelo médico, foi uma constatação neste estudo.

O trabalho configurou-se um exercício instigante na medida em que o encadeamento reflexivo da análise, a partir das contribuições teóricas advindas dos estudos culturais, de gênero e corpo, foi apontando que esse profissional de saúde produz significado no modo como o parto é vivenciado pelas mulheres.

Respondo, ao final destas considerações, ao questionamento inicial do estudo, constatando que a cultura participa dos saberes e das práticas das mulheres em relação ao processo da parturição. Porém, algumas mulheres estão buscando reinterpretar esta cultura, por meio de novas formas de vivenciar e de burlar o sistema de saúde obstétrico vigente, que oprime, tira-lhes o poder, e impõe silêncio, sob a égide da proteção.

As mulheres querem ser respeitadas, ter direito à privacidade em seu parto, ser ouvidas e informadas com transparência e ética, ter espaço para expressar suas escolhas e agir conforme suas necessidades, poder gritar, escandalizar caso desejem; querem ainda ter assistência de boa qualidade sem julgamentos e livre de práticas rotineiras que as instituições obstétricas impõem sem nenhum benefício para a mãe e o bebê.

Se essa é a forma para encontrar significado ao desejo das mulheres, ela difere, e muito, da “pessimização” do parto, que alguns grupos de profissionais reproduzem em uma cesárea desnecessária ou em um parto normal medicalizado para finalizar um começo de vida.

Cabe a nós, profissionais de saúde, mulheres, homens sairmos dessa zona de conforto que a sociedade atual nos enquadrou e começarmos a entender que a mudança de paradigmas de assistência em todo o processo da parturição está associada a cidadãos e cidadãs conscientes e sujeitos da sua própria história.

A enfermagem tem uma responsabilidade muito grande em todo esse processo e não pode eximir-se dela, pois somos uma categoria profissional juntamente com a medicina que tem o respaldo na lei do exercício profissional na assistência à parturiente e ao parto normal. Os enfermeiros têm a formação de não intervir no processo da parturição, isto é de deixar a fisiologia agir e é isto que temos que buscar a reconstrução dessa cultura sem intervenções no parto normal das mulheres.

Precisamos fazer valer esse direito legal, para que como profissionais do cuidado que somos, possamos proporcionar o cuidado de oferecer como um direito à mulher, o protagonismo no seu parto.

O reconhecimento da mulher como protagonista do seu parto é elemento primordial para os profissionais poderem compreender os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto e assumirem uma nova postura de atenção. Assim encerro, destacando que os múltiplos aspectos que permeiam a vivência das mulheres precisam ser observados quando se presta assistência durante o processo da parturição.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M. **A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.** Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro Oeste (UNB, UFG, UFMS), Goiânia, 2009.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (Brasil) **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf> . Acesso em: 11 ago. 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:** RN 167/08 / Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

BALASKAS, J. **Parto Ativo:** guia prático para o parto natural. Tradução: Adailton Salvatore Meira. 2. ed. São Paulo: Ground, 2008.

BARAK, E. M.; ALAN R. H.; e NILS J. B. Should Neonates Sleep Alone?. Society of Biological Psychiatry. *Revista **Biological Psychiatry***, 2011.

BARROS, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*, v.365, n.9462, Mar. 5-11, p.847-54, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 7. ed. Portugal: Edições, 1977.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade.** Tradução de Floriano de Souza Fernandes. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1976.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. Fatores interferentes no comportamento de parturientes: enfoque na Etnoenfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n.6, p.698-702, nov./dez., 2005.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-americana Enfermagem**. maio/jun; 14(3):414-21, 2006.

BUSANELLO, J; COSTA K. P; PINHO, E. **Humanização do Parto e do Nascimento: os desafios para a implementação do programa do Ministério da Saúde**. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 7 a 10 dez., Fortaleza: Ceará, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984.

_____. Lei nº 7.498/86. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

_____. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem e da outras providências**. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.108**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.html>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Resolução nº. 196, sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2815, de 29 de maio de 1998 - **Institui o procedimento do parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p.47-8, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°. 2883, de 04 de junho de 1998 - **Institui o Prêmio Nacional Profª Galba de Araújo**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 24 de 05/06 de 1998a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.html>>. Acesso em: 29 nov. 2011

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 985 /GM. **Institui as Casas de Parto ou Centro de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 ago., 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n°. 466, de 14 de junho de 2000 - **Estabelecer como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 115-E, Poder Executivo, Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n°. 569, 570, 571, 572 /GM. **Estabelece o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jun., 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher**. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento familiar**: Manual Técnico-4. ed; Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **I Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, DF, 2006b.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres.** Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC, nº. 36, de 03 de junho**, dispõem sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal - Brasília - DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada 2008.** Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/** Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estatísticas de partos no Brasil.** Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília, DF, 2011.

BUDÓ, M. L. D. et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1, p. 36-43, 2007.

BUSANELLO, J; COSTA K. P; PINHO, E. **Humanização do Parto e do Nascimento: os desafios para a implementação do programa do Ministério da Saúde.** CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61. - 7 a 10 dez. Fortaleza: Ceará, 2009.

CERVO, A.; BREVIAN, P. A. **A Metodologia Científica.** São Paulo: Mc. Graw-Hill, 1983.

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

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural do processo de parir.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

DECLERCQ, E.; MENACKER, F. ; MACDORMAN, M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. **BMJ**, v.330, n.7482, Jan 8, p.71-2, 2005.

DIAS, M. A. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**; 13(5): 1521-1534, set./out., 2008.

DINIZ, C. S. G. **Direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina USP, 2. ed., 2003.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado). São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP, 2001.

DOU. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Seção 1, nº 147, 2 de agosto de 2011. p. 34. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS: **Resolução normativa nº 262 de 1º agosto de 2011**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=02/08/2011>> Acesso em: 02 ago. 2011.

ELSEN, I; SOUZA, A. I. J; MARCON, S.S. **Enfermagem à Família**: dimensões e perspectivas. Maringá. p. 257-267. Eduem, 2011.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, jun., 1991.

FIGUEREDO, L. G. M. Consequências causadas pela aplicação de ocitocina na indução de partos. Superartigos (online), 2010. Disponível em: <http://www.artigos.etc.br/consequencias-causadas-pela-aplicacao-de-ocitocina-na-inducao-de-partos.html> . Acesso em: 15 nov. 2011.

FIGUEREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.

FLOYD, D. R. **The technological model of birth**. J. Am Folklore 100, p. 479-495, 1987.

FLOYD, D. R.; JOHN, St. G. **Del medico al sanador**. Tradução de Lauren Showe e colaboradores. Buenos Aires: Fund. Creavida, 2004.

FLOYD, D. R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento**. Tradução de Jaqui Zieler, Magui Cadot e Graciela Cobe. Buenos Aires: Fund. Creavida, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FREITAS, P. F, et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, 39: p. 761-7, 2005.

GAIVA, M. A. M; TAVARES, C. M. O. Nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, out./dez; 12(4):569-75, 2003.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(11):2480-2488, nov. 2009.

GAMBLE, et al. A critique of the literature on women's request for cesarean section. **Birth**, v.34, n.4, Dec, p.331-40, 2007.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4 ed. 9, reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GUALDA, D.M.R; BERGAMASCO R.B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, p.221- 240, 2004.

HADDAD, S. El. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. 33(5): 252-62, 2011.

HALL, M. H.; BEWLEY, S. Maternal mortality and mode of delivery. **Lancet**; 354:776. 1999.

HELMAN, G. C. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HILLAN, M. Short-Term Morbidity Associated with Cesarean Delivery. *Birth*; v. 19, Issue 4, pages 190–194, Dec., 1992.

HOPKINS, K. **Are Brazilian Women Really Choosing to Delivery by Cesarean?** *Soc Sci Med*; 51(5):725-40, 2000.

HOTIMSKY, S.N, et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de saúde pública**, set./out. 18(5):1303-1311, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro Geografia e estatísticas. **Cadernos de Informação de Saúde**: Ministério da Saúde, 2009.

IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento/ coordenação**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007.

JONES, R. **Memórias do homem de vidro**: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre. Idéias a Granel, 2004.

PRADO JUNIOR, P. P. **Da concepção ao nascimento**: Práticas Educativas na assistência à mulher no período gravídico e puerperal. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário Plíneo Leite - Unipli Niterói, 2008.

KRUNO, R. B, BONILHA A. L. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); dez;25(3):396-407. 2004.

LANDERDAHL, M. C., et al. Contribuições de um núcleo de estudos na consolidação de políticas públicas para as mulheres. REUFMS. **Revista de Enfermagem da UFSM** - jan/abr; 1(1):71-79, 2011.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; p. 21-40, 2003.

LEE, Y. Mi ; D'ALTON, M. E. Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. **Clinics in Perinatology**, v.35, n.3, Sept, p.505-18, x, 2008.

LEININGER, M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**, New York (US): National League for Nursing Press; 1991.

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. (Dissertação) Mestrado em Bioética. Universidade de Lisboa; Faculdade de medicina; Departamento de Bioética; 2010.

LILFORD, R. J. et al. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. **Br J Obstet Gynaecol**; 97:883-92, 1990.

MACDORMAN, et al. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. **Birth**, v.33, n.3, Sept., p.175-82, 2006.

MACHADO, E. G. C. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MADAR, J; RICHMOND S; HEY, E. Surfactantdeficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. **Acta Paediatr**. v. 88, p. 1244-8, 1999.

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

MARTIN, E. **A mulher no corpo - uma análise cultural da reprodução**. Tradução: Júlio Bandeira. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

MARTINS, C. S.; RAMOS, J. G. L. A questão das cesarianas. **Rev. Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v.27, nº 10. Rio de Janeiro, 2005.

MCCOURT, et al. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. **Birth**, v.34, n.1, mar, p.65-79, 2007.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I.M.M; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc Anna Nery. Rev Enfermagem**, dez, 12(4): 765-72, 2008.

MELCHIORI, et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação psicologia**; 13(1):13-23, jan./jun., 2009.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2004.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2008.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** (Dissertação) Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1994.

MONDARDO, S. **Proposta de reestruturação dos serviços da Unidade de Atenção à Saúde da Vila Kennedy.** Santa Maria.RS. UFSM. Santa Maria, 1993.

MORAES, M. S; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 17 (3):509-519, maio./jun., 2001.

MORELL, M. G. G; MELLO, A. V. **A Declaração de Nascido Vivo no Estado de São Paulo: alguns resultados.** Informe Demográfico, SEADE, 29:201-331, 1995.

MURTA, et al. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants?. São Paulo; **Medical Journal**, v.124, p.313-315, 2006.

ODENT, M. **A Cesariana.** Tradução de Maria de Fátima de Madureira. Florianópolis: Saint Germain, 2004.

_____. **A cientificação do Amor.** Tradução de Marcos de Noronha e Talia Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2000.

ODENT, M. **O camponês e a parteira: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.** Tradução de Sarah Bailey. São Paulo: Ground, 2003.

OLIVEIRA, et al. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.10, n. 5, p. 667-674, set./out., 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura** - assistência ao parto normal, 2009. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2010.

_____. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: Um guia prático de saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: A Saúde; 1996.

OPAS. **III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas**. Atas resumidas. Santiago de Chile, 2ª, 9 de octubre de 1972. Doc. Oficial, nº. 123, sept., 1973.

PELLOSO, S. M; PANONT, K. T; SOUZA, K. M. P. Opção ou imposição! Motivos de escolha da cesárea. **Arq. Ciênc. Saúde**, UNIPAR, 4(1): 3-8, 2000.

PEREIRA, W. R. **Poder, Violência e Dominação Simbólicos nos Serviços de Saúde**. Ribeirão Preto, 175p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres **Saúde sociedade**. v.20, n.3, São Paulo, july/sept., 2011.

PETER, A. P. C. **O Cuidado Cultural no Processo de Ser e Viver da Mulher, Recém-Nascido e Família que Vivenciam o Parto, no Domicílio e no Hospital, com Ênfase no Contexto Domiciliar**: abrindo novos caminhos para a enfermagem. (Trabalho de Conclusão de Curso) Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ**. 323: 1155-8, 2001.

_____. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. **Birth**. 35: 33-40, 2008.

PROGIANTI, J.M; BARREIRA I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. 9: 91-7. **Revista Enfermagem UERJ**, 2001.

PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Cesarianas indicações**, 2002.

RAMOS, J. G. L et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 25 (6): 431-6, 2003.

REBELO, F. et al. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. **Acta Obstet Gynecol Scand.** 89: 903-8, 2010.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem:** Um estudo na perspectiva cultural. Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2003.

RESSEL, L. B., et al. A influência da família na vivência da sexualidade. **Revista Esc Anna Nery** (impr.) abr./jun; 15 (2):245-250, 2011.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, B. A.C. **Obstetricia Fundamental.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSS, L. L.; BONILHA, A. L. de L.; ARMELLINI, C. J; et al. Representações culturais sobre parto e nascimento. SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 26, **Revista do HCPA**, 26 (Supl 1): 1-267, 2006.

SABATINO, H. Resposta ao polêmico artigo **Cesariana:** a polêmica das taxas, escrito por Raphael da Câmara Medeiros Parente (Médico do Ministério da Saúde - HSE; Doutor em Ginecologia - UNIFESP; Mestre em Epidemiologia - UERJ) e publicado no Jornal do CREMERJ – p. 8 e 9, maio de 2009. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=891&Itemid=204>. Acesso em: 06 dez. 2010.

SANTOS, M. L. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento:** um modelo teórico. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCAVONE, L. **Impacto das Tecnologias Médicas na Família.** Saúde em Debate, nº.40, p.48-73, set., 1993.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S. ; SANTOS, J. M. ; VARGENS, O. M. C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**, 13:245-51., 2005.

SILVA, L. R. A. Experiência na Casa de Parto Mohri-Japão. **Revista de pesquisa:** Cuidado é fundamental, online, set./dez. 1 (2): 288-298, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/359/367>>. Acesso em: 13 out.2011.

SWAMY, et al. Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. **JAMA**, v.299, n.12, Mar. 26, p.1429-36, 2008.

TAYLOR, et al. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. **Medical Journal of Australia**, v.183, n.10, Nov. 21, p.515-9, 2005.

TEDESCO, P. R. et al. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.26, n.10, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004.

TEIXEIRA, Z. N. F.; PEREIRA, R. W. Parto Hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 11. Rio de Janeiro, 2006.

TELINI, D. M. T. Z. **Cesáreas e partos normais em gestantes com baixo risco obstétrico: características maternas e repercussões neonatais** (Tese). Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2000.

THE LANCET. **Saúde dos Brasileiros**, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2011

TOMASHEK, et al. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. **Journal of Pediatrics**, v.151, n.5, nov, p.450-6, 456, 2007.

TRACY, S. K. et al. Admission of term infants to neonatal intensive care: a population-based study. **Birth**, v.34, n.4, dec, p.301-7, 2007.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde-materno infantil: impacto político social e inserção da enfermagem**. RJ: EEAN/UFRJ, 1995.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.. O Processo de Desmedicalização da Assistência à Mulher no Ensino de Enfermagem. **Rev. Enferm. USP**; 38: 46-50, 2004.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
VIEIRA, E. M. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: RJ: Ed. Fiocruz, 2002.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS). **Dados Epidemiológicos do Número de Partos no Município de Santa Maria - RS**, 2011.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and Perinatal health in Latin America. **Lancet**. 367(9525):1819-29, 2006.

_____. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, v.335, n.7628, Nov. 17, p.1025, 2007.

ANEXOS

Anexo A - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
---	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A influência da cultura no processo da parturição

Número do processo: 23081.018749/2010-36

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0317.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Lúcia Beatriz Ressel

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro /2012 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 04/01/2011

Santa Maria, 05 de Janeiro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

Anexo B - Autorização Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
---	--

PARECER PROTOCOLO DE PESQUISA

Protocolo CEP-UFSM: 23081.018749/2010-36 **CAAE:** 0317.0.243.000-10
Data entrada CEP: 23/11/2010 **Data do parecer CEP:** 15/06/2011
Data encaminhamento CONEP (caso necessário): / /

IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto: A influência da cultura no processo da parturição
Pesquisador Responsável: Lúcia Beatriz Ressel
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria.
Unidade/Órgão: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem
Área Temática: III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

OBJETIVOS DO PROJETO (Descrever os objetivos e metas do projeto)

Geral:

Compreender como a cultura influencia no processo de parturição da mulher.

Específicos:

1. Conhecer como se dá a construção cultural do processo parturitivo da mulher.
2. Conhecer a vivência das mulheres no seu processo de parturição.
3. Identificar a via de parto que as mulheres desejam e a via de parto realizado na sua vivência.

RESUMO (Descrever o objeto de pesquisa, justificativa, condições de realização, aspectos metodológicos, cronograma, orçamento e financiamento)

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, na qual os sujeitos serão 5 (cinco) mulheres em idade fértil, uma de cada região sanitária do município, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano. Os critérios de inclusão e exclusão estão descritos e a coleta de dados se dará através de uma entrevista semi-estruturada elaborada pelas pesquisadoras, contendo questões fechadas para caracterização do grupo em estudo, e questões abertas para aprofundamento dos dados e a obtenção de respostas relacionadas a vivência das pessoas. Esta entrevista será gravada e, após os dados serão analisados seguindo metodologia de análise temática descrita em detalhes no corpo do projeto. Não há referência sobre cálculo amostral para determinação do número ideal de sujeitos para este tipo de estudo.

O cronograma está bem elaborado, com coleta de dados prevista para iniciar em janeiro de 2011.

Em relação ao orçamento a previsão de gastos é baixa (R\$ 216,00), custeados integralmente pela aluna pesquisadora.

CONSIDERAÇÕES (Comentários gerais sobre o projeto: coerência dos objetivos, experiência dos autores, fundamentação teórica, amostragem, sujeitos, métodos, riscos e benefícios, privacidade e confidencialidade dos dados, TCLE. Apresentar as ponderações e recomendações.)

A pesquisadora do projeto tem experiência na área da pesquisa qualitativa. O projeto apresenta fundamentação teórica e justificativa claros. Os objetivos propostos são coerentes, alinhados com os aspectos metodológicos, apresentando condições de realização. A amostragem, porém, é extremamente reduzida para contemplar os objetivos propostos. Na folha de rosto, no entanto, há

	<p align="center">MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>	
---	--	---	---

previsão de coleta de dados em 10 gestantes, devendo ser revisto e definido o tamanho da amostra. Ainda em relação a metodologia, há referido o local onde serão realizadas as entrevistas, como e grau de conforto das pacientes. Os riscos, tais como, lembranças, questionamentos, conflitos e constrangimentos que podem advir da entrevista são claramente referidos no projeto e no TCLE, que está redigido em linguagem simples e compreensível, contemplando os aspectos éticos. As pesquisadoras se comprometem com a privacidade dos indivíduos, com a utilização dos dados exclusivamente para execução do presente projeto e pelo destino dos dados, através do Termo de Confidencialidade, devidamente assinado.

ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIAS (Em caso de protocolo Pendente, apontar a data do parecer e comentar o atendimento as questões recomendadas.)

A pesquisadora atendeu satisfatoriamente as pendências em 04/01/2011.

Sua Solicitação de Emenda foi avaliada e obteve parecer favorável em 15/06/2011

PARECER	
SITUAÇÃO	Aprovado

OBSERVAÇÕES FINAIS

1 - De acordo com a Resolução CNS 196/96, as pendências devem ser respondidas pelo pesquisador responsável no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP. Após este prazo o protocolo será considerado retirado e havendo interesse deve-se reiniciar o processo de registro de um novo protocolo.

2 – O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro 2012- Relatório final

APÊNDICES

Apêndice A - Ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria

Da: Enfermeira Lizandra Flores Pimenta

Para: Secretario Municipal de Saúde

Assunto: Solicitação (faz)

Santa Maria, janeiro de 2011.

Sr Secretário

Venho por meio deste, solicitar a permissão de V. Sr^a para desenvolver a pesquisa intitulada **A influência da cultura no processo da parturição: Contribuições para a enfermagem** junto as mulheres que são atendidas na Unidade Básica (UBS) de Saúde Kennedy.

Cumpr-se informar que esta pesquisa é resultado da experiência na área obstétrica que me fez perceber a necessidade de compreender como a cultura influencia no processo de parturição da mulher sobre a via de parto a partir das concepções modernas sobre natureza e cultura, atribuídos a percepção das mulheres sobre o parto. Como esclarecimento, cabe ressaltar que conforme a metodologia que pretendemos desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, nos comprometendo a respeitar os preceitos da Resolução nº196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos.

Atenciosamente

Enf^a Lizandra Flores Pimenta
CI- 3046400473
COREn/RS nº 57215

Prof^a Enf^a Dr^a. Lucia Beatriz Ressel
CI – 705587136
COREn/RS nº 279225

Apêndice B - Ofício ao Departamento de Ensino e Pesquisa do HUSM

Da: Enfa. Lizandra Flores Pimenta

Para: Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria

Assunto: Solicitação (faz)

Santa Maria, maio de 2011.

Senhor Diretora:

Venho, por meio deste, solicitar a permissão de V.S. para desenvolver a pesquisa intitulada “**A influência da cultura no processo da parturição: Contribuições para a enfermagem**”, junto às mulheres que estão no momento da entrevista nos serviços de ginecologia e obstetrícia do HUSM, quais sejam Centro Obstétrico, Unidade Tocoginecológica e Ambulatório ala II.

Cumpre-se informar que esta pesquisa é resultado da experiência na área obstétrica que me fez perceber a necessidade de compreender como a cultura influencia no processo de parturição da mulher, sobre a via de parto, a partir das concepções modernas sobre natureza e cultura, atribuídas à percepção das mulheres em relação ao parto. Como esclarecimento, cabe ressaltar que, conforme a metodologia que pretendo desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, sendo que me comprometo a respeitar os preceitos da Resolução nº. 196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Sem mais, agradeço a atenção dispensada, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Enf^a Lizandra Flores Pimenta
CI- 3046400473
COREn/RS nº. 57215

Profa. Enfa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel
CI - 705587136
COREn/RS nº. 279225

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pesquisadoras responsáveis: *Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Enfa. Mestranda Lizandra Flores Pimenta

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefones para contato: *(55) 91376501

** (55) 91429743

Locais da coleta de dados: Unidade sanitária Kennedy e Hospital Universitário de Santa Maria.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “**A influência da cultura no processo da parturição: Contribuições para a enfermagem**”, de autoria de Lizandra Flores Pimenta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel, que tem por objetivo compreender como a cultura influencia no parto da mulher.

Mas antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação nesta pesquisa. Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas por mim, pesquisadora, durante a entrevista, a qual terá como auxílio um gravador de voz. Após, as suas informações gravadas serão transcritas por mim, de maneira a resguardar a veracidade dos dados. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra ‘M’ (M1, M2, M3,...), inicial da palavra mulher para esta finalidade. Também as informações serão mantidas em um CD no armário da professora

pesquisadora, no Departamento de Enfermagem/UFSM, por cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco às suas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Contudo, poderá haver um benefício no que se refere à melhor qualidade das práticas no cuidar em enfermagem. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e se você achar necessário poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

.....de.....de...2011.

Assinatura da pesquisadora
RG: 3046400473

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM. Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - Tel.: (55) 32209362 – E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice D - Termo de confidencialidade

Título do estudo: “A influência da cultura no processo da parturição: Contribuições para a enfermagem”

Pesquisadora responsável: *Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Pesquisadora: **Enfa. Mestranda Lizandra Flores Pimenta

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Telefone para contato: *(55) 91376501 **(55) 91429743

Locais da coleta de dados: Unidade sanitária Kennedy e Centro Obstétrico, Unidade Tocoginecológica e Ambulatório ala II do HUSM.

Os pesquisadores do presente projeto comprometem-se a preservar a privacidade dos indivíduos, cujos dados serão coletados por meio de entrevista gravada em áudio MP3, e realizada na UBS Kennedy, numa sala reservada localizada no Hospital Universitário de Santa Maria na cidade de Santa Maria/RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em *Compact Disc* (CD) por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da Enf^a Lizandra Flores Pimenta. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 04/01/2011 com o número do CAAE 0317.0.243.000-10

Santa Maria,..... de de 2011.

Enfa. Lizandra Flores Pimenta
CI- 3046400473
COREn/RS n°. 57215

Profa. Enfa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel
CI – 705587136
COREn/RS n°. 279225

Apêndice E - Roteiro da entrevista com as mulheres

1. Dados de identificação

- Idade
- Estado civil
- Grau de instrução
- Profissão/ocupação
- Local de trabalho, caso esteja trabalhando, se não, indicar trabalho anterior
- Raça
- Quantos filhos

2. Sobre o parto

1. De que forma o parto e nascimento são percebidos por você?
2. Fale a respeito de sua experiência em relação aos seus partos e de outras mulheres do teu convívio.
3. Existe alguma coisa em relação ao parto de seus filhos que você gostaria que tivesse sido diferente? Por quê?
4. O que você aprendeu sobre parto com teus pais, irmãos, irmãs, e outras pessoas da tua família?
5. O que você escutou ou aprendeu sobre parto com os profissionais de saúde, nos hospitais e nos postos de saúde?
6. O que você escutou ou aprendeu sobre parto em jornais, revistas, televisão e internet?
7. De que forma estes aprendizados participaram da tua decisão sobre o tipo de parto?