



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem - PPGEnf

**DESVELANDO A CULTURA ASSISTENCIAL NO TRABALHO
DE PARTO E PARTO: RELATOS DE VIDA DAS MULHERES**

Cristina Alencar Barreto

JANEIRO

2010



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem - PPGEnf

**DESVELANDO A CULTURA ASSISTENCIAL NO TRABALHO
DE PARTO E PARTO: RELATOS DE VIDA DAS MULHERES**

Cristina Alencar Barreto

**Relatório de Defesa apresentado à
Banca Examinadora como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.**

Prof^ª Dr^ª Leila Rangel da Silva
Orientadora

JANEIRO
2010

B273 Barreto, Cristina Alencar.
Desvelando a cultura assistencial no trabalho de parto e parto: relatos de vida das mulheres / Cristina Alencar Barreto, 2010.
xi, 117f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Trabalho de parto - Cuidado e tratamento. 3. Parto (Obstetrícia). 4. Gravidez – Aspectos sócio-culturais. 4. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Silva. Leila Rangel. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2010). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.20231

CRISTINA ALENCAR BARRETO

**DESVELANDO A CULTURA ASSISTENCIAL NO TRABALHO
DE PARTO E PARTO: RELATOS DE VIDA DAS MULHERES**

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2010.
Local e Data de Aprovação

BANCA EXAMINADORA

Presidente

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro -
UNIRIO

1^o Examinadora

Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro -
UNIRIO

Suplente

Prof^a Dr^a Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Suplente

Prof^a Dr^a Florence Romjin Tocantins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro -
UNIRIO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o Todo Poderoso, que na Sua infinita sabedoria e multiforme graça permitiu que eu chegasse ao final deste estudo, dando-me forças, coragem, ânimo e determinação.

Agradeço aos meus pais Sebastião e Naidy, vitoriosos, pelo apoio e constante incentivo a minha formação acadêmica. Que me deram a vida e me educaram para que eu vivesse de maneira honesta, respeitando a ética da vida sempre em busca dos meus ideais.

Agradeço aos meus irmãos Lílian Cássia e Rafael, cada um com as suas particularidades, mas sempre demonstrando seu apoio e carinho.

Agradeço aos meus familiares pela compreensão das minhas ausências nos encontros de família.

Agradeço ao meu esposo Roberto pelo respeito incondicional, pelo incentivo nos momentos de desânimo, apoio nas horas difíceis e compreensão incomum pelas minhas deficiências.

Agradeço às minhas filhas, Mariana e Juliana, presentes de Deus para mim, por demonstrarem tanto amor através das suas ações e por serem únicas.

Agradeço aos meus amigos: Kátia Bezerra, Emilce Cruz, Mayre Rangel, Lílian Carvalho e Cristiano Mota, por continuarem me amando mesmo quando estive tão distante. E à minha amiga Adriana Bento que esteve ao meu lado, me apoiando e me estimulando a continuar, agradeço a calorosa acolhida em sua casa e no coração.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para me fortalecer e me ajudar a chegar até aqui.

Em especial agradeço:

À minha orientadora e amiga, Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva. Por causa do seu incentivo comecei este estudo, por causa das suas orientações e preciosas contribuições, pude chegar ao final desta etapa. Por causa da sua boa vontade, compreensão e paciência, vi a minha ansiedade controlada. E por sempre acreditar em mim, sinto-me preparada a prosseguir! Muito obrigada!

Aos funcionários do Hospital Maternidade Fernando Magalhães, pela confiança e por cederem os momentos preciosos que passei junto às mulheres que estavam sob seus cuidados e responsabilidade.

Às mulheres, participantes deste estudo, que com suas singulares histórias de vida me ajudaram a compreender melhor o significado das palavras: respeito, autonomia, direito, dignidade e humildade.

Às funcionárias da secretaria do curso de mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, em especial à Márcia, pela atenção e carinho ao me atender.

Aos colegas da turma de mestrado da UNIRIO – 2008/1, em especial à Raquel e à Silvia por compartilharem um pouco da sua vida comigo.

A todos o meu reconhecimento e gratidão! Contem sempre comigo!

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos de Bezerra; Cardoso.....	18
Quadro 2.Perfil sócio-econômico-cultural das depoentes.....	42
Quadro 3.Antecedentes obstétricos das depoentes.....	45
Quadro 4.Identificação dos trechos dos fatores sociais e culturais – Modelo de Sunrise.....	54

SUMÁRIO

RESUMO	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
Capítulo 1	
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	
Problematizando o Estudo	12
Objeto do Estudo... ..	12
Questão Norteadora	17
Objetivo do Estudo	17
Relevância do Estudo.....	18
Capítulo 2	
BASES CONCEITUAIS.....	
Dados epidemiológicos de morbimortalidade materna no Brasil e no Mundo	21
Assistência Integral à Saúde da Mulher e a Política de Humanização do Parto e Nascimento	25
Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde voltados para as mulheres na gravidez e no parto.....	31
Capítulo 3	
ABORDAGEM METODOLÓGICA	
Tipo de Estudo	36
As Depoentes.....	39
Critérios de Inclusão	40
Cenário do Estudo	40
Instrumento de Coleta de Depoimentos	41
Categorização das Depoentes.....	41
Construção das Categorias.....	49
Análise dos Depoimentos.....	53
Capítulo 4	
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DEPOIMENTOS	
Categoria 1 – Desvelando a cultura assistencial no trabalho de parto e parto:	
relatos de vida das mulheres.....	56
Subcategoria 1.1 – Violência Institucional: a realidade no trabalho de parto e parto revelada pelas mulheres.....	
	57
Subcategoria 1.2 – O descumprimento das políticas públicas de saúde na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento.....	
	57
Capítulo 5	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	
Apêndice 1	113
Apêndice 2	114
Apêndice 3	115
ANEXOS.....	116
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	117

RESUMO

BARRETO, C. A. DESVELANDO A CULTURA ASSISTENCIAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: RELATOS DE VIDA DAS MULHERES. Rio de Janeiro, 2010. 117p. xi. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem.

O interesse em desenvolver este estudo baseou-se na minha experiência como enfermeira obstétrica, ao atender às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal em algumas maternidades municipais do Rio de Janeiro, onde observei que o comportamento da parturiente com seus valores, crenças e modos de vida interferem na condução do trabalho de parto e parto. O objetivo do estudo foi discutir as influências dos fatores sócio-culturais sobre a vivência do trabalho de parto e parto a partir da história de vida das mulheres. O referencial teórico foi a multirreferencialidade. Utilizou-se o método História de Vida e o cenário foi uma maternidade municipal situada na zona norte do Rio de Janeiro. O estudo obedeceu os preceitos éticos da pesquisa, Resolução 196/96 do CNS. As depoentes foram 10 mulheres internadas no sistema de alojamento conjunto. A coleta de dados foi no período de janeiro a março de 2009, utilizando a entrevista aberta com solicitação única: Fale-me sobre a sua experiência com o seu trabalho de parto e parto. A análise resultou em uma categoria temática: Desvelando a cultura assistencial no trabalho de parto e parto: relatos de vida das mulheres. E duas subcategorias: O descumprimento das políticas públicas de saúde na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento; e Violência Institucional: a realidade no trabalho de parto e parto revelada pelas mulheres. Em todas as categorias algumas formas de violência estiveram presentes, quer seja a violência na sua forma mais sutil ou a revelada na fala das mulheres ocorrida na maternidade. Os depoimentos demonstraram a importância de prestarmos um cuidado adequado à cultura respeitando as necessidades de cada mulher. Faz-se necessário uma assistência integrada às políticas públicas de saúde vigentes no Brasil, visando um atendimento integral à mulher.

Descritores: trabalho de parto e parto; enfermagem obstétrica; cultura; história de vida.

RESUMEN

REVELANDO LA CULTURA ASISTENCIAL EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO: RELATOS DE VIDA DE MUJERES. Rio de Janeiro, 2010. 117p. xi. Disertación (Master en Enfermería). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Posgrado en Mestrado en Enfermería.

El interés en desarrollar este estudio se basó en mi experiencia como enfermera obstétrica, al atender a las mujeres durante el ciclo gravídico-puerperal en algunas maternidades municipales de Río de Janeiro, donde observé que el comportamiento de la parturiente con sus valores, creencias y modos de vida interfieren en la conducción del trabajo de parto y parto. El objetivo del estudio fue discutir las influencias de los factores socioculturales sobre la vivencia del trabajo de parto y parto a partir de la historia de vida de las mujeres. El referencial teórico fue multirreferencial. Se utilizó el método Historia de Vida de Daniel Bertaux y el escenario fue el alojamiento conjunto de una maternidad municipal situada en la zona norte de Río de Janeiro. El estudio obedeció a los preceptos éticos de la pesquisa con seres humanos, Resolución 196/96 del CNS. Las entrevistadas fueron 10 mujeres internadas en el sistema de alojamiento conjunto. La colecta de datos fue en el período de enero a marzo de 2009, utilizando la entrevista abierta con solicitud única: Hábleme sobre su experiencia con su trabajo de parto y parto. El análisis resultó en una categoría temática: Revelando la cultura asistencial en el trabajo de parto y parto: relatos de vida de las mujeres. Y dos subcategorías: El (des) cumplimiento de las políticas públicas de salud en la atención al trabajo de parto, parto y nacimiento; y, Violencia Institucional: la realidad en el trabajo de parto y parto revelada por las mujeres. En este estudio, tres de los siete factores socioculturales desarrollados por Madeleine Leininger fueron identificados y relacionados por su significado e influencia en la historia de vida de las entrevistadas. Los factores tecnológicos, políticos y legales, de compañerismo y sociales permearon las dos subcategorías analíticas. En todas las categorías algunas formas de violencia estuvieron presentes, sea la violencia en su forma más sutil o la revelada por las mujeres, y que ocurrió en la maternidad. El estudio evidenció que el descumplimiento de las políticas públicas de salud direccionadas al ciclo gravídico-puerperal, influenciaron de forma negativa el proceso de trabajo de parto y parto, volviéndose una forma de violencia tan visible como la violencia revelada por las entrevistadas. Los relatos demostraron la importancia de prestar un cuidado adecuado a la cultura respetando las necesidades de cada mujer, creyendo en su capacidad de parir, en su fuerza interior y en su intuición femenina. Siendo así necesaria, una asistencia integrada a las políticas públicas de salud vigentes en Brasil, aspirando para una atención integral a la mujer.

Descriptores: trabajo de parto y parto; enfermería obstétrica; cultura; historia de vida.

ABSTRACT

BARRETO, C. A. UNVEILING THE ASSISTANCE CULTURE IN THE PROCESS OF BIRTH AND BIRTH: WOMEN'S LIFE RELATES. Rio de Janeiro, 2010. 117p. xi Dissertation (Master Degree on Nursing). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Post graduation Program Master Degree in Nursing.

The interest in developing this study based on my experience as obstetrical nurse, at attending the women during the pregnancy-puerperal cycle in any municipal maternities of the Rio de Janeiro, where I observed that the behavior of the parturient with their values, beliefs and ways of life interfere in the conduction of the process of birth and birth. The study's objective was to discuss the influences of the social-cultural factors on the process of birth and birth's experience from the women's life history. The theoretical reference was the multi referential mode. It used the Life History method and the scenario was a municipal maternity located in the North zone of the Rio de Janeiro city. The study followed the research's ethical precepts, 196/96 Resolution of the CNS. The deponents were 10 women interned in the collective accommodation system. The data collection was in the period from January to March of 2009, using the open interview with unique solicitation: Tell me about your experience with your process of birth and birth. The analysis resulted in a thematic category: Unveiling the culture assistance in the process of birth and birth: women's life relates. And two subcategories: The not carry out of the public politics of health in the attention to the process of birth, giving birth and birth; and Institutional Violence: the reality in the process of birth and birth revealed by the women. In all the categories any forms of violence were present, whether the violence in its more subtle form or the revealed in the women talks occurred in the maternity. The testimonies showed the importance of giving an adequate care to the culture respecting the needs of each woman. It is necessary an integrated assistance to the health public politics in Brazil, aiming an integral attendance to the woman.

Descriptors: process of birth and birth; obstetrical nursing; culture; life history.

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pelo tema do estudo aqui apresentado surgiu durante a experiência profissional que adquiri ao atender, na qualidade de enfermeira obstétrica, mulheres internadas, durante o ciclo gravídico-puerperal, em algumas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ao longo do processo, observei que o comportamento da parturiente¹ é influenciado por seus valores, crenças e modos de vida que, por sua vez, interferem na condução do trabalho de parto e parto.

Desde 2006 venho trabalhando em maternidades municipais e estaduais do Rio de Janeiro que atendem gestantes com diagnóstico de baixo, médio e alto risco obstétrico. Algumas maternidades por onde passei ostentam o “Título Maternidade Segura”. A distinção é concedida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU). Voltado principalmente para os países em desenvolvimento, onde os índices de mortalidade materna ainda são muito elevados, o projeto proporciona às autoridades das regiões contempladas a possibilidade de rever e mudar as estratégias adotadas para a solução dos problemas. A iniciativa promove também uma maior autonomia da mulher e a participação de casais e familiares no evento do nascimento, abrindo, assim, um espaço de reivindicação pelo direito da pessoa humana (OMS, 1996).

As maternidades aqui aludidas são regidas e fundamentadas nas propostas do Ministério da Saúde (Brasil, 2002). Estas últimas focam a atenção aos aspectos integrais da saúde da mulher e do recém-nascido, respeitando sua cidadania por meio de Programas e Políticas implementados pelo Governo. Seus objetivos são alcançar a melhoria da assistência prestada às mulheres, recém nascidos e família nas maternidades públicas de saúde de forma humanizada.

¹ Neste estudo consideraremos parturientes todas as mulheres em trabalho de parto e parto.

Alinhavamos aqui considerações de alguns autores que se debruçaram sobre o tema. Para Dias & Domingues, por exemplo, a humanização na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento tem sido alvo das mais recentes discussões em saúde. Ao falarmos da assistência, em especial dirigida à mulher, nos referimos ao respeito aos seus direitos como cidadã (direito à informação, à preservação de sua integridade corporal e autonomia), considerando seus valores, sua cultura e sua história. A intenção é fazer dela (a mulher) a protagonista do cuidado. Ela, assim, não pode ser vista fora de sua família e do seu contexto social (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Ao refletir sobre a parturição me reporto ao período da história em que o parto era considerado íntimo, feminino, natural. Silva e Sodré vão adiante: nos anos 40, com o advento da medicalização, o parto passa a ser um evento médico e passa a ser vivido de maneira pública. As mulheres deixaram de ser assistidas com a ajuda de outras mulheres e passaram a parir em instituições de saúde, contando com a presença de profissionais, modificando, assim, o cenário do parto e medicalizando-o (SILVA et al, 2005; SODRÉ, 2007).

Ainda segundo Silva, todas essas novas situações transformaram a mulher e o bebê em objetos das ações desses profissionais, que desrespeitavam sua cultura, seus valores, suas crenças e intuições. A mulher, dessa forma, perdeu seu papel de protagonista do parto, sendo tratada apenas como uma mera ajudante no processo da parturição (SILVA et al., 2005).

Abbagnano faz referência ao uso da palavra cultura e o significado atribuído ao termo por sociólogos e antropólogos: “o conjunto dos modos de vida criados, adquiridos e transmitidos de uma geração para a outra, entre os membros de determinada sociedade”. O autor acrescenta que na descrição de um todo cultural existe a vantagem de não privilegiar um modo de vida em relação a outro. (ABBAGNANO, 2007, p.264-5).

Já para Laraia (2008), o desenvolvimento da cultura ao longo dos tempos pode provocar o ofuscamento dos instintos humanos. A mulher que antes conhecia e tinha autonomia sobre o seu corpo, seguindo seus instintos ao parir, passa a ter o seu corpo apropriado pela cultura do saber. Atualmente, a enfermagem obstétrica, por meio de diversas ações, tem tentado fazer com que a mulher resgate e reacenda o instinto maternal primitivo que todo mamífero possui (ODENT, 2002).

A atenção ao parto e nascimento tem sido marcada por uma intensa medicalização devida não só ao avanço tecnológico, sempre crescente na obstetrícia moderna, mas às intervenções eventualmente desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Estas últimas influenciam a mulher a desejar o não “sofrer” com a “dor” de parir. Isso desfavorece e enfraquece o conhecimento natural da mulher em relação ao trabalho de parto e parto fisiológico.

A propósito, Helman (2009) afirma que o comportamento de dor no que tange aos seus aspectos voluntários é influenciado por fatores culturais, sociais e psicológicos. E eles serão determinantes na tradução da dor privada em dor pública, além do ambiente social em que ela se manifestará.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece práticas prejudiciais e ineficazes, tais como o uso sem indicação objetiva de ocitócitos, restrição da mulher ao leito, amniotomia sem indicação, realização da Manobra de Kristeler e outras práticas. Estes procedimentos não devem ser descartados, mas sua utilização deve ser indicada com cuidado, pois na obstetrícia, em alguns momentos, elas são fundamentais. Ocorre ainda o isolamento da parturiente de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito a sua autonomia, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais (OMS, 1996).

Já com relação à utilização de técnicas e práticas, elas devem ser realizadas de maneira criteriosa, pois quando isto não ocorre, seu uso pode acarretar risco para a saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2002; DINIZ, 2003).

A humanização da assistência obstétrica ao trabalho de parto e parto é compreendida sob dois aspectos fundamentais. Ambos dizem respeito aos deveres das unidades de saúde para com o binômio mãe-filho e seus familiares. O primeiro requer dos profissionais de saúde uma atitude ética. O segundo exige da Instituição um ambiente acolhedor, que proporcione a esta mulher a presença do pai do bebê ou de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, um direito assegurado pela Lei Federal 11.108, de 07 de Abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Mesmo que escolhido pela parturiente, o acompanhante, por si só, não pode ser considerado como uma garantia de suporte. Devidamente suprido das condições necessárias e do apoio para realizar essa atividade, ele (o acompanhante), no entanto, pode ser de extrema importância nesse momento.

Quando o acompanhante é aquela pessoa sensível, capaz de perceber as necessidades físicas e emocionais da mulher, o suporte no trabalho de parto deve seguir, segundo Enkin, os seguintes passos: oferecer conselhos, incentivar a mulher a parir, apoiar suas decisões quanto à mudança de postura, oferecer medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto (ENKIN, 2005).

Algumas mulheres conseguem ser beneficiadas com a presença de um acompanhante, seja na rede pública, quando a lei é cumprida, ou na rede privada. Nesta última, em muitas instituições, o acompanhante precisa pagar para estar ao lado da parturiente e dividir com ela a ansiedade, a insegurança e o medo, tão comuns às parturientes.

Ao longo dos três anos aqui considerados – o recorte temporal desta pesquisa - minhas atividades profissionais foram desenvolvidas basicamente no centro cirúrgico obstétrico, mais especificamente na assistência direta à parturiente prestada no pré-parto e sala de parto. Mediante o contato diário com estas mulheres (adolescentes, jovens e adultas) e suas famílias, pude me aproximar desta temática e conhecer, em parte, a sua história, crenças, valores e contexto do ambiente em que vivem. Foi possível perceber também que os fatores sócio-culturais podem influenciar, de maneira benéfica ou maléfica, a condução do trabalho de parto e parto. Depreende-se, assim, que as atitudes dos profissionais de saúde que lidam diretamente com as parturientes também desempenham importante papel neste processo.

Para Martins, o parto é antes de tudo um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico. Pode ser marcante na vida da mulher, e em alguns casos se constituir como um momento de singular importância. O acontecimento compreende aspectos psicológicos, emocionais, sociais, físicos, econômicos e culturais. Por ser um acontecimento fisiológico, na maioria das vezes evolui de forma natural, porém existem fatores que podem influenciar nesta evolução e desfecho (MARTINS, 2004).

Entendemos que cada mulher apresenta uma rede social onde estabelece relações de diferentes naturezas, influenciando e podendo ser influenciada por essas ligações, com maior e menor intensidade, dependendo do grau de comprometimento pessoal. O sujeito de nossa pesquisa está inserido em uma sociedade que possui sua própria cultura, seus conhecimentos, crenças, hábitos, costumes, leis, moral e modos de vida. Por isso, ela - essa mulher - também tem valores culturais que foram adquiridos ao longo da sua vida. Todos estes aspectos, somados, fazem com que a mulher vivencie o trabalho de parto e parto de diferentes formas.

Buscando conhecer os fatores sócio-culturais e sua influência neste período de vida das mulheres, procuramos aperfeiçoar a prestação de uma assistência e cuidados diferenciados e adequados não só à cultura, mas aos modos de vida dessas usuárias do sistema de saúde.

Para Madeleine Leininger, os fenômenos da estrutura social e cultural são fatores amplos, compreensivos e especiais que influenciam as expressões de cuidado e de significados que incluem “religião (espiritualidade), parentesco (laços sociais), políticas, ações legais, educação, economia, tecnologia, fatores políticos, filosofia de vida, crenças e valores culturais com diferenças de gênero e de classe” (LEININGER, 2006 p.20).

Portanto, estes fatores influenciam direta ou indiretamente na saúde e no bem-estar oferecendo uma riqueza de novos e inestimáveis critérios sobre o cuidado culturalmente congruente.

Baseada nestas reflexões, apresentamos o seguinte **objeto** deste estudo: fatores sócio-culturais e sua influência no trabalho de parto e parto. Consideramos fundamental para o direcionamento do estudo a seguinte **questão norteadora**: De que forma os fatores sócio-culturais influenciam no trabalho de parto e parto?

Tendo em vista estes questionamentos acerca dos fatores sócio-culturais no trabalho de parto e parto, traçamos o seguinte **objetivo**: Discutir as influências dos fatores sócio-culturais sobre a vivência do trabalho de parto e parto a partir da história de vida das mulheres.

JUSTIFICATIVA

Esta investigação na área da enfermagem obstétrica é de grande valia, já que é possível estar junto a estas mulheres, ouvindo suas histórias, apoiando-as, acreditando que é dentro delas que estão as respostas para as suas perguntas durante o trabalho de parto: Será que eu vou conseguir? Será que vão precisar me cortar e subir na minha barriga?

Tenho aprendido no convívio com as próprias mulheres (as mais heterogêneas possíveis), que apesar do medo que trazem, ao adentrar nas instituições hospitalares, elas anseiam por apoio e querem ser encorajadas a dar à luz.

Ao longo da minha trajetória como enfermeira obstétrica, pude observar, assistindo mulheres em trabalho de parto e durante o parto, que apesar de serem moradoras de um mesmo município, elas apresentam diferentes culturas e modos de vida. Notei também que os fatores sócio-culturais são determinantes para facilitar ou dificultar o processo da parturição.

RELEVÂNCIA

Ao realizar uma breve revisão de literatura a partir de pesquisa bibliográfica na Base de Dados Scielo, consultamos seis periódicos nacionais de enfermagem, utilizando um recorte temporal de 2005 a 2008. Encontramos no período dois artigos que se aproximavam da temática em questão - fatores sócio-culturais e a influência no trabalho de parto e parto.

Para a busca dos artigos científicos foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem obstétrica; trabalho de parto; parto e cultura—capturando dois artigos, sendo que ambos são das mesmas autoras, conforme o Quadro 1 abaixo

QUADRO 1 – Artigos de Bezerra ; Cardoso

ANO	AUTORES	REVISTA	TÍTULO DO ARTIGO
2005	Bezerra, M.G.A. Cardoso, M.V.L.M.L.	Revista Brasileira de Enfermagem	Fatores Interferentes no Comportamento das Parturientes: Enfoque na Etnoenfermagem.
2006	Bezerra, M.G.A. Cardoso, M.V.L.M.L.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres Durante o Trabalho de Parto e Parto.

Estes artigos tratam do comportamento e das experiências das parturientes durante o trabalho de parto e parto e dos fatores interferentes nesse processo. Bezerra & Cardoso (2005, 2006) compreendem que vários fatores condicionam o comportamento da mulher na vivência do trabalho de parto e parto e que a assistência dos profissionais deve sempre ser voltada para um cuidado humanizado, unindo o saber cultural ao científico.

Em relação à influência dos fatores culturais, à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, o sentimento de medo, a influência das crenças e religiosidades, e a experiência com as gestações anteriores, mostraram na prática do cuidado cultural à mulher, que a comunicação e o respeito às suas crenças e valores no momento do trabalho de parto e parto, são extremamente importantes (BEZERRA & CARDOSO, 2005).

A realização de um estudo nesta temática, assim, é relevante por contribuir para a ampliação da produção científica na enfermagem voltada para um cuidado social e culturalmente adequado a realidade de cada mulher, suas famílias e comunidades. É ao ouvir e adentrar na história de vida dessas mulheres, portanto, que nos tornamos ainda mais responsáveis por apoiá-las e orientá-las.

Esta pesquisa também é relevante na medida em que sinaliza para os profissionais, que atuam junto às mulheres nesta fase do ciclo gravídico-puerperal, a importância de prestar um cuidado cultural e socialmente adequado. Esse tipo de atenção seguramente melhorará a qualidade da assistência obstétrica e promoverá a consequente diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Quando oferecemos uma assistência pautada nos valores culturais de cada mulher, nós, na qualidade de enfermeiros, minimizamos os riscos de praticar intervenções desnecessárias que, por sua vez, provocam consequências indesejadas e, muitas vezes iatrogênicas, gerando riscos obstétricos e fetais.

Este estudo está inserido na Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Enfermagem e no Projeto Cuidado Cultural à Saúde da Mulher Brasileira: Tendências e Desafios para a Enfermagem, do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos na Área da Saúde da Mulher e da Criança - NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil – DEMI, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

Dados Epidemiológicos de Morbimortalidade Materna no Brasil e no Mundo

No relatório do Seminário Mortalidade Materna e Direitos Humanos no Brasil, o tema de abertura foi: Mortalidade materna: um problema de saúde pública e um imperativo dos direitos humanos. É lamentavelmente recorrente a evidência de que as elevadas taxas de mortalidade materna são uma violação dos direitos humanos.

Para Tanaka, a mortalidade materna é um indicador de iniquidades na assistência à saúde que refletem a desarticulação, desorganização e deficiência na assistência à saúde prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, 2009).

Foi a partir da Iniciativa Maternidade Segura, em 1997, que as primeiras estimativas globais e regionais de mortalidade materna passaram a ser calculadas. Como os números seguem elevados, este é, sem dúvida, um problema de direitos humanos (RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, 2009).

O direito à vida é um preceito humano fundamental. Ele implica não somente o direito à proteção contra execução arbitrária pelo Estado, mas também as obrigações dos governos para melhorar as condições essenciais de vida e sobrevivência. Os direitos humanos são universais e devem ser aplicados sem discriminação de qualquer natureza, inclusive de sexo. Para as mulheres, os direitos humanos incluem o acesso aos serviços que irão garantir a gravidez e o parto seguros (RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL, 2009).

A questão também é abordada frequentemente na mídia especializada. A Revista Radis (2007), por exemplo, publicou o seguinte comentário sobre o tema: “Apesar do avanço tecnológico e científico na área da saúde da mulher e perinatal no Brasil, e da ação de profissionais especializados na obstetrícia, observamos que os índices de morbimortalidade materna e neonatal permanecem elevados. Com tantos progressos nas pesquisas sobre a saúde reprodutiva da mulher, torna-se inadmissível os danos causados, que muitas vezes as levam a morte”.

O estudo da mortalidade materna aponta questões relacionadas à qualidade de vida da mulher, conforme sustentam Riquinho e Correia. De acordo com eles, o perfil sócio-econômico, o acesso à assistência à saúde e a sua qualidade dentro do ciclo gravídico-puerperal são alguns fatores que têm sua relevância quando abordamos este assunto. A região onde ocorrem os óbitos maternos também é de extrema importância. De uma maneira geral, as causas diretas da morte materna podem ser prevenidas com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados para um maior conhecimento da evolução da gestação, parto e puerpério (RIQUINHO ; CORREIA, 2006).

Ainda segundo os mesmos autores, as complicações na gestação, parto e puerpério têm sido a causa da morte de muitas mulheres jovens que, na maioria das vezes, pertencem à classe social mais desfavorecida, tanto em relação a escolaridade, quanto a renda e acesso aos serviços de saúde de qualidade (RIQUINHO ; CORREIA, 2006).

Os dados oficiais disponíveis indicam que as principais causas da morte materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2004).

As mesmas fontes acrescentam que os serviços de saúde e a sociedade têm diante de si o desafio de reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil. O que temos presenciado, segundo os relatórios oficiais são taxas alarmantes que caracterizam um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. A mortalidade materna, assim,

é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos. Fatalmente isso ocorre com maior prevalência entre mulheres e crianças menos favorecidas econômica e socialmente (BRASIL, 2007).

Coelho (2003) acrescenta um dado alarmante. Segundo ele, um estudo realizado pela OMS (**Atenção básica a saúde da mulher: subsídios para elaboração do manual do gestor municipal**) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

O confronto das pesquisas feitas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento traduz bem a disparidade assinalada por Coelho. Enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, na América do Sul, países como o Peru, Bolívia e Haiti alcançam taxas de até 200 óbitos. Ao todo, mais de 28.000 mulheres latino-americanas morrem ao ano devido a complicações no ciclo gravídico-puerperal. Lamentavelmente, a maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde dessa população fossem semelhantes às dos países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

Os dados nos revelam, no entanto, que a questão da mortalidade materna pode ser um indicador de uma decisão política tomada para garantir a saúde desta população, já que países como Cuba e Costa Rica, apesar de terem uma situação econômica desfavorável, apresentam uma razão de mortalidade materna inferior (BRASIL, 2007).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2003, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão corrigida foi de 72,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos. Os maiores valores são encontrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o menor na região Sudeste (BRASIL, 2007).

Ainda segundo os dados oficiais, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o subregistro das declarações das causas de óbito. (BRASIL, 2007).

Reproduzimos aqui a íntegra de alguns trechos da literatura oficial que trata do tema:

Considera-se **Mortalidade Materna** a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007, p.12).

A **Razão de mortalidade materna (RMM)** é o número de mortes maternas em uma população dividida pelo número de nascidos vivos e a **Taxa de mortalidade materna** é o número de mortes maternas em uma população dividida pelo número de mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2007, p.12).

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das mulheres negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (BRASIL, 2007 p.11).

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do subregistro e da subinformação, a queda na Razão da Mortalidade Materna calculada com base nos dados do Sistema a partir de 1999, seja real. Ainda assim, os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM filhos por mulher oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004).

De acordo com Soares, os organismos internacionais reafirmam que a redução da mortalidade materna não é só um direito humano, mas um clamor da saúde pública no Brasil e

no mundo. Foi com este olhar que a Organização das Nações Unidas - ONU, durante a Cúpula do Milênio, em 2000, adotou, como um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), "Melhorar a saúde materna". A meta inicial previa a redução, em três quartos, da Razão de Mortalidade Materna (RMM) - número de mortes maternas em 100.000 nascidos vivos - entre 1990 e 2015 (SOARES, 2008).

Na mesma ocasião, a RMM dos países pobres foi estimada, para o ano de 2005, em 450 mortes por 100.000 nascidos vivos, número muito elevado quando confrontado com a RMM das regiões desenvolvidas: nove mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Já para a América Latina e Caribe, com cerca de 15.000 mortes maternas anuais, calculou-se uma RMM de 130 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV) (SOARES, 2008).

A redução da mortalidade materna e neonatal, assim, é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Tal fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular. Esse deve ser um compromisso de todos, já que a garantia do direito à vida e à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, embora caiba a este último garantir o acesso a serviços qualificados (REDE SAÚDE, 2007).

Assistência Integral à Saúde da Mulher e a Política de Humanização do Parto e Nascimento

Até os anos 80, a política pública de saúde voltada à população feminina restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal – o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério – preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado no final dos anos 60 pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do

Ministério da Saúde (DINSAMI / SNPES) e implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (ROCHA, 2004).

Os programas direcionados à saúde da mulher e elaborados até a década de 80, antes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, traduziam uma visão restrita da mulher, pois se baseavam em sua especificidade biológica e no papel social a ser desenvolvido de mãe e doméstica (BRASIL, 2004). Desta forma, estas políticas assistiam a mulher de forma limitada apenas no ciclo gravídico-puerperal, deixando-a desprovida de qualquer outra assistência ao longo da sua vida.

Apesar das propostas políticas serem restritas a esta fase da vida da mulher, a assistência era desenvolvida com algumas deficiências e a mulher não tinha acesso a todos os cuidados necessários, mesmo estando neste período. As metas eram definidas a nível central, por isso não atendiam as demandas locais e faltava integração com outros programas e ações propostas pelo Governo Federal (BRASIL, 2004).

Essas evidências geraram críticas aos programas direcionados à saúde dessa população por parte do movimento feminista. O argumento usado foi o de que estas políticas mantinham uma perspectiva reducionista em se tratando da mulher. O movimento feminista atuava de forma vigorosa na área da saúde - contribuindo com a introdução de questões que eram desprezadas - e seu objetivo era elaborar e encaminhar propostas que promovessem mudanças na sociedade. Sua meta, assim, era a melhoria da qualidade de vida. Na mesma época, as mulheres organizaram-se para reivindicar seus direitos e uma assistência que não se restringisse à gestação e ao parto, mas que abrangesse outras fases da sua vida (VARGENS, 2001).

O processo de articulação desenvolvido entre feministas, universidades e Ministério da Saúde resultou na criação do PAISM (1983/1984), que trouxe a proposta de uma atenção integralizada à mulher. Vargens (2001) retrata aquele período da seguinte maneira: “ Para o Estado brasileiro e suas políticas de saúde materno-infantil de até então, nas

quais a mulher era objeto de atenção apenas em seu ciclo gravídico-puerperal, com a nova proposta, a mulher passaria a ser vista pelo sistema, para além de mulher-mãe, na condição de mulher / cidadã portadora de direitos”.

Valadares vai adiante e lembra que este Programa rompeu com conceitos norteadores da política de saúde voltados para o ciclo reprodutivo das mulheres, passando a ser a base conceitual da assistência prestada à mulher. O PAISM, segundo ele, era constituído de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres em distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais em suas necessidades detectáveis epidemiologicamente. Assim, prossegue o autor, sua formulação baseou-se em dada realidade epidemiológica e foi norteada por princípios democráticos e feministas. “As idéias apresentadas questionavam a relação autoritária entre profissional de saúde x usuário, enfatizando uma visão mais integral da mulher assistida” (VALADARES, 1999).

As linhas estratégicas de intervenção do PAISM, desta forma, passaram a explicitar o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico, tratamento e de reabilitação. Envolveram ainda assistência ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério; climatério e planejamento familiar; DST, câncer de colo uterino e de mama e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 1984).

A inclusão das ações de planejamento familiar ou de controle da fecundidade no PAISM não significava a priorização destas em detrimento de quaisquer outras ações identificadas no diagnóstico epidemiológico. Assim, o conceito de política de saúde integral para as mulheres colocou o Brasil em privilegiada posição internacional.

De acordo com Costa (1999), a assistência integral explicitada no PAISM, no âmbito do movimento feminista brasileiro, tornou-se um patrimônio inegociável e deve constituir a referência conceitual estratégica em saúde para a implementação das ações de saúde reprodutiva. A partir do balanço institucional, o Plano se transformou em Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Já no âmbito dos conceitos e das políticas públicas para a atenção às mulheres, é a referência.

Vieira acrescenta que o PAISM, desta forma, representou um marco pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva no contexto da atenção integral. Sua adoção, assim, veio a ser um passo importante para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. O princípio de integralidade preconizado pelo PAISM acompanhou a formação do SUS na década de 90 e surgiu como uma primeira proposta para o que então, no ambiente da redemocratização do País e da reforma sanitária, culminou em uma política de saúde com princípios de descentralização e de integralidade das ações. A nova proposta é ambiciosa e buscou a quebra do modelo hegemônico, calcado no biologicismo, em uma relação de poder extremamente desigual e perversa e eminentemente masculinizada. A proposta do PAISM emergiu pouco antes da grande reforma que ocorreria no setor de saúde – a formulação do SUS – mas nunca chegou a ser totalmente implantado no País (VIEIRA, 2002).

Apesar desta nova proposta apresentada pelo PAISM, surgiram algumas dificuldades na implantação e implementação destas ações devido a problemas políticos, técnicos e administrativos. Diante desta situação, o Ministério da Saúde cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, com a finalidade de ampliar a responsabilidade dos municípios em relação à Atenção Básica, garantindo ações básicas mínimas. O Governo Federal, no entanto, não ficou isento de dificuldades administrativas, o que comprometeu o apoio e a continuidade à implementação do PAISM. Contudo, somente a partir de 1998 a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade do Governo (BRASIL, 2004).

Um balanço institucional realizado no período de 1998 a 2002 mostrou que lacunas foram deixadas no que diz respeito à resolução de problemas, entre eles a redução da mortalidade materna. Na mesma época, a temática da Violência Sexual foi incorporada ao instituto, em 2003, e a área técnica da saúde da mulher identificou a necessidade de articular

outros temas e propor novas ações de atenção voltada às mulheres rurais, negras, indígenas, com deficiências, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004).

Baseando-se nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e a mãe no período pós-parto, o Ministério da Saúde instituiu, em 2002, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este Programa tem como prioridades:

- Diminuir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no País;
- Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento de pré-natal, do atendimento ao parto e ao puerpério e da assistência neonatal;
- Estabelecer redes de assistência à gestação de alto-risco, com incremento de custeio e investimento nas unidades hospitalares integrantes destas redes;
- Integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto a níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e, ainda, o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.
- Estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal, definindo mecanismos de regulação, criando fluxos de referência e contra-referência que garantam o atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

O PHPN está firmado nos preceitos da Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal e classifica esta condição como primeira para um adequado acompanhamento do parto e puerpério.

Na prática, humanizar esta assistência significa receber a mulher, sua família e o recém-nato com dignidade nas Unidades de Saúde, e adotar práticas profissionais que beneficiem o acompanhamento ao parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias, minimizando, com isso, os riscos para a mulher e para o bebê.

Dentro da perspectiva da cidadania, o PHPN estrutura-se nos princípios de que toda mulher tem direito: a atendimento digno e de qualidade durante sua gestação, parto e puerpério; de não só saber onde será atendida, mas ter assegurado o acesso à maternidade em questão no momento do parto; a assistência ao parto e puerpério e que esta seja prestada de forma segura e humanizada. Quanto ao recém-nascido, que este goze do direito a uma assistência neonatal também segura e humanizada.

O Programa estabeleceu também algumas atividades adequadas ao bom acompanhamento da mulher no pré-natal e puerpério. Entre elas destacam-se a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; a realização de uma consulta de puerpério até o 42º dia após o nascimento do bebê; a realização de exames laboratoriais (sangue e urina) e a classificação de risco gestacional (baixo, médio e alto risco) com garantia de atendimento em unidades de referência à gestante de alto risco. Mas, para atender uma demanda de necessidades na área da saúde obstétrica e neonatal, três componentes integram este Programa. (BRASIL, 2002).

O primeiro deles, que trata do incentivo à assistência pré-natal, estimula estados e municípios a realizarem logo um adequado acompanhamento pré-natal de acordo com critérios estabelecidos (mínimo de seis consultas pré-natal, uma no puerpério, exames laboratoriais e vacina antitetânica). As unidades da federação, em contrapartida, receberiam um incentivo financeiro. Os incentivos em questão têm valor determinado e são concedidos ao município que aderiu ao programa no momento em que ele adere ao cadastro da gestante no programa (através do SISPRENATAL - software desenvolvido colocado à disposição do município que aderir ao programa). Este registro tem uma numeração que a identifica após a conclusão dessa assistência pré-natal, que obedece a critérios; e a unidade hospitalar onde ocorreu a assistência ao parto desta gestante (BRASIL, 2002).

O segundo trata de organizar, regular e investir na assistência obstétrica e neonatal, desenvolvendo condições técnicas e operacionais, para organizar e regular essa

assistência através, por exemplo, de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalar. O serviço conta ainda com financiamento de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que prestem este tipo de assistência (BRASIL, 2002).

O terceiro e último componente trabalha com o objetivo de melhorar o custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do SUS e que são também integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2002).

Para se beneficiarem do programa, os estados e municípios precisam se candidatar preenchendo um termo de adesão com informações relevantes e que serão posteriormente avaliadas. A aprovação ou não se dá após avaliação técnica. Superada esta fase, promove-se a avaliação periódica dos que aderiram ao programa. A permanência destes últimos fica vinculada a critérios estabelecidos e que deverão ser cumpridos pelos estados e municípios.

O PHPN é executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal. Já as responsabilidades operacionais do Programa são especificadas por nível de gestão.

A literatura oficial dispõe ainda que a assistência prestada à mulher se baseia em um discurso de integralidade, aqui entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2008).

Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde voltados para as mulheres na gravidez e no parto

Em 17 de março de 1999, o médico sanitarista e deputado federal Roberto Gouveia criou a Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde. O texto legal dispunha os seguintes preceitos: “Todo cidadão tem direito: ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tratamento adequado e efetivo para seu problema; atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; também tem responsabilidades para que seu

tratamento aconteça da forma adequada; e ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Lei 10.241 de 17 de março de 1999).

Nesta Lei estão inseridos Os Direitos Humanos das Mulheres na Gravidez e no Parto que serviram como base para a criação da Cartilha “O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto?” De acordo com Diniz (2003), essa publicação foi escrita para auxiliar os profissionais de saúde a lidar com esta nova realidade da assistência à mulher na gravidez, no parto e puerpério.

Esses direitos são considerados como direitos sexuais e reprodutivos. Quando são violados por um mau atendimento à parturiente em trabalho de parto e parto, podem provocar traumas e influenciar até a futura vida sexual da mulher. A usuária do sistema pode adquirir medo de engravidar porque receia “ter” que passar por aquela experiência desagradável de novo.

Sabemos que a indicação de vários procedimentos rotineiros tem sido questionados, assim como os benefícios a eles atribuídos. Muitos não são necessários nem seguros e ainda causam desconforto para muitas mulheres. Outros demonstraram ser danosos e devem ser prevenidos, tais como o uso rotineiro de ocitócitos para aceleração do parto, realização de episiotomia de rotina e a cesárea eletiva. Hoje em dia, lembra Diniz, a realidade é outra: as mulheres podem reivindicar seu direito à integridade corporal e à prevenção de procedimentos agressivos, sendo esses evitáveis, impedindo uma cascata de intervenções, extremamente prejudiciais tanto para ela quanto para o bebê (DINIZ, 2003).

Alinhavamos aqui algumas ações que podem ser executadas pelos profissionais de saúde para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto (DINIZ, 2003):

- Devemos explicar para a paciente, de uma maneira que ela possa entender, o que está se passando com ela naquele momento, o que podemos fazer e como ela pode colaborar. Desta forma, a elevamos à condição de pessoa que tem o direito de ser o sujeito da relação.

A comunicação (saber popular) que estabelecemos com as mulheres sob nosso cuidado é fundamental. Temos que lembrar que mesmo nesses casos as clientes continuam necessitando e tendo direito à informação.

- Conhecer e respeitar as evidências científicas – Evitar procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajudar a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir os progressos da ciência.

- Esgotar todas as possibilidades de assistência não-invasivas ao parto e à parturiente, de maneira que, após sua avaliação conjunta e em equipes, adotemos condutas e assistências menos intervencionistas e adequadas, de acordo com cada caso.

- Temos que tratar as pacientes como uma pessoa, com o devido respeito, apesar das condições de trabalho às vezes serem difíceis. Se não tivermos tempo para ouvi-la, precisamos trabalhar em parceria com os colegas do serviço de saúde. Promover o direito à condição de pessoa significa livrá-la de tratamento humilhante. Diniz acrescenta o seguinte:

Muitas vezes, somos tentados a fazer julgamentos e emitir nossas opiniões sobre o comportamento das pacientes, às vezes ‘prescrevendo’ as soluções que consideramos óbvias e o comportamento que julgamos mais adequados, ou ainda reprovando abertamente o que consideramos inadequados. É importante tentar nos colocar no lugar da paciente e evitar fazer comentários valorativos, que muitas vezes podem ser recebidos pelas pacientes como verdadeiras ofensas (DINIZ, 2003, p.12).

Outro procedimento humanizante que pode ser colocado à disposição das pacientes é reconhecer e promover o direito que elas têm de contar com um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência. A respeito, a Organização Mundial de Saúde faz a seguinte advertência:

A presença muitas vezes invasiva de estranhos e o isolamento das pessoas queridas durante o trabalho de parto estavam relacionados ao aumento do estresse, interferindo no andamento do parto, prolongando-o e desencadeando o que foi descrito como uma ‘cascata de intervenções’ (OMS, 1996, p.32).

Estudos desenvolvidos em vários países indicam que a presença do acompanhante tem sido associada a resultados muito positivos. Alguns autores sustentam que o procedimento diminui a solicitação de alívio da dor e o risco de cesárea ou de partos operatórios. O acompanhante também contribui para que a mulher vivencie o parto como uma experiência positiva, reduz a possibilidade de trauma perineal, o risco de desmame precoce e de dificuldades com a maternidade no pós-parto, entre outros (BRÜGGEMANN et al., 2007; HOTMISK, 2002; KITZINGER, 1996).

-Promover o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência é outro procedimento benéfico.

O direito ao acesso ao leito obstétrico para todas as parturientes, por exemplo, está inscrito na Constituição Brasileira e na legislação do Sistema Único de Saúde, que definem saúde como direito de todos e dever do Estado. Mas o acesso ao leito no parto é um problema crônico e complexo no Brasil.

Diniz aprofunda a análise e clarifica a questão do acesso ao leito. De acordo com ele, entre aquelas que dependem do SUS, ser admitida no serviço quase equivale a resolver o problema em si, pois significa estar incluída em algum sistema formal de assistência. Mais que o tipo ou qualidade da assistência, sustenta ele, o problema muitas das vezes parece reduzido a ter alguma assistência, *qualquer* assistência. “Em um contexto de tanta exclusão social, o acesso à internação hospitalar para o parto parece funcionar como um “ritual de inclusão”, cuja primeira etapa, aparentemente a mais crucial, é “conseguir entrar” no hospital” (DINIZ, 2003, p.11).

A segunda questão acrescenta o autor, é que nem todo leito obstétrico que está *vago* está *disponível*. Segundo ele, uma má distribuição e *carência* de leitos, real ou suposta, em especial no SUS, parece servir também para justificar distorções na assistência. “Entre elas está a aceleração dos partos de rotina, supostamente para permitir uma maior rotatividade

de leitos, desconsiderando e “atropelando” o ritmo fisiológico do parto e exigindo a imposição de uma noção inapropriada de produtividade (DINIZ, 2003, p.12).

Informar a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução é mais um procedimento a ser observado pelos profissionais de saúde.

É muito importante que os profissionais de saúde conheçam e informem as mulheres grávidas sobre seus direitos, já que sem conhecê-los elas não podem reivindicá-los. Esses direitos transcendem os muros do hospital e estão presentes na rua, nos transportes coletivos, em instituições públicas e privadas. Dizem respeito também aos direitos do trabalho, que são garantidos pelas leis trabalhistas – CLT; direitos reprodutivos e os direitos dos pais nos serviços de saúde, entre outros.

Por último, mas não menos destituído de importância, os profissionais de saúde devem investir em atualizações e reciclagens buscando maior satisfação e realização no trabalho.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2006, p.34), trata de temas da realidade que não podem ser quantificados, ou seja, trabalha com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O tipo é descritivo-exploratório, focando os fatores sócio-culturais e a influência no trabalho de parto e parto. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL 2008, p. 42).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Envolve o levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que "estimulem a compreensão" (GIL, 2008, p.41).

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que os pesquisadores sociais realizam preocupados com a atuação prática.

O método utilizado foi o de História de Vida. A escolha do método aconteceu pela característica do objeto de estudo em questão - fatores sócio-culturais e a influência no trabalho de parto e parto.

Em relação ao significado do termo História de Vida, a língua inglesa dispõe de duas palavras para traduzir o vocábulo francês *histoire*, que são *story* e *history*. Em 1970, o sociólogo americano Denzin propôs a distinção de terminologia conforme esclarece Bertaux (2005, p.20) em *life story* e *life history*.

Life story, a estória ou o relato da vida, que designa o relato de vida narrado tal como a pessoa vivenciou. O pesquisador não confirma a veracidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem o está narrando (BERTAUX, 2005, p.20).

Life history é utilizada para aprofundar estudos sobre a vida de um indivíduo, como nos estudos de caso. Nestes, além da narrativa da vida, inclui-se todos os documentos que possam ser consultados, tais como prontuário médico, processo judiciário, testes psicológicos, testemunhos de familiares, amigos, entrevistas de pessoas que conhecem o sujeito ou a situação do estudo (BERTAUX, 2005, p.20).

Denzin (1984, p.42) afirma que:

O propósito da investigação da estória de vida é revelar como as pessoas comuns dão sentido às suas vidas, dentro dos limites que lhes são concebidos. O problema mais importante da pesquisa de uma estória de vida é o da investigação de como as pessoas vivem o ciclo de acontecimentos chamado tempo de vida, e o fazem imprimindo a própria marca ou assinatura.

De acordo com Santos, uma História de Vida é a essência do que tenha acontecido a uma pessoa. O que é importante é que a história de vida seja contada no formato e estilo que sejam mais confortáveis ao narrador (SANTOS, 2009).

Neste estudo, utilizou-se a *life story*, uma vez que os depoimentos foram coletados diretamente com as puérperas, não havendo necessidade de confirmação de autenticidade do depoimento. O relato de vida é a única fonte de informação, sendo este dado definido pelo sujeito.

Segundo Bertaux (1980, p.1), o relato de vida resulta de uma forma particular de entrevista. Trata-se de um modelo narrativo durante o qual o pesquisador pede que uma pessoa, denominada “sujeito”, conte ao entrevistador uma parte ou a totalidade de sua experiência vivida.

Santos descreve, em detalhes, a metodologia aqui utilizada. O método de História de Vida, segundo ele, utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou mais informantes,

fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito, assim, liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador (SANTOS, 2009).

A História de Vida é uma narrativa completa, agradável, de toda a experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. Cada história de vida conterà uma visão de mundo pessoal, uma filosofia própria e sistemas de valores pessoais (SANTOS, 2009).

Já para Atkinson (1998, p.27), “os narradores de histórias de vida oferecem significados altamente pessoais, lembranças e interpretações próprias, fazendo do contar a história de vida, uma forma de arte”.

Glat (1989, p.32), por sua vez, destaca que uma característica fundamental deste método é que o pesquisador não tem controle da situação; ao contrário, todo estudo é direcionado pelo entrevistado, a partir da sua visão de mundo, de como vivencia os fatos e de como interage com estes. O autor sublinha, ainda, que a diferença fundamental do método História de Vida para outras abordagens metodológicas é que:

O pesquisador terá que ter respeito pela opinião do sujeito, não sendo visto como objeto passivo de estudo. Pelo contrário, o pesquisador e o sujeito se completam e se modificam mutuamente em uma relação dinâmica e dialética (GLAT 1989, p.32).

O mesmo Glat assinala a diferença fundamental entre o método de história de vida para outras abordagens metodológicas. Esta metodologia, diz ele, “tira o pesquisador do pedestal de dono do saber”. O entrevistador ouve o que o sujeito tem a dizer sobre ele mesmo, o que ele acredita que seja importante sobre a sua vida. (GLAT, 1989).

Santos; Santos (2008) vão além e aproximam o método dos caminhos que a pesquisa em enfermagem trilham atualmente:

As investigações na enfermagem têm buscado maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objeto de pesquisa, numa relação impessoal e fria. O Método História de Vida oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer

estudar, o que implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre a sua própria vida (SANTOS & SANTOS, 2008, p.715).

As Depoentes

O estudo foi desenvolvido com 10 mulheres (primíparas e multíparas) que tiveram experiências com o parto normal. A quantidade de sujeitos foi limitada de acordo com pontos de saturação, à medida que as falas começaram a se repetir.

A escolha das depoentes aconteceu de forma aleatória e de acordo com a data da realização das entrevistas e a distribuição das mulheres nas enfermarias, pois todas as mulheres se encontravam internadas em sistema de alojamento conjunto.

Antes da realização das entrevistas (no mesmo dia), a pesquisadora fazia um contato com a enfermeira do setor, a fim de saber quais eram as mulheres que haviam tido um parto normal. A pesquisadora entrava na enfermaria, cumprimentava as mulheres que se encontravam internadas, e confirmava com as puérperas o critério para inclusão na pesquisa: ter vivenciado o parto normal. Explicava que a participação na pesquisa acontece de forma espontânea, e que um termo de consentimento livre e esclarecido deveria ser assinado. A mulher também era informada a respeito do questionário e da solicitação única: Fale-me sobre a experiência que vivenciou no seu trabalho de parto e parto.

As mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa receberam um codinome com a letra “E” maiúscula seguida de números (E1, E2...), de acordo com a ordem de realização das entrevistas, a fim de garantir o sigilo e o anonimato. Elas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de maneira a atender aos aspectos éticos e legais regidos pela Resolução de 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, 1996).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer n.324A/2008, em 15/12/2008.

Crêterios de Inclusão

A pesquisadora entende que todas têm a sua cultura e modos de vida, encarando o trabalho de parto e parto de diferentes maneiras e convic es. Por isso podem, com suas experiências e vivências, contribuir para a pesquisa e, conseqüentemente, nos ajudar a perceber a melhor forma de prestar um cuidado de enfermagem adequado, respeitando os valores, as crenças e os hábitos de cada mulher.

Vale ressaltar que as mulheres que participaram do estudo estavam numa faixa etária compreendida entre os 16 e 37 anos. Estas mulheres poderiam estar em qualquer faixa etária desde que tivessem experimentado o parto normal, visto que a idade não impede sua participa o.

Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi o alojamento conjunto de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, localizada na zona norte do município, que presta assistência obstétrica às gestantes de baixo, médio e alto risco. O alojamento conjunto desta maternidade dispõe de 52 leitos de puerpério divididos em dois andares. Existem duas enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem por andar, em cada plantão de doze horas. A maternidade, que também tem UTI materna e UTI neonatal, foi a primeira no município do Rio de Janeiro a ser favorecida com a atua o das enfermeiras obstétricas naquilo que ficou conhecido como o Movimento de Humaniza o do Parto e Nascimento.

Instrumento de Coleta dos Depoimentos

As informa es foram coletadas com as mulheres após este estudo ser aprovado pelo Comitê de  tica em Pesquisa. A aprova o aconteceu nos meses de janeiro a março de 2009, mediante a realiza o de uma entrevista aberta baseada no Método de História de Vida. Como já foi dito, esta metodologia permite obter informa es na essência subjetiva da vida de

uma pessoa, o que vai ao encontro do objeto de estudo. Entenda-se aqui que se queremos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa (BERTAUX, 1980; BERTAUX, 2005).

As entrevistas foram gravadas em MP3 e posteriormente transcritas e analisadas. Utilizamos para coleta dos dados objetivos um questionário sócio-econômico-cultural e questões concernentes aos antecedentes obstétricos, a fim de identificarmos informações relevantes e complementares para análise dos fatores sócio-culturais que influenciam o trabalho de parto e parto.

O instrumento de coleta de depoimentos adotado foi uma entrevista aberta, com solicitação única: “Fale-me sobre a sua experiência com seu trabalho de parto e parto”. De acordo com Bertaux (1980, p.20) esta técnica “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”.

Os depoimentos tiveram 06 horas e 20 minutos de duração e sua transcrição rendeu 21 páginas.

Categorização das Depoentes

Para facilitar a compreensão do leitor, a caracterização das depoentes foi ilustrada em dois quadros apresentados a seguir:

Quadro 2: Perfil Sócio-Econômico-Cultural das Depoentes - Rio de Janeiro, RJ - 2009.

N	Idade	Bairro	Natura- -lidade	Escola- -ridade	Profissão	Renda Familiar (\$)	Estado Civil	Religião
E1	21	Nova Iguaçú	RJ	Ensino Fundamental	Do Lar	250,0	Solteira	Evangélica
E2	37	Pavuna	RN	Fundamental Incompleto	Cozinheira	1.800,00	Solteira	Católica
E3	31	Benfica	PB	Fundamental Incompleto	Do lar	2.000,00	Solteira	Católica
E4	28	Mangueira	RJ	Fundamental Incompleto	Manicure	500,00	Solteira	Evangélica
E5	31	Del Castilho	RJ	Superior Incompleto	Promotora de Vendas	800,00	Solteira	Evangélica
E6	16	Ilha do Governador	RJ	Fundamental Incompleto	Estudante	800,00	Solteira	Católica
E7	23	Duque de Caxias	RJ	Ensino Médio	Vendedora	1.200,00	Solteira	Evangélica
E8	21	Mesquita	RJ	Ensino Médio	Técnica de Enfermagem	1.200,00	Casada	Evangélica
E9	38	Mangueira	RJ	Superior Incompleto	Do Lar	1.400,00	Casada	Evangélica
E10	31	Jacarezinho	RJ	Ensino Fundamental	Do Lar	800,00	Casada	Evangélica

Fonte: Questionário do perfil sócio-econômico e cultural

Legenda: RJ (Rio de Janeiro), RN (Rio Grande de Norte), PB (Paraíba)

Nota: O valor do salário-mínimo vigente no período das entrevistas era de R\$415,00.

Em relação ao perfil sócio-econômico-cultural das 10 depoentes verificamos o seguinte: 08 (80%) delas estão na faixa etária entre 21 e 31 anos; 05 (50%) moram na zona norte do município do Rio de Janeiro; 04 (40%) apresentam baixa escolaridade; quanto à renda familiar 05 (50%) recebem até dois salários mínimos e 07 (70%) depoentes são solteiras.

Ao observarmos o quadro 01 podemos verificar que das 10 mulheres, 05 (50%) são moradoras da zona norte do município do Rio de Janeiro, em localidades mais próximas do hospital onde foram atendidas. As outras 05 mulheres (50%) precisaram percorrer longas distâncias em busca de atendimento obstétrico, pois residem em bairros mais distantes. Um estudo realizado no Município do Rio de Janeiro foi utilizado e trouxe dados sobre a peregrinação das gestantes e o perfil de óbitos e nascimentos. De acordo com o trabalho, nos nascimentos vinculados ao SUS, de um modo geral, a utilização dos serviços se reduz à

medida que aumentam as distâncias a serem percorridas pelos que demandam atendimento (MELO et al., 2007).

Nos depoimentos de 02 (20%) mulheres, ficou clara a dificuldade enfrenta pelas mulheres para encontrar uma maternidade que oferecesse vaga para internação obstétrica. A dificuldade de acesso também chegou a ser explicitada por elas. Essa situação é estressante para a parturiente: a mulher fica insegura e com medo quanto ao que pode acontecer com ela e com o seu bebê, e isso interfere negativamente no trabalho de parto e parto.

Ela que ficava me acalmando, por demorar a chegar aqui, e não ter lugar, maternidade para eu ter meu filho e ela ficava falando: Calma Dani, a gente vai encontrar maternidade, a gente vai encontrar uma vaga pra você e não tinha vaga! Eu falei assim: pronto! Eu vou morrer, meu filho vai morrer aqui na ambulância porque nenhuma maternidade queria aceitar! É muito difícil pra encontrar. (E1)

De acordo com Menezes, algumas instituições de saúde apresentam tanto a localização geográfica como a distribuição de leitos obstétricos de forma desigual. Na periferia da cidade, o padrão de escassez se alterna com o excesso de disponibilidade em outras áreas, como, por exemplo, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Isso faz com que o fluxo de gestantes em busca do atendimento aumente. Na medida em que longas distâncias são percorridas, fica evidente o difícil acesso e a inadequação das necessidades das parturientes aos serviços oferecidos (MENEZES, 2006).

Em relação à escolaridade, observamos que 04 (40%) mulheres não conseguiram concluir o ensino fundamental, apresentando uma baixa escolaridade. Pesquisas apontam que esse dado interfere desfavoravelmente no entendimento que a mulher possui da fisiologia do nascimento. Essa carência diminui a probabilidade dela ter conhecimentos não só sobre seu corpo, mas em relação às modificações relativas à sua gestação, assim como seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal. Diante desse quadro, sublinha Bezerra, ela acaba sofrendo uma série de intervenções obstétricas, sem ao menos questionar sua realização (BEZERRA, 2006).

Quanto à renda familiar mensal, das 10 depoentes, 05 (50%) recebem até dois salários-mínimos. Em relação à condição de trabalho, verificou-se que 05 (50%) mulheres exercem algum tipo de ocupação no mercado de trabalho. Cinco depoentes ocupam atividades restritas ao lar. Estes números sinalizam que a renda familiar de 50% das depoentes era pequena, reflexo dos altos níveis de desemprego familiar, limitação quanto a opções de trabalho e dificuldade de acesso à saúde.

Das dez entrevistadas, 05 (50%) exerciam atividades fora do lar. Segundo Maciel, este fato talvez não se deva somente à baixa escolaridade, mas também ao papel social assumido pelo companheiro, “daquele que sustenta”. Nesses casos, este último pode estar interferindo no contexto. Considere-se também o fato de que se sentir útil e produtivo economicamente é algo essencial ao ser humano (MACIEL, 2009).

De um modo geral, a mulher apresenta uma preocupação natural com a procedência do sustento dos seus filhos, com as condições sócio-econômicas durante todo ciclo gravídico-puerperal. A gestação é um período com diversos gastos. Nessa fase da vida é necessário planejamento para que a mulher possa parir e criar seus filhos. Viver economicamente no limite e saber que as despesas aumentarão ainda mais faz com que a futura mãe vivencie o trabalho de parto e o parto de maneira insegura.

Para Câmara, isso reforça a idéia do parto como acontecimento que se distancia de atos meramente biológicos, sendo considerado um processo social que reflete valores culturais de uma sociedade, imersa em aspectos político-econômicos (CAMARA, 2000).

Desta forma, segundo o mesmo autor, entende-se que aspectos sociais tais como nível econômico, acesso a educação e a informação, bem como aos serviços de saúde, entre outros, interferem e talvez até mesmo determinem a afinidade que a mulher terá em relação ao parto normal e a cesariana. Outros fatores que pesam são os culturais, entendidos como o complexo dos padrões de comportamento, das crenças e valores transmitidos coletivamente que se modificam entre cada grupo (CAMARA, 2000).

Helman acrescenta que existe uma estreita relação entre os fatores econômicos, a parturição e a cultura de cada sociedade. Em todas as sociedades, os homens invejam os poderes biológicos das mulheres de criar a vida, trazer ao mundo e sustentá-la com o seu próprio leite. Em algumas sociedades tradicionais as mulheres exercem grande poder pessoal, simbólico e econômico e têm maior autonomia (HELMAN, 2009).

A condição de preocupação e responsabilidade com o trabalho soma-se às outras preocupações acarretando uma tensão a mais neste momento, podendo interferir negativamente no trabalho de parto.

Das dez depoentes, 07 (70%) são solteiras e não desfrutavam uma união formal com seu parceiro no momento do parto. Essa situação conjugal insegura potencializa a condição desfavorável à gravidez. Santos vê o fenômeno como um dos fatores de risco gestacional, pois as mulheres sem parceiro fixo estão mais suscetíveis às adversidades da vida, entre elas uma maior predisposição às doenças sexualmente transmissíveis. E durante o trabalho de parto e parto elas experimentam a sensação de insegurança devido à ausência de seu parceiro (SANTOS, 2008).

Quadro 3: Antecedentes Obstétricos das Depoentes - Rio de Janeiro, RJ - 2009.

N	Paridade	Partos Normais	Partos Cesáreos	Abortos	Partos com Episiotomia	Pré-Natal
E1	GIV PIII	II	I	I	II	Sim
E2	GIV PII	II	0	II	II	Sim
E3	GIII PIII	II	I	0	II	Sim
E4	GVII PII	II	0	V	I	Sim
E5	GIII PII	II	0	I	I	Sim
E6	GI PI	I	0	0	I	Sim
E7	GI PI	I	0	0	I	Sim
E8	GI PI	I	0	0	I	Sim
E9	GII PI	I	0	I	I	Sim
E10	GIII PII	II	0	I	I	Sim

Fonte: Questionário de antecedentes obstétricos.

Legenda: Paridade: G (Gesta); P (Para).

Em relação aos dados obstétricos das 10 depoentes, 06 (60%) tiveram mais de um filho; apenas 02 (20%) tiveram a experiência de partos cirúrgicos anteriores aos partos normais; 06 (60%) fizeram abortos; todas as mulheres tiveram partos com episiotomia e realizaram pré-natal.

Ao verificarmos os dados obstétricos, constatamos que 07 (70%) mulheres são multíparas, sendo que apenas 01(10%) teve mais de cinco gestações. Estudos realizados por Soares (2008) apontam para um maior risco de morte materna (cerca de seis vezes a mais do que em mulheres com até duas gestações). Os perfis sócio-demográfico e reprodutivo também foram mais desfavoráveis para as multigestas (SOARES, 2008).

Quando associamos alguns dados sócio-econômico-culturais com dados obstétricos, percebemos que as mulheres que tiveram cinco gestações ou mais, apresentam baixa escolaridade.

A realidade de algumas mulheres desse estudo sinaliza que a baixa escolaridade, a idade igual ou acima de 30 anos e o pré-natal com menos de quatro consultas estavam associados com um maior número de gestações.

Das mulheres entrevistadas, 07 (70%) engravidaram mais de uma vez, e 06 (60%) se submeteram a aborto, das quais 02 (20%) abortaram 05 vezes, engrossando as estatísticas daquelas que estão no grupo de risco de morte materna por causas obstétricas diretas. De acordo com os dados oficiais, o risco é maior ainda entre as multíparas. E cerca de 90% dos óbitos, quando acontece, é considerado evitável (BRASIL, 2004).

Depreende-se, então, ser necessário um maior monitoramento das multigestas e das mulheres que se submetem a abortos e vivem em baixas condições sócio-econômicas. Urge também a necessidade de ações efetivas de planejamento familiar, além de serviços obstétricos qualificados para gestação de alto risco, o que pode contribuir para a redução da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro.

Contudo, não podemos ignorar que apesar da queda da taxa de fecundidade registrada no país - pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde chegamos a taxa de 1,8 filhos por mulher em 2006 - a RMM estimada permanece em níveis elevados, próximo a 72,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Esses dados indicam que apenas o controle da fecundidade não tem sido suficiente para a redução das mortes maternas (BRASIL, 2008).

Todas as mulheres que participaram deste estudo realizaram as consultas do pré-natal, conforme dispõe a legislação em vigor. A propósito, o Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas como referencial para se considerar um pré-natal adequado (BRASIL, 2005).

A importância da realização de um pré-natal de qualidade, pelo seu caráter preventivo, é indiscutível. Mas as consultas de pré-natal também precisam funcionar como uma estratégia para se promover a educação em saúde. Afinal de contas, quando as mulheres recebem as informações necessárias sobre a sua saúde e a do feto, passam a conhecer melhor o seu corpo, sentem-se mais seguras durante a gravidez, fortalecidas para enfrentarem o trabalho de parto, e confiantes no momento do parto.

Fiz o pré-natal todo. Não tive aquela lição do pré-natal, porque eu não participei de reuniões do parto pra incentivar você mais ainda em ter o parto normal. Não tive porque, referente ao trabalho, por isso não participei de nenhuma das reuniões. (E2)

As consultas de pré-natal são um veículo de informação, que instrumentalizam as mulheres durante a gestação. Essas ocasiões não só preparam a mulher para o trabalho de parto e parto, mas disponibilizam palestras educativas sobre diversas temáticas de interesse comum.

Fiz pré-natal direitinho, tive acompanhamento médico que foi ótimo. Meu filho foi uma criança saudável que não me deu trabalho nenhum. Tive apoio, ganhei muita coisa onde eu fiz pré-natal. Participei de palestras, aprendi a amamentar o neném, aprendi como trocar a fralda da criança, como dar banho. Eles explicaram sobre quem fuma, sobre quem usa drogas, mostraram as crianças que morreram, foram abortadas, mostraram as

crianças que morreram devido à mãe e ao pai usarem droga, fumarem bastante cigarro, essas coisas assim. (E1)

Quando as mulheres recebem as informações necessárias e importantes para esse período de suas vidas, elas sentem-se mais seguras e preparadas para enfrentar as dificuldades que possam surgir.

As primigestas sentem-se inseguras por nunca terem passado por este momento. Já as multíparas são influenciadas por vivências anteriores, experiências em sua maioria hospitalocêntricas, e são assistidas por médicos que utilizam uma conduta obstétrica intervencionista.

No segundo, infelizmente não pedi normal não. Foi parto normal porque eles disseram que ele estava pedindo pra vir normal, não estava pedindo pra vir cesárea não. Mas não foi bom não...foi muito grande né? Foi quase cinco quilos (E3)

A experiência vivenciada em cada trabalho de parto e parto é única e singular e, por isso, deve ser experimentada da melhor maneira possível. De maneira que as marcas físicas e emocionais vividas ao longo da gravidez, que geralmente são permanentes, criem as condições necessárias para um nascimento saudável que, por sua vez, vai gerar lembranças agradáveis e dignas de serem contadas.

Meu pré-natal também eu gostei. Peguei um médico ótimo, o médico que era do Pedro Ernesto, ele era o bam-bam-bam também, no finalzinho que ele me deixou, mas deixou tudo encaminhado, então foi uma experiência positiva. Ele me orientou direitinho. Eu descobri no pré-natal que eu tinha mioma. E eu tinha um monte de dúvidas, as pessoas falavam um monte de coisas sobre o mioma, ele esclareceu todas as minhas dúvidas nas consultas. Me livrou do “bicho-papão” que botavam na minha cabeça. Foi bom. (E9)

Vale ressaltar que em alguns países onde o cuidado à saúde é precário, como é o caso do Brasil, a assistência oferecida às mulheres na gestação, quer seja durante as consultas de pré-natal ou nas palestras educativas, representa, muitas vezes, a única oportunidade que elas têm para receber assistência à saúde.

Construção das Categorias

O processo analítico empregado foi a análise temática. Essa técnica “consiste em reportar, em cada relato de vida, as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro” (BERTAUX, 2005:99).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Segundo Bardin (1977, p.105), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Os depoimentos foram analisados respeitando-se a individualidade e a especificidade de cada depoente. Seus discursos, no entanto, foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram do discurso das mulheres.

Os fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada e um depoimento só pode ser compreendido quando re-inserido na história do sujeito, de maneira que a citação não seja indevidamente interpretada (BERTAUX, 2005, p.100). É só a partir do significado atribuído por cada depoente, à sua história de vida, que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

É importante frisar que as categorias de análise não foram determinadas antes do trabalho de campo. Conforme Santos & Santos, elas foram construídas a partir dos dados coletados nas entrevistas (SANTOS e SANTOS, 2008, p.718).

A principal vantagem do método História de Vida, segundo Glat, é

garantir que a tendência observada ou os fatos considerados dignos de interesse científico são os apontados pelos próprios sujeitos, e não aqueles que o pesquisador, de fora a priori, achava que ia encontrar (GLAT, 1994, p.16).

Para a construção das categorias utilizei a técnica de recorte e colagem através do programa do Office Word[®]. Após a leitura flutuante de todas as entrevistas, sinalizei os trechos nas laterais do texto transcrito dando minhas primeiras impressões sobre o tema. Numa segunda leitura, me apropriei das falas na íntegra, destaquei a fala, recortei e coleí e dei um título, fazendo um cabeçalho na parte superior. Por exemplo: boas experiências de parto. Depois comecei a procurar nas entrevistas se havia alguma fala que também se aproximasse dessa. Realizei, portanto, a CODIFICAÇÃO e assim emergiram 61 UNIDADES TEMÁTICAS.

UNIDADES TEMÁTICAS

1. Gratidão a Deus por um bom parto
2. Passar mal = trabalho de parto
3. Uso de tecnologias invasivas influenciando no trabalho de parto e parto
4. Boas experiências de parto
5. Trabalho durante o ciclo gravídico-puerperal
6. Nascimento saudável dos filhos
7. Referência à enfermidade de outro filho
8. Apoio do companheiro na gravidez, parto e pós-parto
9. Conhecimento do corpo
10. A perda de um filho
11. Parto sem demora
12. Bom atendimento
13. Observando o parto de outras mulheres
14. Complicações no parto de um familiar
15. Apoio da mãe e da família na gravidez, no parto e pós-parto
16. Gravidez inesperada
17. Rejeição ao pai do bebê
18. Gravidez na juventude
19. Experiência familiar de parto
20. Gravidez como doença
21. Gravidez de risco
22. Intercorrências na gravidez
23. Experiência ruim na gravidez
24. A cultura da cesariana
25. A preferência pelo parto normal
26. Parto domiciliar
27. Gravidez anterior sem dificuldade
28. Reconhecimento do conhecimento da parteira
29. Um parto diferente do outro
30. Experiência difícil x emocionante
31. O início do trabalho de parto
32. A dor no trabalho de parto

33. Influência do ambiente no trabalho de parto
34. Influência da experiência do trabalho de parto e parto de outras mulheres
35. Influência dos profissionais de saúde no trabalho de parto
36. Violência influenciando negativamente no trabalho de parto
37. Parto e nascimento como sofrimento
38. O nascimento
39. Conhecendo seu bebê
40. Intercorrências no pós-parto imediato
41. Exercendo a fé
42. Violência contra a mulher
43. Depressão pós-parto
44. Saindo da depressão
45. Sobrevivendo a episiotomia
46. Peregrinação das mulheres
47. Experiência ruim no parto
48. Dificuldade de acesso
49. A falta do acompanhante
50. Fazendo o pré-natal
51. Apoio dos amigos na gravidez, parto e pós-parto
52. Significado de ser mãe
53. Criada muito presa
54. Desconhecimento do corpo
55. Contando para a mãe sobre a gravidez
56. A presença do acompanhante
57. Modelo Biomédico
58. Movimento e respiração no trabalho de parto
59. Mulher tem que ser forte
60. Medicalizando o trabalho de parto e o parto
61. Descobrimo a enfermidade do filho

Após a codificação, fiz uma nova leitura das entrevistas na íntegra, comparando-as com as unidades temáticas, identificando a possibilidade de descobrir novos temas e a forma de como realizar os agrupamentos. Após esse exercício cheguei a 04 AGRUPAMENTOS que são chamados de **RE-CODIFICAÇÃO**.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO – Trabalho de Parto/ Parto/ Nascimento/ Pós-Parto

- Gratidão a Deus por um bom parto
- Passar mal = trabalho de parto
- Boas experiências de parto
- Apoio do companheiro na gravidez, parto e pós-parto
- Parto sem demora
- Observando o parto de outras mulheres
- Complicações no parto de um familiar
- Apoio da mãe e da família na gravidez, no parto e pós-parto
- Experiência familiar de parto

- A cultura da cesariana
- A preferência pelo parto normal
- Parto domiciliar
- Um parto diferente do outro
- O início do trabalho de parto
- A dor no trabalho de parto
- Influência do ambiente no trabalho de parto
- Influência da experiência do trabalho de parto e parto de outras mulheres
- Influência dos profissionais de saúde no trabalho de parto
- Parto e nascimento como sofrimento
- O nascimento
- Intercorrências no pós-parto imediato
- Depressão pós-parto
- Experiência ruim no parto
- Apoio dos amigos na gravidez, parto e pós-parto
- Movimento e respiração no trabalho de parto
- Nascimento saudável dos filhos
- Referência à enfermidade de outro filho
- A perda de um filho
- Conhecendo seu bebê
- Descobrimo a enfermidade do filho

SEGUNDO AGRUPAMENTO – Gravidez / Pré-Natal

- Trabalho durante o ciclo gravídico-puerperal
- Gravidez inesperada
- Gravidez na juventude
- Gravidez como doença
- Gravidez de risco
- Intercorrências na gravidez
- Experiência ruim na gravidez
- Gravidez anterior sem dificuldade
- Fazendo o pré-natal
- Contando para a mãe sobre a gravidez

TERCEIRO AGRUPAMENTO – Políticas Públicas / Violência

- Uso de tecnologias invasivas influenciando no trabalho de parto e parto
- Bom atendimento
- Violência do profissional influenciando negativamente no trabalho de parto
- Violência contra a mulher
- Sobrevivendo a episiotomia
- Peregrinação das mulheres
- Dificuldade de acesso
- A falta do acompanhante
- A presença do acompanhante
- Modelo Biomédico
- Medicalizando o trabalho de parto e o parto

QUARTO AGRUPAMENTO – Gênero / Religiosidade

- Conhecimento x desconhecimento do corpo
- Rejeição ao pai do bebê
- Reconhecimento do conhecimento da parteira
- Experiência difícil x emocionante
- Exercendo a fé
- Saindo da depressão
- Significado de ser mãe
- Criada muito presa
- Mulher tem que ser forte

O conceito de categoria, aqui, se refere a elementos com características comuns ou relacionados entre si, possibilitando ao investigador estabelecer classificações (GOMES, 1999). Após o agrupamento foi realizada nova leitura e, assim, emergiu uma grande categoria, com duas subcategorias, que chamamos de **SÍNTESE** – que deram origem à categoria analítica.

Categoria 1: Desvelando a cultura assistencial no trabalho de parto e parto: relatos de vida das mulheres.

Subcategoria 1.1: Violência Institucional: a realidade no trabalho de parto e parto revelada pelas mulheres.

Subcategoria 1.2: O (des) cumprimento das políticas públicas de saúde na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento.

Análise dos depoimentos

Para análise utilizamos a multirreferencialidade, que acontece através de múltiplos referenciais teóricos. Entre eles, incluímos, neste estudo, as Políticas Públicas de Saúde do Brasil, os Programas Assistenciais do Ministério da Saúde e diversos autores que se propõem a examinar os resultados da pesquisa a partir de ângulos diferentes e de diferentes domínios de análise.

A análise multirreferencial aqui proposta não tem como pretensão “esgotar” o objeto de estudo em questão, mas sim exercitar as possibilidades de “compreensão” dos acontecimentos, fatos e experiências vivas e dinâmicas.

Ao agrupar os depoimentos, identificamos uma dimensão social e cultural da influência no trabalho de parto e parto, estando todas, portanto, inter-relacionadas. Didaticamente, utilizamos o modelo de Sunrise construído por Madeleine Leininger (Leininger; McFarland, 2006). Essa ferramenta funciona de forma articulada, tornando-se, assim, um facilitador por trabalhar com os diversos fatores de maneira interrelacional. O modelo também nos ajuda a conhecer e melhor compreender a história de vida das mulheres. São sete os fatores utilizados por Madeleine Leininger: Tecnológicos, Políticos e Legais, Religiosos e Filosóficos, Educacionais, Valores Culturais e Modos de Vida, Companherismo e Sociais e Econômicos.

Encontramos no processo da análise temática dos depoimentos das mulheres vários aspectos semelhantes relacionados aos fatores sociais e culturais. Por isso, optamos por identificar os trechos relacionando-os com os fatores sociais e culturais de Madeleine Leininger, conforme demonstra o Quadro 4 abaixo reproduzido.

Quadro 4 – Identificação dos Trechos dos Fatores Sociais e Culturais - Modelo de Sunrise – Rio de Janeiro, RJ - 2009

Fatores	Trechos Identificados (n)
Tecnológicos	26
Políticos e Legais	10
Religiosos e Filosóficos	23
Educacionais	09
Valores Culturais e Modos de Vida	31
Companherismo e Sociais	31
Econômicos	06

Fonte: Depoimento das entrevistadas

Após estabelecer os agrupamentos e identificar a categoria e as duas subcategorias do estudo, elegemos cinco dos sete fatores para discussão e análise: tecnológicos, políticos e legais, educacionais, valores culturais e modos de vida e companheirismo e sociais. Os tópicos escolhidos permearam as duas subcategorias.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DEPOIMENTOS

CATEGORIA 1: DESVELANDO A CULTURA ASSISTENCIAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: RELATOS DE VIDA DAS MULHERES

Em pleno século XXI, a realidade vivenciada pelas mulheres no dia a dia das maternidades, durante o período reprodutivo, nos remete ao passado, fazendo-nos refletir sobre a experiência da vivência do parto e nascimento como um momento íntimo e privado, compartilhado em família.

Silva lembra que na metade do século passado, o cuidado à mulher se baseava em uma escuta atenta, na capacidade de observação e avaliação e na intuição das parteiras que acompanhavam a gestação. O trabalho de parto e o parto eram acompanhados por meio de visitas domiciliares. Os avanços tecnológicos úteis e necessários utilizados pela obstetrícia moderna ainda não existiam e os partos eram assistidos com recursos simples. (SILVA et al., 2005)

Hoje desfrutamos da evolução da informática, que nos permite trocar informações velozmente. Contamos também com o envolvimento da mídia nas campanhas educativas e informativas, que visam esclarecer a população. Além disso, o desenvolvimento tecnológico está sempre presente nas ações profissionais. A mobilização do Governo e de seus programas assistenciais também são importantes, tanto na implementação de políticas quanto na sanção de leis que favoreçam e beneficiem a mulher quanto aos aspectos integrais da sua saúde.

Apesar de todos esses recursos, os índices de mortalidade materna, embora estejam estáveis, permanecem muito elevados, refletindo deficiências importantes no atendimento. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS visa alcançar a redução nas taxas de cesariana de 80% para 60%, até 2011, ficando ainda aquém do recomendado pela OMS, que é de 15% de partos cesáreos (BRASIL, 2009).

No decorrer desta análise traremos à luz discussões pautadas nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil, articulando-as, assim, aos fatores sócio-culturais que influenciaram no trabalho de parto e parto. Levaremos em conta, natural e principalmente, os aspectos identificados na fala das mulheres.

SUB-CATEGORIA 1.1 – VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: A REALIDADE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO REVELADA PELAS MULHERES

A violência de gênero, em especial a que ocorre contra a mulher nos espaços públicos e institucionais, tem sido percebida pelos profissionais de saúde, pelas mulheres e seus familiares, diariamente nos serviços de saúde. Esse fenômeno foi explicitado no decorrer desta pesquisa por algumas depoentes. Esta forma de violência, que penaliza sobretudo as mulheres, é um problema de saúde pública e uma violação explícita dos direitos humanos.

Violência de gênero caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, numa relação pautada em desigualdade e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais (NIJAINÉ et al., 2009. cap.7 p.149).

Minayo (1999:8) sustenta que é difícil definir violência porque não há como substantivá-la, já que o fenômeno é produzido pelas relações sociais, podendo materializar-se em atos, palavras, costumes ou práticas institucionalizadas.

Silva sublinha que a gravidez e o parto são experiências sociais significativas e, quando bem acompanhadas, concretizam o sonho de muitas mulheres de tornar-se mãe. O profissional de saúde é participante deste processo de vida, e possui em suas mãos a responsabilidade do bem-estar de toda uma família (SILVA, 2002).

Reproduzimos aqui o depoimento de alguns autores que se ocuparam do tema da violência. Dahlberg e Krug, por exemplo, contextualizaram o assunto ao longo do processo histórico. Em todas as suas formas, dizem eles, a violência permeia as sociedades desde os

tempos mais remotos até os dias atuais. Ela tem raízes históricas e está presente em toda experiência humana. Trata-se, assim, de um fenômeno sócio-histórico, porém a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inerente a sua condição humana. Sistemas religiosos, filosóficos, legais e comunitários foram desenvolvidos a fim de prevenir ou limitar a violência. Não foram eficazes e deram apenas contribuições a esse traço definidor da civilização (DAHLBERG; KRUG, 2008).

Segundo Minayo (2006), a violência torna-se um problema na área da saúde, pois afeta o ser humano individual e coletivamente. Para o seu enfrentamento, portanto, é necessária não só a formulação de políticas específicas, mas a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

O mesmo autor acrescenta que, na década de 80, a sociedade ocidental como um todo e o Brasil em particular se debruçam sobre o tema. A violência entra com mais força na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Porém, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram oficialmente a falar especificamente da questão (MINAYO, 2006).

A violência tem impactado o mundo e isso tem sido percebido de diversas formas. Anualmente mais de um milhão de pessoas morrem, e muitas sofrem lesões não fatais resultantes de auto-injúrias, de agressões interpessoais ou de violência coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2008).

De acordo com os mesmos autores, algumas causas da violência são facilmente constatadas enquanto outras se encontram enraizadas e escamoteadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. As características biológicas e individuais, por exemplo, podem explicar a predisposição para a agressão. Estes fatores frequentemente interagem com outros fatores, como os familiares, culturais e externos, resultando em situações violentas; esses fatores, no entanto, podem ser modificados (DAHLBERG & KRUG, 2008).

Dahlberg e Krug dedicaram ao tema, boa parte de sua produção. Apesar, dizem eles, de a tecnologia tornar visíveis, diariamente, certos tipos de violência através da mídia, um grande quantitativo de atitudes violentas ocorre sem serem vistas nos lares, locais de trabalho e instituições sociais e de saúde. As vítimas, em sua maioria, não têm condições de se protegerem ou são forçadas a se manterem caladas diante da violência vivenciada (DAHLBERG; KRUG, 2008).

Desde a década de 80, acrescentam os autores, muitos profissionais, dentre eles médicos e pesquisadores, têm se dedicado a compreender as origens da violência bem como os caminhos para a sua prevenção. Se o avanço tecnológico possibilitou a prevenção, e conseqüente, a redução de complicações relacionadas à gravidez e alguns agravos, da mesma forma a violência e seus efeitos devastadores poderão ser evitados (DAHLBERG; KRUG, 2008).

Ao tentarmos compreender a complexidade das múltiplas formas da violência, temos antes que conhecer sua definição. De acordo com a OMS, a violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte, ou possa resultar, em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 2002).

Nesta definição a OMS se preocupa em associar a intenção com a execução do ato, sem levar em conta os resultados, e exclui os incidentes não intencionais. Alguns agressores, assim, podem agir intencionalmente de maneira violenta, provocando efeitos adversos para a saúde alheia, mas não percebem seu ato como violento.

De acordo com Walters; Parke (1964), devemos considerar a violência como um fenômeno culturalmente determinado, onde a intenção de ferir pode existir. Dahlberg e Krug acrescentam, no entanto, que a influência cultural e as crenças fazem com que o agressor não considere seus atos como violentos (DAHLBERG; KRUG, 2008).

A utilização da palavra “poder” dá um sentido mais amplo ao conceito habitual de violência, pois inclui atos resultantes das relações de poder desiguais, durante as quais podem ocorrer ameaças e intimidações. Nestes casos, o uso deste “poder” pode incluir atos de omissão e negligência. Logo, a expressão “uso de força física ou poder” inclui a negligência e vários tipos de abusos: sexual, físico, psicológico e os auto-infligidos, todos com profundas conseqüências psicológicas.

Algumas faces dessa violência podem não produzir sofrimento e morte, mas impõem um “fardo pesado” em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Podem ser conseqüências imediatas ou ter efeitos que demorem anos para surgir. Nem sempre os maiores males são aqueles que estão visíveis aos nossos olhos. Na verdade, existem traumas emocionais e psicológicos que podem destruir muitas vidas. Não podemos incorrer no erro de subestimar ou limitar os efeitos devastadores da violência, argumentam os recorrentes Dahlberg;Krug (2008).

A violência não é um simples processo a ser analisado, mas sim um fenômeno bastante complexo, já que resulta de um somatório de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Logo, um único fator não é capaz de explicar o comportamento violento de um indivíduo.

Dahlberg;Krug (2008) tomam por parâmetro o modelo ecológico, introduzido inicialmente no fim da década de 70. O artifício ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência que envolve o indivíduo e suas relações com a comunidade e a sociedade. Segundo os autores, os contextos sócio-econômico-culturais associados à violência e a seus fatores de risco, por intermédio dos níveis do modelo ecológico, podem contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

Na resolução WHA49.25, de 1996, da Assembléia Mundial de Saúde, ao considerar a violência como um problema de saúde pública, a OMS desenvolve uma tipologia

da violência, caracterizando os seus diversos tipos. O fórum classificou o fenômeno em três grandes categorias: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

Aqui neste estudo vamos nos restringir ao conceito de violência interpessoal na subcategoria violência na comunidade. Trata-se daquela violência que acontece entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não ser conhecidos. Na maioria das vezes, ela ocorre fora dos lares, durante eventos em instituições como locais de trabalho, escolas, hospitais, asilos e prisões. Dalbergh;Krug (2008) fazem a seguinte citação para descrevê-la:

A violência institucional é aquela que acontece dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. No caso do setor saúde a tentativa de humanizar a assistência é o reconhecimento de que a tendência das instituições e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização das pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários (MINAYO, 2009. cap.1 p.33).

Este tipo de violência institucionalizada envolve práticas que são aceitáveis do ponto de vista social, pois reforçam valores e preconceitos intrínsecos na sociedade moderna.

O Ministério da Saúde define este tipo de violência como:

Aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2002).

A violência institucional é um tipo de violência motivada por desigualdades, quer sejam de gênero, étnico-raciais, econômicas e predominantes em diferentes sociedades. Segundo Faleiro, essas desigualdades se formalizam e se institucionalizam em diferentes organizações privadas e aparelhos estatais, como também nos diferentes grupos que constituem essas sociedades. Essa violência é especialmente grave porque vem a ser

praticada por detentores autorizados de poder e/ou saber, contra pessoas em situação de especial fragilidade, impossibilitadas de defesa (FALEIRO, 2007).

De acordo com Taquette (2007), ela (a violência) se “circunscreve nas relações internas estabelecidas na instituição (abusos de poder, autoritarismo), assim como nas externas e estruturais, em especial por meio da chamada má qualidade dos serviços”. Estes últimos estão intimamente relacionados com o sucateamento das políticas públicas no Brasil. Deslandes (1999), D'Oliveira (2002) e Gebara (2000) vão adiante e explicitam que a violência institucional é aquela em que as mulheres são submetidas a constrangimentos nos serviços de saúde.

Eu estava nervosa... O médico falou que estava gritando, mas eu não estava gritando, eu estava fazendo força e nisso que eu fazia força eu dava um grito. Diz ele que era um grito, pra mim não era um grito. Por isso que ele reclamou comigo, e porque eu fiquei agoniada porque eles dão anestesia para costurar a gente. Aí ele estava costurando e eu estava querendo botar a mão porque eu estava com nervoso. Não estava doendo, só que ele vinha com... Acho que era um algodão que ele passava com aquele negócio... Merthiolate. Aí passava assim, e estava gelado, e eu afastava o corpo pra trás. Ele falava pra mim: se eu não conseguir costurar isso aqui, eu vou ter que soltar tudo de novo e voltar a costurar de novo, você quer isso? Eu disse: não! Mas eu não consegui ficar no lugar, certo? Porque toda vez que ele encostava o algodão eu ia para trás. Por isso que ele gritou comigo. (E6)

Depreende-se do relato aqui reproduzido que dentro destas instituições a violência pode se dar por meio da fala dos profissionais de saúde. Bastos e Silva (2007) confirmam a hipótese quando descrevem o caso de adolescentes em trabalho de parto:

Ao solicitar assistência para o alívio da dor, ouvem comentários que denunciam como a gravidez nessa idade ainda é reprovável e merece algum tipo de sanção: ‘Agora agüenta, tivesse pensado na hora de fazer’. Ou, quando a jovem tem um segundo filho, é comum escutar frases pejorativas e moralizantes: ‘O primeiro tudo bem, mas o segundo já é safadeza (BASTOS E SILVA, 2007, p.8).

Mas essa violência se potencializa quando enfocamos a questão de gênero. Bastos e Silva (2007) afirmam que as mulheres sofrem mais preconceito e violência nas instituições. “E a vulnerabilidade delas aumenta quando são pobres, negras e adolescentes” – alertam os autores. É nesta perspectiva que a violência contra a mulher tem sido compreendida,

conforme entendem Watts e Zimmerman: “como resultante das relações conflituosas de poder entre homens e mulheres, onde o masculino é quem determina o papel do feminino, não sendo esta uma determinação biológica, e sim social (WATTS & ZIMMERMAN, 2002). O depoimento aqui transcrito ilustra bem a situação:

Eu lembro também de um fato muito chato, tinha um grupinho de enfermeiras conversando enquanto ela tava me dando os pontos. A sensação que eu tinha é que eu ia morrer com aquela dor de ser costurada a sangue frio. Aí eu falei: enfermeira me ajuda! Aí ela falou: ih, ó, me solta! Segura no ferro aí! Eu tinha segurado no braço dela. Aí ela falou: ai, me solta! Segura no ferro aí! Um ferro assim, dos lados da cama em que eu estava. Aí eu chorei, eu não tava chorando de soluçar, não; as lágrimas desciam. (E8)

Na definição da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela OEA em 1994), a violência contra a mulher é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. O encontro definiu também que “constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades”.

Sabe-se que a violência contra a mulher transcende todos os setores da sociedade, independente de fatores como raça, classe, idade, religião, nível educacional, cultural e outros. Este documento, portanto, contribui positivamente para a proteção dos direitos da mulher e a eliminação das situações de violência que possam afetá-la.

No centro obstétrico, é fácil identificar a falta de ética e comunicação quando a parturiente em trabalho de parto e durante o parto é abordada (SILVA, 2003).

Se você ficar nervosa é pior pra você, o médico vai te deixar sofrendo. Então não faça escândalo! (E5)

Nogueira (1994:31), diz que esta modalidade de violência institucional pode passar despercebida não pelo fato de ser menos cruel, mas por se apresentar de forma sutil.

Eu só ficava um pouco com medo quando mudava o plantão, porque tinha uma enfermeira que eu tinha pavor dela. Porque quando ela veio me dá o toque eu falava é agora que vou morrer. Ela não tinha a menor pena de mim. Até quando ela veio uma vez eu lembro que eu falei assim... Oh enfermeira, devagar, por favor, isso dói muito, não sei o que... ela cruzou o braço, ficou olhando pra minha cara e falou: quando puder me chama e saiu. Aí eu fiquei triste assim, eu vi que ela não estava tentando entender, assim... eu não sei, eu tinha muito medo dela, ela era séria pra caramba. Aí eu já ficava na expectativa quando mudava o plantão. (E8)

No caso das parturientes, é possível até admitir que, como se trata de vida e nascimento, os profissionais de saúde não tenham consciência da violência que cometem contra as mulheres (SILVA, 2003, p.).

Ver foi muito incrível esse momento e eu saí dali depois de bastante sofrimento. Porque eu tive uma sutura no colo do útero, e eu depois fiquei com um pouquinho de hemorragia. E eu fiquei muito tempo na mesa de parto pra levar ponto, a anestesia parou de fazer efeito e me costuraram a sangue frio, e foi aí que eu gritei, aí eu não suportei. (E8)

Na verdade, as relações de poder no trabalho de parto e parto assumem contornos preocupantes, já que a mulher está não só submetida, mas fragilizada. E muitos profissionais dão uma verdadeira “bronca” quando elas (as parturientes) não se submetem à sua autoridade (SILVA, 2003).

E exemplos não faltam. Quando as mulheres são múltíparas, às vezes ouvem comentários desrespeitosos do tipo: “não tem televisão em casa” ou “porque está reclamando se já sabe como é?” Elas são submetidas a constrangimentos na frente da equipe de saúde e até mesmo do acompanhante, que também se cala, pois existe um respeito cultural à figura do profissional de saúde. A submissão é total e o comportamento dos profissionais não é questionado porque a mulher e seus familiares esperam, o tempo todo, um bom desfecho para o parto e o nascimento.

Penna (1997, p.176) aponta, em seu estudo, que no dia em que for reconhecido que a sexualidade está no corpo das pessoas, nos seus atos e nas expressões verbais e não-verbais de seus sentimentos, poderemos implementar cuidados mais dignos, menos constrangedores, mais efetivos e respeitosos. Ainda há tempo para reverter os

constrangimentos a que a “norma institucional” submete essas mulheres. Um cuidado mal prestado fica para sempre e deixa marcas.

A violência é um grave problema de saúde pública encontrado no Brasil e no mundo. Ela afeta os seres humanos em qualquer sociedade. Mesmo quando se apresenta nas suas formas mais sutis, causa danos de várias naturezas e gera conseqüências indesejáveis.

Quando estudamos a história de vida das mulheres, percebemos que uma experiência com qualquer tipo de violência marca suas vidas. Elas seguramente passam essa experiência para outras mulheres e aquelas que ainda não vivenciaram o trabalho de parto e parto serão influenciadas negativamente pelo relato de suas experiências.

A vivência do trabalho de parto e parto foi uma experiência singular para cada mulher pesquisada neste estudo. O trabalho aqui descrito aconteceu em uma maternidade do município do Rio de Janeiro, uma das três grandes metrópoles brasileiras. As experiências vividas não aconteceram no interior do Estado ou do país, onde geralmente há um número reduzido de profissionais especializados, faltam recursos materiais e existem poucas unidades com uma adequada assistência obstétrica e neonatal. Nosso levantamento tampouco aconteceu num espaço social onde os profissionais reclamam da falta de cursos de atualização e capacitação.

Convivemos com mulheres assistidas em uma maternidade referência para gestação de alto risco, primeiro campo de atuação de enfermeiras obstétricas na assistência humanizada ao parto e nascimento no Rio de Janeiro. Apesar do perfil da instituição e de sua localização, ainda assim, identificamos formas de violência – de onde se depreende que as causas para a ocorrência da violência são multifatoriais. As conseqüências, no entanto, são sempre maléficas.

Nem sempre a mulher percebe a violência perpetrada pelos profissionais, pois, desgraçadamente, o contexto do ambiente em que elas vivem, nos quais predominam a falta de estrutura, violência doméstica e alimentação inadequada, é muito pior do que o encontrado

no ambiente do nascimento. Quem sabe isso também contribui para a manutenção de um estado de coisas como o que presenciamos diariamente na instituição: um atendimento desrespeitoso e que acontece com uma certa frequência.

De acordo com Leininger (2006:48), o contexto do ambiente é a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado às expressões humanas, interpretações, e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio-políticos e culturais determinados.

Collaço (2002) afirma que no processo de parir o contexto ambiental fará parte de toda a experiência de parir. Ou seja: a mulher chega ao serviço de saúde com sua cultura, sua visão de mundo, interage com a equipe de saúde desde a chegada na maternidade e na internação, até sua alta hospitalar.

Quando é desrespeitada em relação a sua cultura, seus valores, sua visão de mundo e seus modos de vida, a mulher tem seus direitos de cidadã violados. Essa arbitrariedade é, na verdade, uma forma evidente de violência. O que se configura, assim, é o uso da força e, quando isso acontece, seja lá em que contexto, as conseqüências são danosas. Aqui, no caso, elas interferem diretamente no processo fisiológico do trabalho de parto e parto.

SUBCATEGORIA 1.2: O DESCUMPRIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

O termo “política” é derivado do grego *polithe*, e significa formas como o poder é apropriado e exercido. Políticas públicas é um conceito que representa as estratégias por meio das quais o Estado estabelece prioridades e justifica a alocação dos recursos de que dispõe (MINAYO, 2009, p.43).

Políticas públicas são, conforme Minayo, ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos próprios. Envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema (MINAYO, 2009, p.43).

Ainda segundo este autor, toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade. Sua prioridade em determinado governo é precedido de uma história que inclui pressões do contexto nacional e internacional. É o caso da Política de Redução de Morbimortalidade Materna (MINAYO, 2009, p.43).

Atualmente, o mais cruel, no momento em que a mulher se descobre gestante, é a peregrinação que vai precisar enfrentar nos nove meses de gestação - que vai desde as consultas de pré-natal até o nascimento. Essas dificuldades frequentemente começam no final do 1º trimestre da gravidez por falta de vagas na rede municipal e estadual de saúde no município do Rio de Janeiro. Quando chega a hora do parto, sublinha Goulart, a maior preocupação relatada pelas mulheres é a de encontrar uma maternidade que garanta um atendimento digno no trabalho de parto e parto (GOULART, 2005).

Os exemplos no Município do Rio de Janeiro são emblemáticos. A mídia costuma veicular a verdadeira via crucis que a mulher, acompanhada de seus familiares, precisa percorrer para conseguir atendimento nas maternidades. Os jornais e os noticiários locais da TV frequentemente abordam o tema. Às vezes, destaca Andrade, a mulher consegue atendimento e passa pela triagem obstétrica. O profissional, no entanto, diz a ela que aquele não é o momento da “boa hora” e recomenda que a usuária volte quando as dores apertarem - sem saber onde essas mulheres residem e quantas horas de viagem separam suas casas do posto de atendimento (ANDRADE et al., 2008).

No Brasil há sérias dificuldades de acesso aos serviços. Além disso, há déficit de leitos de maternidades em grandes áreas geográficas, o que leva ao desenvolvimento

freqüente do “fenômeno” da “peregrinação” por leito durante o trabalho de parto e parto. Isso pode acarretar graves desfechos para a mulher e para o bebê, assinala Tanaka (1995).

A portaria n.571/GM, de junho de 2000, instituiu o componente II do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN). O documento dispõe sobre a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS. Suas disposições viabilizam várias atividades – mediante parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, municípios, Distrito Federal e unidades hospitalares que realizam atendimento obstétrico e neonatal no SUS - entre elas a implantação de centrais municipais de regulação obstétrica e neonatal. Com base na noção de humanização e de qualidade da assistência, tal portaria reconhece a necessidade de se constituir esforços para efetivar o processo de reorientação da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2000).

De acordo com Tanaka, um estudo realizado em São Paulo mostrou que a dificuldade de acesso às maternidades foi um dos principais fatores responsáveis pelos índices de morte materna. A peregrinação das gestantes por vários hospitais à procura de vaga para internação fez com que a assistência ao parto fosse prestada tardiamente, levando a complicações que culminaram na morte dessas mulheres (TANAKA, 1995).

Por eu estar de gravidez de alto risco, a maternidade, o hospital deveria me aceitar, mas no início eles não aceitavam. Falaram que não tinha como, que estava lotado, estava cheio; E para arrumar informação pra chegar até aqui foi ruim, demorou muito na ambulância, a ambulância não encontrava o local, na maternidade eles não explicaram onde era. O cara falou: onde fica esse hospital? E eles falaram que fica em São Cristóvão. Só que não explicaram onde era e demorou muito pra chegar até aqui, pois eles não sabiam o endereço. Quando chegou aqui, até que foi rápido. Ele já chegou com o neném nascendo no elevador. Aí por isso que foi rápido, senão eles teriam me botado pra esperar também. Eles falaram que estava lotado e que não tinha vaga. Só me aceitaram mesmo porque ele já estava nascendo, já chegou nascendo. Por isso que me aceitaram. (E1)

Histórias de peregrinação perinatal de mulheres se repetem não só nos grandes centros, como nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, mas em outros estados e regiões

do país. Apesar das diferenças regionais, culturais, de modos e estilos de vida, de costumes e hábitos, elas precisam transpor os obstáculos que se apresentam para encontrar uma maternidade que lhes assegure um parto e nascimento tranqüilo para o bebê, alerta Andrade (2008).

Uma notícia publicada no Jornal O Globo, em 2007, ilustra bem a realidade enfrentada por uma boa parcela das mulheres que recorrem aos serviços públicos de saúde. A matéria em questão trouxe à tona o caso de Joana, adolescente de 17 anos, que faleceu naquele ano com o seu bebê, que receberia o nome de Pedro, após passar por quatro maternidades em busca de atendimento. Sua peregrinação teve a incrível duração de 27 horas.

Uma depoente do estudo aqui apresentado confirma que muito pouca coisa mudou de lá para cá. A entrevistada relatou dificuldade para achar vaga em uma maternidade que lhe garantisse um parto tranqüilo e seguro, tanto para ela quanto para o bebê. Seu depoimento indica a dificuldade de acesso às maternidades quando elas (as usuárias do sistema) vêm de alguns bairros mais distantes. Todas essas situações marcam e interferem tanto no trabalho de parto quanto no momento do parto das parturientes.

Ela que ficava me acalmando, por demorar a chegar aqui, e não ter lugar, maternidade para eu ter meu filho e ela ficava falando: Calma Dani, a gente vai encontrar maternidade, a gente vai encontrar uma vaga pra você e não tinha vaga! Eu falei assim: pronto! Eu vou morrer, meu filho vai morrer aqui na ambulância porque nenhuma maternidade queria aceitar! É muito difícil pra encontrar (E1)

Um estudo desenvolvido por Hotimsky evidenciou que a incerteza de encontrar vaga hospitalar no momento do parto é “uma das maiores fontes de temores e angústia de gestantes usuárias do SUS” (HOTIMSKY, 2002).

Sabe-se ainda que quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso aos serviços e menor a probabilidade de adequação de suas necessidades aos serviços oferecidos. Isso acontece especialmente quando se trata de pacientes de alto risco.

Vale ressaltar que é inútil a determinação do risco de uma gestante se a chegada à maternidade de referência não ocorre a tempo. Menezes (et AL., 2006) aponta, entre os motivos para tal atraso, as longas distâncias a serem percorridas, a falta de um sistema de transporte e comunicação eficazes e referenciamento adequados.

O relato de outra mulher pesquisada revela, segundo suas próprias palavras, a experiência ruim e angustiante que ela vivenciou ao percorrer a distância até a maternidade para onde foi transferida.

Aí eu fiquei na maternidade lá onde eu moro, na Maternidade de Seropédica, eles também não queriam me aceitar. Aí fiquei lá; para arrumar uma transferência pra mim foi muito ruim, muito ruim. Foram conseguir aqui nesse hospital; e demorou muito pra chegar aqui, muito, muito, muito (E1)

Para Menezes (2006), esse fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde. A situação assume proporções mais graves quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTI neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade. O relato aqui reproduzido traz à tona o problema:

Fui pra Santa Helena, o hospital onde eu fiz o pré-natal, sendo que eles não me aceitaram lá porque era prematuro né! E me mandaram pro Hospital de Bonsucesso (E5)

Tudo isto configura, assim, a chamada peregrinação anteparto, ou seja, a busca de serviços de saúde para gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto (MENEZES et al., 2006). Outro depoimento indica o grau de sacrifício a que a mulher é submetida:

E vim pra cá, porque eu moro em Nova Iguaçu, e vim pra cá pra baixo, pro Centro, pra procurar uma orientação. Porque eu já estava com 37, com 38 semanas (E8)

Algumas mulheres se sentem tão ansiosas no final da gestação, inseguras quanto a obter ou não a vaga para ter seu bebê, que, antes de entrar em trabalho de parto ou mesmo antes que a data provável do parto chegue, já saem em busca de uma maternidade que lhes garanta o atendimento.

Todo cidadão goza de direitos e cumpre deveres na sociedade independente de quem seja. Logo, toda mulher tem o direito a uma gravidez saudável e um parto seguro. Mas será que esses direitos são conhecidos pelas gestantes?

Na maioria dos casos, sublinha Diniz, o desrespeito aos direitos do indivíduo é resultado do desconhecimento do próprio sujeito que, por isso, não exige seus direitos, fazendo com que sejam descumpridos (DINIZ, 2003).

Durante a gestação, a mulher tem direitos que abrangem desde a vida social até o momento do parto. Ela necessita, no entanto, conhecê-los para que eles efetivamente funcionem a seu favor. Foi pensando na conscientização das mulheres quanto a seus direitos durante a gestação, parto e pós-parto, que a Rede Saúde, em parceria com a Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, elaborou uma cartilha que mostra, de forma clara e resumida, os direitos da mulher durante estas etapas de vida (REDESAUDE, 2000).

Em diversos estabelecimentos do país, públicos e privados, a gestante tem prioridade no atendimento, sendo este um direito social da mulher. Todos esses direitos são garantidos pelas Leis Trabalhistas. Caso não sejam respeitados, a gestante deve procurar os sindicatos ou associações de sua categoria profissional. Se a sua categoria profissional não tiver sindicato ou associação, a mulher deve obter ajuda diretamente na Justiça do Trabalho ou no Ministério Público.

Reproduzimos aqui trechos da farta literatura existente sobre o tema:

Nas Unidades de Saúde, a mulher deve ser atendida com dignidade e respeito pelos profissionais de saúde sem discriminação de qualquer natureza. É direito delas aguardar atendimento em locais adequados com água, sanitários devidamente limpos e arejados e ter

ainda, à sua disposição, um serviço de qualidade, pois isto também se constitui um direito seu (HOTISMKY, 2002).

Toda gestante tem direito ao pré-natal que deve assegurar a ela uma gestação saudável e um parto seguro. O cartão de acompanhamento pré-natal contendo informações relevantes sobre sua saúde, gestação e exames realizados, entre outras coisas, deve ser concedido à mulher (BRASIL, 2000).

Se, porventura, ela precisar ou mesmo desejar ser acompanhada por alguém nas consultas de pré-natal este direito deverá ser respeitado. Outras informações relacionadas à gestação, parto, pós-parto, nutrição, sexualidade, métodos contraceptivos, DST/AIDS, amamentação e cuidados com o RN devem ser oferecidas pela equipe de saúde (REDE SAÚDE, 2000).

A mulher também tem direitos durante o trabalho de parto. Entre eles destacamos: ser escutada; ter suas dúvidas esclarecidas; expressar suas reações e sentimentos; contar com a presença de um acompanhante de sua escolha; ter justificado cada procedimento a ser realizado, bem como se alimentar (exceto em casos específicos) (BRASIL, 2001).

Após o parto, ela tem o direito de ter seu bebê junto de si e amamentá-lo (quando ambos estão livres de quaisquer problemas). No momento da alta ela deve ser orientada sobre onde e quando deverá se dirigir para realizar sua consulta de pós-parto. A orientação deverá ser extensiva ao bebê, no que diz respeito à consulta da puericultura e acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Já o pai tem o direito de participar da gestação, do parto e pós-parto, tendo seu acesso facilitado nas unidades de saúde para que acompanhe a mulher e o bebê a qualquer hora (REDE SAÚDE, 2000).

Quando as mulheres desconhecem seus direitos como cidadã, durante a gravidez e no parto, fica ainda mais difícil ver tais direitos cumpridos, já que as usuárias não cobram do Sistema Único de Saúde (SUS) seu cumprimento. O desrespeito aos direitos das mulheres

também atinge suas famílias e perpassa a questão legal. Trata-se de uma questão ética do ser humano e da vida.

O mal-estar causado por tais situações alcança a equipe de saúde, a mulher, sua família, a comunidade e a sociedade. Os danos muitas vezes são irreversíveis, provocam sequelas e podem até culminar com a morte.

Dias assinala que a humanização da assistência à saúde da mulher vem sendo proposta nas últimas décadas por meio de Políticas Públicas. Isso deixa claro que o antigo modelo de assistência foi insuficiente para suprir as necessidades integrais da saúde da mulher. Tampouco reduziu os elevados índices de mortalidade materna, ocasionados, em parte, pelo intervencionismo técnico desnecessário durante o trabalho de parto e parto, que, por sua vez, interfere no processo natural e fisiológico do parto e nascimento (DIAS, 2005).

Entendemos humanização da atenção em saúde como um processo contínuo e que demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2004).

Pereira lembra que a nova proposta de humanização à assistência ao parto e nascimento vem sendo discutida desde 1987, por ocasião da Conferência Internacional para Maternidade Segura em Nairobi (OMS, Fundo das Nações Unidas, UNICEF e Banco Mundial). Seu objetivo, lembra ele, é elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil e reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, através do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança (PEREIRA, 2001).

O Maternidade Segura, assim chamado, é um projeto mundial voltado principalmente para os países em desenvolvimento, onde os índices de mortalidade materna

são muito elevados. A iniciativa visa proporcionar uma mudança nas estratégias adotadas para a solução dos problemas. Promove ainda uma maior autonomia da mulher, a participação de casais e familiares no evento do nascimento e abre espaço de reivindicação para o direito da pessoa humana (BRASIL, 2001; OMS, 1996; PEREIRA, 2001).

A proposta estabelece oito passos a serem seguidos para que a instituição seja credenciada como Maternidade Segura (OMS, 1996)

Além Os benefícios proporcionados à mulher através desta proposta da Maternidade Segura não param por aí. Existem estratégias que foram elaboradas pelo Ministério da Saúde e que são extremamente facilitadoras durante o processo da parturição. Os procedimentos sugeridos têm uma íntima relação com o relaxamento da mulher durante o trabalho de parto e com a possibilidade de se entregar ao processo fisiológico que está acontecendo no corpo da mulher. Cumprem também a função de “distrair” os sentidos, desviando o foco da dor para outras sensações.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dá exemplos das técnicas e estratégias usadas: massagens relaxantes, banhos quentes de aspensão ou imersão, várias técnicas de relaxamento e respiração, a presença de um acompanhante de escolha da mulher, o uso da música e de aromas, e o apoio do marido, companheiro, da mãe ou de qualquer pessoa próxima que transmita segurança e confiança (OMS, 1996).

O acompanhamento ao trabalho de parto e parto ocorria, no passado, no ambiente domiciliar. A mulher ainda era assistida por outra mulher que, na maioria das vezes, era uma parteira de sua confiança. Havia ainda a presença de seus familiares que davam o apoio necessário e indicado nestas situações.

A institucionalização do parto ocorreu no século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, e teve por finalidade reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil. O

parto, que antes ocorria no domicílio, passa a ser um evento hospitalar. Como consequência da hospitalização, a medicalização foi inevitável, destaca Tanaka (1995).

Kitzinger vai adiante e acrescenta o seguinte: essa mudança de ambientes na assistência ao parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes (KITZINGER, 1996).

Percebemos, assim, a funcionalidade da rede social tecida por estas mulheres que se encontram em trabalho de parto e parto. É que ao estabelecerem as mais variadas relações sociais e em diversos níveis (profissional, familiar, pessoal, afetivo), elas recebem apoio e sustento para enfrentar as dificuldades próprias deste período de suas vidas. Entenda-se, aqui, que a família pode ser compreendida como a base de muitos momentos importantes na nossa vida, e que, na verdade, ela (a família) nada mais é do que a peça chave da rede social que se forma, sendo necessária, assim, para a sobrevivência do ser humano.

E minha mãe do meu lado me dando carinho, sabe, amor de mãe. Ela ficou me acompanhando. Minha mãe tem 78 anos e ficou ali do meu lado (E2)

Tive muito apoio da minha família nos partos. No primeiro parto, o do Gabriel, minha mãe me ajudou muito psicologicamente. Ela não podia estar presente em todos os momentos, mas me ajudou muito depois. (E6)

Para Diniz, os profissionais de saúde podem promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto, sugerindo e recomendando certas ações assistenciais. Entre elas identificamos o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência (DINIZ, 2003).

O mesmo autor argumenta ainda o seguinte: a presença do acompanhante tem sido associada a resultados muito positivos, entre eles a menor solicitação de alívio da dor,

menor risco de cesárea ou de partos operatórios e menor risco de Apgar abaixo de 7 nos primeiros 5 minutos. A companhia diminui a possibilidade de a mulher avaliar o parto como uma experiência negativa, aumentando sua satisfação com o parto; reduz a incidência de trauma perineal, o risco de desmame precoce e eventuais dificuldades com a maternidade no pós-parto, entre outros (DINIZ, 2003).

Os fatores de companheirismo e sociais têm se revelado peças-chaves e fundamentais de apoio, segurança, estabilidade emocional e suporte nos momentos de desconforto e dor física. Além disso, servem como fonte de encorajamento para superações pessoais e renovação do ânimo para o enfrentamento da parturição.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a importância, os benefícios e a diminuição dos riscos com a presença do acompanhante durante o processo da parturição. Recomenda ainda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente possa contar com a presença de uma pessoa de sua livre escolha para apoiá-la, encorajá-la e dar-lhe conforto durante o trabalho de parto, parto e nascimento (BRASIL, 2001).

Em 07 de abril de 2005, o Presidente da República sancionou a Lei Federal 11.108, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante de livre escolha das parturientes durante todo o período do trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. Esta lei foi sancionada objetivando beneficiar não só a mulher, mas ao bebê e, de certa forma, a família e também a equipe profissional que assiste o parto.

Existem diversos momentos que marcam a vida da mulher, porém nenhum é tão sublime quanto a parturição. Estudos científicos (Brüggemann et al., 2007; Hotimisk, 2002; Enkin, 2005) comprovam que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e no momento do parto, traz benefícios como a diminuição das taxas de cesárea, diminuição da

duração do trabalho de parto, diminuição das analgesias de parto, além de evitar a depressão pós-parto e de influenciar positivamente na construção da afetividade familiar.

Essa importância fica evidenciada no valor atribuído a presença da mãe de uma das parturientes, que, apesar de idosa, permaneceu ao lado de sua filha dando apoio, conforto, carinho e amor.

Deus está aqui, eu também estou. Eu disse: eu sei que Deus está aqui e a senhora está aqui, mas eu tenho que ter minha filha aqui, mãe. Está doendo demais. Então foi o amor de mãe perto e a fé que eu tenho em Deus que minha filha está aqui. Ela ia me ajudar nas últimas e foi o que ela me ajudou, a ter o parto normal. E eu não me arrependo de jeito nenhum de ter tido normal. (E2)

O desconhecimento da lei gera uma atitude equivocada de alguns profissionais de saúde que se recusam a permitir a presença do acompanhante. Existem muitas parturientes que desconhecem seu direito e assim acabam contribuindo para o descumprimento dessa lei.

Fiquei sem acompanhante, minha cunhada não subiu porque ele já estava nascendo e a médica falou que não precisava de acompanhante. Só se eu fosse ficar na espera ou alguma coisa assim. Aí eu não fiquei com acompanhante. Eu fiquei sozinha até a hora de descer. Minha pressão subiu e em coisa de minutos caiu muito rápido, porque eu tomei remédio pra poder abaixar a pressão e ela desceu muito, e eu sem nenhum acompanhante. Se não fosse a enfermeira que estava lá, eu tinha caído no chão, eu tinha desmaiado e eles não iriam ver, porque eu não tinha acompanhante nenhum (E1)

Ainda com relação ao tema, Brüggeman assinala que a vigência dessa lei não assegura a sua implementação. De fato, inicia-se um processo de reorganização dos serviços de saúde e dos profissionais para vivenciarem essa prática. A inserção do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no processo do nascimento, é uma intervenção comportamental que mobiliza a opinião dos profissionais de saúde e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel (BRÜGGEMANN et al., 2007).

Aqui eu estou sem acompanhante porque quem tem parto normal não tem acompanhante. Só quem faz cesárea aqui é que fica com acompanhante. E eu também sou de maior, tenho 21 anos. (E8)

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com o contexto social, a política de saúde do país e sua legislação, mas principalmente de acordo com a filosofia da maternidade e/ou das diferentes condutas dos plantonistas. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições (HOTMISKY, 2002).

Eu não tive acompanhante. Nada. Até tinha. A minha mãe veio, aí eu tive que descer. Eu não estava com dilatação, eu desci e minha mãe foi embora. Depois eu subi, ela não estava mais aqui. Aí eu fiquei sozinha. Toda hora eu estava pedindo a enfermeira pra ligar pra alguém, chamar pra ficar aqui comigo, e quando chegaram pra ficar comigo eu já tinha ganhado. Valeu à pena ter meu filho, mas eu sofri! (E7)

Na instituição em questão a rotina institucional é imposta aos familiares que, em algumas situações, não conseguem acompanhar o trabalho de parto e parto. Os autores abaixo discriminados confirmam aquilo que constatamos durante a pesquisa: a parturiente ao ser internada, antes do início do trabalho de parto, é direcionada para a enfermaria de gestantes e depois, com o desencadear e evolução deste trabalho de parto, ela é encaminhada para o andar do Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), onde será acompanhada até o nascimento do seu filho. A partir daí o familiar não recebe mais notícias (BRÜGGEMANN et al., 2007; KITZINGER, 1996).

O mesmo Kitzinger explica, em sua obra, o procedimento correto: para que o familiar encontre a parturiente e possa acompanhá-la neste período, ele precisa certificar-se do setor exato em que ela se encontra, de autorização para se dirigir ao CCO, conseguir chegar à sala em que a mulher está antes que o parto possa ter acontecido. Durante este período de possíveis desencontros, a mulher permanece com a presença da equipe multiprofissional, o que também pode ser significativo para ela, desde que esta equipe preste uma assistência adequada e um cuidado diferenciado, respeitando suas individualidades e particularidades (KITZINGER, 1996).

Independente do grau de parentesco que o acompanhante tenha em relação à parturiente, sua presença fortalece a mulher, dando-lhe a segurança necessária para que ela vivencie este momento singular de sua vida (OMS, 1996).

O corpo responde naturalmente àquilo que recebe de bom ou não. No caso desta depoente, ela conseguiu verbalizar algo benéfico que aconteceu com seu corpo e que modificou sua condição física. Isso influenciou positivamente o trabalho de parto e parto.

Eu fiquei muito ansiosa. Eu achei que isso ia me atrapalhar, mas foi uma coisa muito rápida. Eu me apeguei muito com o meu marido. Eu não sou de fazer escândalo, mas toda dor que eu sentia eu passava pra ele, tudo aquilo que eu estava sentindo. Mesmo que ele não sentisse tudo aquilo, ele pôde acompanhar o que é a dor. Por mais que ele não soubesse, eu sempre falava pra ele: Me ajuda! Mas ele falava sempre aquilo: Como é que eu vou te ajudar se eu não sei o que você está sentindo? E é inexplicável. Não tem dor igual, mas pra mim valeu a pena. E valeu a pena ele ter acompanhado o parto porque eu tive mais força, senão eu tinha até desistido porque a dor é muito forte. (E8)

É difícil para a mulher atravessar o período do trabalho de parto. Ela enfrenta contrações, ondas de calor, vontade iminente de evacuar, desconforto na região lombar, em baixo ventre e na região perineal e o próprio momento do parto. Enkin (2005), por isso, sustenta que é extremamente benéfico ter alguém em quem confiar e que seja da sua escolha, que lhe dê apoio e realmente a acompanhe nesse momento (ENKIN, 2005).

Minha irmã me deu muito apoio. Ela ficou comigo, mas não na hora do parto, ela me apoiou, ela teve muitos partos. (E3)

A experiência positiva de familiares pode influenciar favoravelmente no trabalho de parto e parto. Ao saber que alguém bem próximo viveu uma experiência semelhante a que ela está vivendo, a deixa fortalecida, pois lhe vem à memória o resultado, que é o nascimento saudável daquela criança.

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade (OMS, 1996)

A presença do meu esposo foi muito importante porque eu queria muito que ele visse, que ele participasse. Não era só meu esse momento, era um momento dele também. (E8)

Essa compreensão da mulher de que o momento do trabalho de parto e parto deve ser experimentado também pelo pai do bebê, está diretamente relacionada a uma construção cultural que é sua. Ela pode ter sofrido influências de experiências anteriores. Ou pode ter sido orientada no pré-natal a respeito da importância de se estabelecer um vínculo afetivo entre o casal. A mulher pode também ter sido influenciada por outros casais que tiveram a oportunidade de compartilhar esse momento, que pertence à vida privada e, ao mesmo tempo, é um evento social.

Uma das coisas que foi importante durante o trabalho de parto e parto foi a presença do meu marido como acompanhante. No começo eu pensava: Ah! Legal! O meu marido vai estar do meu lado! Mas depois você começa... Parece que você se transfigura tanto, você fica tão nervosa, você sente tanta dor, que era melhor que eles não estivessem por perto pra não ver a gente passar por aquilo tudo! Eu senti um pouco de vergonha, mas ao mesmo tempo eu também fiquei feliz. Porque ele falava que depois dela ele queria ter um menino e depois que ele viu tudo o que eu passei, ele disse: não filha, não! Agora eu não quero mais não. Nós vamos ficar só com ela mesmo, e está bom, porque você sofreu muito, é muito sofrimento! Não vamos ter mais não. E ele conta pra todo mundo que foi muito bom ele ter visto o parto, ele está todo bobo, ele falou: Puxa, é muito sofrimento, cara, é muito sofrimento! Então, pra mim foi importante! É uma experiência... Foi uma experiência pra mim muito boa, foi bom. Eu acho que se eu estivesse sozinha, acho que eu tinha ficado mais nervosa ainda e, pra mim, foi bom ele estar do meu lado ali, ter visto que foi difícil, mas que graças a Deus deu tudo certo. (E10)

Quando a mulher experimenta a presença do pai do bebê como seu acompanhante, o sentimento é ambíguo: ao mesmo tempo em que ela sente vergonha por se mostrar em um momento tão íntimo, ela se sente amparada e podendo compartilhar de sentimentos e emoções singulares.

A parturiente que é beneficiada com a lei do acompanhante, também pode desfrutar de algumas práticas úteis que, de acordo com a OMS, devem ser estimuladas (BRASIL, 2001) (ENKIN et al., 2005).

No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é intervencionista no âmbito institucional com uma visão cartesiana. O corpo, no caso, é visto e tratado como se fosse uma máquina que deve ser “consertada” ao menor sinal de alteração (DAVIS-FLOYD, 2004).

Diversos autores se debruçaram sobre o corpo da mulher e a concepção que dele se tem.

De acordo com Pereira, a própria compreensão do corpo feminino enquanto uma máquina “defeituosa” que necessita de reparo para o seu bom funcionamento cria falsas expectativas. Esse entendimento pode fazer com que, durante a gestação e o parto, a mulher corra constantes riscos de mau funcionamento e anormalidades no seu curso (PEREIRA, 2007).

O mesmo autor prossegue: o parto passou a ser progressivamente acelerado e artificializado no espaço institucionalizado do hospital. Este fato pode ser constatado nas ações medicalizantes das maternidades modernas, como o uso rotineiro e indiscriminado das soluções venosas com ocitocina, acelerando o trabalho de parto e a cesariana eletiva sem indicação precisa (PEREIRA, 2007).

No entanto, as práticas úteis da OMS (1996), Enkin (2005), citadas anteriormente, deveriam ser utilizadas nos espaços públicos hospitalares. Mas ao verificarmos o dia a dia da assistência obstétrica prestada a essas mulheres, ainda estamos longe de seguir estas recomendações. Na verdade, negligenciamos os benefícios que essas parturientes poderiam receber durante todo o processo do trabalho de parto e do parto (DAVIM, 2002).

Nos depoimentos colhidos, constatamos a inexistência de um cuidado diferenciado às parturientes. Isso gera insegurança porque a mulher não sabe ao certo o que irá acontecer, durante o seu trabalho de parto e parto, e que tipo de intervenções serão necessárias. As depoentes se baseiam nas experiências vividas por familiares, amigas e vizinhas.

Minha mãe falava pra não fazer escândalo, ficar quietinha que ia passar. Pra eu ficar quieta. Quanto mais escândalo eu fizesse mais eu ia ficar ali sofrendo. Eu até acreditei, mas tinha hora que não dava. (E7)

Todas as minhas amigas, todas, praticamente todas que eu conheço já tem um filho e cada uma conta uma história diferente. Umas falam que ter filho normal é coisa fácil. Que nem essa história de gritar, muitas delas falam: olha quando você tiver um filho, nunca grite, porque se não eles vão te deixar lá de lado e nem vão ligar pra você. Outras falam que é bom fazer cesárea... Ai! Sei lá! Elas falam sempre esses negócios assim. Cada uma fala uma coisa...Na hora lá eu acreditei na força, na hora da dor mesmo fiz força lá pra ter e foi! (E6)

Na troca de experiências entre as mulheres é possível identificar a presença dos *fatores educacionais, valores culturais e modos de vida* que surgem como a experiência transmitida de mãe para filha, de uma amiga para outra, ou entre parentes, vizinhas etc. Elas demonstram que algo foi aprendido, assimilado e imitado, com resultados semelhantes e também diversos. E que receberam influências que foram positivas ou negativas naquele momento de suas vidas.

Osava debruçou-se sobre os aspectos antropológicos do parto. Segundo ele, a participação feminina nos partos sempre foi uma realidade desde os tempos dos povos primitivos e o fenômeno da parturição era indissociável de aspectos místicos e religiosos (OSAVA, 1995).

Ainda para o mesmo autor, o parto é um ato cultural que reflete os valores de cada sociedade humana. O contexto sócio-cultural tem importante influência no sentido que é dado às providências tomadas no parto (OSAVA, 1995 p.5).

Foi de extrema importância a minha mãe presente, nos poucos momentos, porque ela sempre falou das experiências dela, porque ela era mãe de cinco filhos. As experiências dela serviram pra mim. (E9)

A idéia do parto normal veio da minha cabeça... porque você tem que saber o que sua mãe sofreu com você. Eu acho que basicamente, a filha, primeiro tem que saber o que a mãe sofreu para depois falar bem assim: mãe, agora eu sei o que você sofreu por mim! Então essa experiência eu tinha que passar. Na minha cabeça vinha isso (E6)

Minha mãe não explicava nada, eu ficava sabendo com o que as colegas falavam, como a mais velha era eu das irmãs, a minha prima mais velha passava pra mim. (E1).

Os depoimentos acima nos remetem a considerações teóricas de alguns autores aqui reproduzidas:

Os *fatores educacionais* identificados nas falas das mulheres reforçam o fato de que a educação para a saúde se inicia na família, que, segundo Parisi, é a transmissora de crenças, valores e sistemas de significação (PARISI, 1996).

Luz afirma que o conhecimento herdado se prolifera por meio das mulheres, sendo favorecido por sua própria busca sobre práticas de saúde, pois são elas que assumem o cuidado da família, o chamado cuidado popular. As informações passadas de geração à geração refletem as crenças/valores e recursos locais na maioria das vezes desenvolvidos na vivência cotidiana. (LUZ, 2007)

De acordo com a análise dos depoimentos colhidos, podemos observar que se estabelece uma relação entre os fatores educacionais, valores culturais e modos de vida e o trabalho de parto e parto das mulheres. Observe-se também que essa relação é de extrema importância não só para uma evolução favorável até o nascimento, mas porque também gera repercussões benéficas para além dele.

Os fatores educacionais, valores culturais e modos de vida identificados nos depoimentos das mulheres, podem ter uma relação positiva no trabalho de parto e parto das mulheres. Os benefícios daí decorrentes acontecem na medida em que elas incorporam e

aceitam estes conhecimentos e valores que são transmitidos, de maneira direta e indireta, por pessoas com as quais estabelecem uma relação. Essa interação lhes proporciona a segurança e o preparo necessário para que possam parir.

Sobre o assunto, Diniz sublinha o seguinte: “o conhecimento herdado se prolifera por meio das mulheres; elas são favorecidas pela sua própria busca que empreendem sobre práticas de saúde; pois são elas que assumem o cuidado da família, o chamado cuidado popular; este último nada mais é do que o reflexo das crenças/valores e recursos locais, na maioria das vezes desenvolvida na vivência cotidiana (DINIZ, 2003).

Algumas práticas preconizadas pela OMS e descritas pelas depoentes deste estudo foram facilitadoras no trabalho de parto. Destacamos o banho de aspersão, deambulação, movimentos pélvicos e mudança de postura. Todos eles deram segurança e melhor bem estar físico e emocional para o momento da parturição, afastando, conseqüentemente, o medo de intervenções, muitas das vezes desnecessárias e iatrogênicas.

Sobre o tema, Diniz (2003) faz as seguintes reflexões: “à medida que a mulher recebe orientação e informação sobre os benefícios de exercícios, movimentos e de formas alternativas de conduzir esse momento do trabalho de parto e do parto, ela percebe que existem possibilidades que poderão interferir positivamente neste momento. Assim, a parturiente confia no profissional que a assiste, participa de maneira ativa do trabalho de parto e se entrega ao parto sem reservas, facilitando o nascimento (DINIZ, 2003).

Por outro lado, o processo da parturição sinaliza uma outra realidade, cheia de intervenções que, em muitos casos, aceleram um processo que é natural e fisiológico. Em muitas maternidades do Brasil, a pressa pelo desfecho do parto faz com que as mulheres não sejam beneficiadas com as práticas preconizadas pela OMS. Isso gera um maior número de intervenções e conseqüentes riscos para a parturiente e para o recém-nascido, podendo deixar seqüelas físicas, psicológicas e emocionais na mulher.

Davim lembra, no entanto, que o profissional da área da saúde, em particular a enfermeira obstétrica, contribuirá para uma melhor evolução do trabalho de parto, minimizando os traumas provocados por este processo natural. Isso será possível desde que ela observe as práticas preconizadas pela OMS (DAVIM, 2002).

A enfermeira obstétrica é a única profissional não médica que tem sido associada com um saber/fazer que vem ao encontro da possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino onde a mulher seja a protagonista (VARGENS et al, 2003).

A literatura sobre o tema é farta e esclarecedora:

No caso das enfermeiras, elas desenvolveram habilidades não invasivas que são peculiares do modelo humanizado e desmedicalizado de assistência ao parto (VARGENS et al., 2008).

O cuidado prestado pela enfermeira obstétrica deve ser qualificado e humanizado, implicando na compreensão do significado da vida, na capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro (MACHADO, 2006).

A atitude da enfermeira, ao estabelecer uma comunicação efetiva com sua cliente, constrói uma relação terapêutica, facilitando a condução do trabalho de parto de forma resolutiva e não intervencionista. O diferencial do modelo de assistência adotado pela enfermeira reside em sua capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre parturiente e profissional (CARON, 2002).

É nítida a segurança que as parturientes sentem quando existe alguém ao seu lado para dar uma informação sobre o que está acontecendo com ela, para orientá-la ou mesmo para dar conforto, carinho, apoio ou segurar-lhe a mão. (DINIZ, 2003). O depoimento abaixo reproduz um momento tal como o descrito acima:

As enfermeiras vinham, conversavam, falavam, me davam a mão, mas estava doendo muito, muita dor. A bolsa não estourou na hora, aí não passava de dois de dilatação, depois foi aumentando. Fiquei assim a noite toda. (E7)

Outros trechos das obras de Caron e Machado enriquecem ainda mais essa dissertação:

A importância de a enfermeira promover a participação da mulher no seu trabalho de parto, eliminando as sensações de medo, dor, angústia, pânico, tão comumente referidas pelas parturientes, por meio de uma comunicação efetiva, pode não só resultar em modificação do comportamento da mulher, mas também proporcionar-lhe uma experiência menos amedrontadora, gerando sentimento de confiança e segurança (CARON, 2002)

Não só o profissional é reconhecido pela mulher no campo assistencial, mas como aquele que se apresenta como figura de apoio no momento do trabalho de parto e parto. Ele também desempenha o papel de cuidador propiciando segurança, tranquilidade e calma, oferecendo suporte emocional, psicológico e até mesmo físico, incentivando a mulher a parir (MACHADO, 2006).

A mulher passa a considerar o enfermeiro um bom profissional quando o mesmo se dispõe a assisti-la em todas as suas necessidades, se propõe a ouvi-la atentamente e verbaliza interesse em tudo o que está acontecendo com ela, além de fornecer-lhe informações e orientações extremamente úteis (MACHADO, 2006).

Ao prestar assistência humanizada e respeitosa à mulher, que vivencia o ciclo gravídico-puerperal, os profissionais da área da saúde devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato e a uma comunicação eficaz com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto. Ajudando-a na superação dos medos, das ansiedades e das tensões (MACHADO, 2006).

Citamos e concordamos com o trabalho de Silva et al. (2005) na parte em que a autora diz o seguinte: para que o nascimento seja saudável, é preciso oferecer um atendimento seguro e necessariamente qualificado e com qualidade. O cuidado prestado deve estar aliado a uma visão humanista e que contemple essa atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico no qual estão inseridos a mulher, a criança e a família.

Podemos afirmar, conforme sustenta Caron, que as enfermeiras obstétricas, por apresentarem uma formação acadêmica dentro do Modelo Humanizado de Assistência, conseguiram desvincular-se de um modelo assistencial medicalizado e intervencionista. E daí concluir que essas profissionais, ao desenvolverem habilidades não invasivas de assistência ao trabalho de parto e parto, contribuem para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal (CARON, 2002).

Na trajetória da formação da enfermeira obstétrica, várias modificações ocorreram no último século, culminando com o momento atual em que a enfermeira obstétrica é formada no Modelo Humanizado de Atenção ao Parto e Nascimento (RIESGO, 2002).

No entanto, ainda é possível presenciar, no dia a dia da assistência nos centros obstétricos, enfermeiras obstétricas utilizando práticas ineficazes e já proscritas pela Organização Mundial de Saúde. Conforme explica Caron, essas profissionais demonstram dificuldades para desconstruir conceitos hegemônicos. As condutas mais mecanicistas, medicalizadas e invasivas deixam a mulher mais insegura para a parturição e, conseqüentemente, mais exposta a riscos obstétricos e fetais (CARON, 2002).

Progianti, por sua vez, revela o outro lado da moeda. Segundo ele, no modelo desmedicalizado de assistência integral à saúde da mulher todos saem ganhando: a mulher, o bebê, a família, a equipe, a instituição e o Estado. Práticas não invasivas geram menos custos e mais benefícios, facilitando o processo natural do nascimento (PROGIANTI, 2004).

O mesmo autor prossegue: “desmedicalizar não significa retirar as práticas médicas e o profissional do campo assistencial, mas excluir o raciocínio clínico intervencionista como a única possibilidade de “tratar” a parturição. Significa ao mesmo tempo apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher” (PROGIANTI, 2004).

Vargens também aborda a importância da desconstrução de conceitos hegemônicos. “A desmedicalização da assistência ao parto no Brasil é um dos caminhos para a diminuição de índices abusivos de cesarianas, de taxas elevadas de morbimortalidade materna e, principalmente, a melhoria da qualidade da assistência, que vai gerar um cuidado diferenciado e individualizado ao trabalho de parto, parto e nascimento (VARGENS, 2008).

Desmedicalizar o parto, segundo ele, é dar voz a mulher que é a protagonista desse momento; é assegurar seus direitos de cidadã; é respeitar a fisiologia do corpo feminino, dando-lhe a oportunidade de escolha e o direito a estar informada sobre o que está acontecendo com seu corpo. Não significa a exclusão da idéia de intervenções *necessárias*, mas a capacidade de desenvolver a habilidade de avaliar cada situação separadamente, valorizando a cultura e os costumes de cada mulher, sempre atenta a sua própria intuição, enquanto profissional (VARGENS, 2008).

O próprio Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). A iniciativa visa melhorar a qualidade da assistência prestada nos hospitais com base na humanização do atendimento, o que deveria acontecer principalmente via assistência das enfermeiras obstétricas ao parto.

O citado Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, uma vez que o procedimento prioriza o cuidado prestado com respeito e dignidade. A humanização no atendimento, assim, exige empatia do cuidador.

Humanizar a saúde é dar qualidade à relação cliente-profissional, é suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente. O cuidado sempre esteve presente entre os seres humanos. Seja ele atribuído ao cuidado de mãe para filho, seja aquele promovido por meio de recursos tecnológico. Este último, inclusive, tem estado mais presente

em quase todas as instâncias nas instituições de saúde, onde a tecnologia é utilizada tanto para o diagnóstico como para tratamento.

De acordo com a literatura institucional existente sobre o tema, a humanização está estreitamente relacionada à qualidade da assistência prestada à mulher na sua integralidade, gerando condições favoráveis para que as ações de saúde resultem na resolução de problemas (BRASIL, 2004).

A história destas mulheres na busca pela sua saúde, no entanto, tem sido marcada por discriminação, violação dos direitos, frustração, tensão e mal estar emocional e físico. Porém, esse quadro caótico, ainda presenciado em algumas instituições de saúde, tem sofrido mudanças benéficas com a inserção gradativa do modelo humanizado de assistência que, por ser um processo contínuo, demanda reflexão constante sobre os atos, comportamentos e condutas de cada indivíduo envolvido na relação. A atenção humanizada é marcada ainda por uma assistência que não impõe valores, decisões ou opiniões.

Ao longo de décadas, os modelos de assistência à saúde da mulher, preconizados pelo Ministério da Saúde, vêm sendo discutidos e rediscutidos, visando melhorias na qualidade do atendimento, maior abrangência da assistência, redução das elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, o respeito ao direito do exercício da cidadania e o desenvolvimento da autonomia. Os debates visam ainda o resgate dos direitos sexuais e reprodutivos, a inserção social das mulheres rurais, deficientes, lésbicas, indígenas, negras e encarceradas, fortalecendo-as como sujeito da ação desse cuidado (BRASIL, 2004).

Por outro lado, essa assistência também é marcada pela medicalização e pela violência. Por isso, fica aquém dos propósitos do Governo, contradizendo os esforços do Ministério da Saúde, da OMS e de entidades não-governamentais na tentativa de impactar a assistência com programas, políticas e ações dirigidas à mulher.

Em pleno século XXI parece distante a incorporação dos ideais de humanização. Afinal de contas, a assistência prestada ainda é desgastada por tantas impossibilidades,

incredulidades de mudanças e dificuldades na implementação de ações administrativas simples. O cuidado em questão é, na verdade, marcado por atitudes profissionais travestidas de mecanicismo, tradicionalismo, descompromisso e pela imposição de um poder hegemônico dominador, individualista e desrespeitoso. Imposições arbitrárias como essa ignoram o saber, a cultura, os hábitos e os modos de vida das mulheres, e conseqüentemente, de suas famílias. É o uso da força, assim, que anula aquilo que identifica, dá voz e visibilidade ao outro.

São estes os obstáculos que impedem a realização dos planos governamentais de assistência e a conquista dos valores do gênero feminino. Por isso, a humanização do modelo ainda é um objeto apenas vislumbrado como se fosse um bem inacessível exposto numa vitrine e inacessível à grande maioria.

Na rotina dos serviços públicos de saúde, que prestam assistência à mulher em todo ciclo gravídico-puerperal, muitas recomendações do Ministério da Saúde não têm sido respeitadas. A própria literatura oficial destaca, entre elas, o acolhimento adequado à mulher no serviço, o respeito à individualidade, a garantia de atendimento à mulher em trabalho de parto e assistência humanizada ao parto e nascimento. (BRASIL, 2002).

Reproduzimos aqui o que alguns autores pensam sobre o tema.

O nascimento, considerado um evento fisiológico e natural no ciclo vital e reprodutivo feminino, não deve ser considerado um fenômeno obrigatório na vida de uma mulher. Essa mulher deve ser respeitada nas suas escolhas, não somente em relação à decisão da maternidade, mas quanto às suas preferências ao estar grávida, o tipo de assistência ao parto que deseja, tipo de parto, posição para parir e o profissional que a atenderá (CARON, 2002).

Atualmente, além do temor inerente ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá, uma vez que suas experiências próprias ou de outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante, por parte dos profissionais (CARON, 2002).

O modelo biomédico ainda está presente nas instituições, onde o “saber técnico” assume um papel de maior importância sobre o corpo feminino, que se submete ao profissional médico sem maiores questionamentos. Este modelo assistencial prima pela racionalidade, tecnicismo, mercantilismo e pela carência de princípios humanísticos, em que mãe e filho deixam de ser vistos como pessoas e passam de sujeitos para objetos da assistência (DAHLBERG, 2008).

Em muitos momentos da internação, a mulher desconhece o motivo das condutas médicas e habituou-se a não questionar, acomodando-se e aceitando as decisões dos médicos plantonistas que a assistem.

Esse é o meu terceiro filho, no segundo foi um sofrimento porque me botaram no soro. (E3)

O obstetra que “faz” o parto é considerado o responsável pelo processo. Desta forma, a parturiente assume um papel secundário, deixando de exercer sua autonomia e, em algumas instituições hospitalares, ela ainda convive com a exclusão do marido e seus familiares (BRASIL, 2001; DAHLBERG, 2008).

E eu estava sozinha no hospital. (E3)

O depoimento anterior talvez pareça simplista, mas a experiência de ficar sozinha em uma instituição hospitalar, durante o trabalho de parto e no momento do parto, pode influenciar negativamente o processo. Principalmente porque ficar sozinha entre pessoas estranhas, que não dão a mulher a devida atenção, é bastante prejudicial.

A atenção ao parto e nascimento é ainda marcada pela intensa medicalização devido ao desenvolvimento tecnológico sempre crescente, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela indicação abusiva da cesariana (BRASIL, 2001). O depoimento abaixo ilustra a percepção que as mulheres têm da intervenção cesária:

A cesárea, eu acho que... Você vê, assim pelo que eu já vi na saúde, eu já trabalhei na saúde, eu não... A pessoa não tem aquele contato direto. Você vê que a pessoa, pela anestesia está mais pra lá do que pra cá, então não tem aquele negócio de estar olhando.(E9)

Aí já fiquei nervosa e quis fazer cesárea. (E8)

O desenvolvimento da tecnologia de intervenção, no corpo feminino, significa a apropriação médica deste corpo como objeto de saber, uma vez que a prática médica é uma prática intervencionista, destaca Vieira (2002).

Eu pensei, puxa se não tiver abertura, na hora do neném nascer o que vai ser de mim. Eu também tinha muito medo do famoso corte que dá, a episio. (E3)

Como eu vou agüentar e aí quando eu cheguei a 8 de dilatação, a médica, ela já me levou para a sala de parto. Eu senti a agulhadinha da anestesia, realmente não senti cortar, eu nem sabia que ela tinha cortado, já tinha cortado. (E3)

Pereira vai adiante e aprofunda a crítica ao modelo arbitrário. Para ele, as mulheres que têm seus partos assistidos em hospitais em que ainda predomina o modelo biomédico, intervencionista, têm seus corpos entregues à dominação hegemônica, que lhes restringe a receber ordens, medicações e a se submeterem a práticas desnecessárias e a procedimentos invasivos (PEREIRA, 2007).

Aqui eles vão me cortar e eu tinha medo. (E3)

Práticas como o uso sem indicação objetiva de ocitócitos, restrição da mulher ao leito, amniotomia sem indicação e outras, reconhecidas pela OMS como prejudiciais e ineficazes, não devem ser descartadas, mas sua utilização deve ser muito bem indicada, pois, na obstetrícia, elas são fundamentais em muitos momentos (OMS, 1996).

Aí a moça pediu pra eu ir tomar banho, ela já tinha me colocado no soro que dizem que ajuda a dar dilatação também. (E6)

Além de situações como a relatada acima, outros inconvenientes acontecem, entre eles o isolamento da gestante e seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito a sua

autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

O ciclo gravídico-puerperal é um período de intensas modificações. O estar gestante não significa, em absoluto, estar doente, uma vez que a maioria das gestações evolui sem intercorrências. Cada mulher atravessa esse processo da parturição, com suas particularidades, quer sejam biológicas, psicológicas, emocionais e sociais, de maneira distinta.

Então quando o dia amanheceu, trocou o plantão. O médico veio e disse: Agora, vamos ver se esse neném nasce! Eles colocaram remédio no soro pra me ajudar a dilatar, eu já estava com sete de dilatação e sentindo muita dor, muita dor mesmo. O médico veio, botou remédio no soro, e aí as dores continuavam. (E10)

Esta parturiente deve ser tratada e respeitada como um ser integral com liberdade de opinar sobre as decisões relativas à sua saúde e bem estar. Ela tem o direito de exercer sua cidadania e ter autonomia sobre suas ações. Mas, não é bem isso que acontece:

Aí a enfermeira veio e falou: tá bom, então. Vamos descer. Me colocou no soro e eu desesperada! Que soro é esse? Primeira vez, várias dores, aí a enfermeira falou: vai aumentar suas dores mãezinha, mas fica tranqüila que vai dar tudo certo! Aí eu: tá bom. Tranqüila? A essas alturas do campeonato é difícil né? Aí deitei e fiquei no soro e daqui a pouco eu dei o grito, né: enfermeira eu quero fazer... ai falei, porque é uma vontade de evacuar tremenda! (E5)

O que observamos diariamente é a medicalização rotineira e muitas vezes sem indicação precisa. O obstetra, na verdade, tem por objetivo a aceleração do trabalho de parto.

Muitas coisas não são “permitidas” às mulheres em trabalho de parto, conforme indica o relato a seguir:

A moça pediu pra eu ficar lá deitada na cama. Eu fiquei lá um pouco, só que antes de subir, ainda na enfermaria eu tomei café! Pra mim eu não ia querer porque eu estava sentindo cólica, só que eu comi, tomei café, comi um monte de coisas. Dizem que na hora do parto não pode comer, pra não passar mal, porque se tiver algum problema e tiver que fazer cesariana, dizem que é arriscado. Aí eu tinha comido e fui lá pra cima. (E6)

Na rotina dos Centros Cirúrgicos Obstétricos, as parturientes, ao serem internadas, são colocadas em “dieta zero” (nem podem alimentar-se, nem ingerir líquidos). Inclusive aquelas que estão em trabalho de parto de baixo risco obstétrico e fetal.

Tais procedimentos, condutas e restrições interferem na condução fisiológica do trabalho de parto. Caracterizam-se, assim, como condutas invasivas e desrespeitosas à mulher, comuns no modelo biomédico de assistência.

A enfermeira subiu em cima da barriga e colocou o braço assim pra ajudar na hora porque não estava querendo nascer. Aí ela falou que é porque é o primeiro por isso que é mais demorado. Se eu tivesse mais não ia demorar tanto assim. (E7)

Durante sua permanência na instituição, a mulher sofre influências da dominação hegemônica do “saber” profissional que impedem o exercício pleno dos seus direitos.

A partir do momento em que a medicina passa a tratar a gravidez e a menopausa como doença, o parto é encarado como um evento cirúrgico. Essa maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina, a partir do momento em que o transforma em seu objeto de saber e prática, traz à tona o tema da medicalização: transformar os aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina (NAGAHAMA, 2005).

Esta distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores - históricos, estruturais, conjunturais - mas a gênese dessa permissividade é atribuída à forma como a sociedade em geral, e a medicina, em particular, encaram a mulher (BRASIL, 2000).

De acordo com Pereira (2001), esse princípio vem sendo discutido entre os grupos organizados de defesa dos direitos da mulher e a assistência ao parto é muitas vezes considerada como uma violência à mulher.

O descumprimento das políticas públicas de saúde voltadas para o ciclo gravídico-puerperal tem marcado, de forma negativa, não só a vida das mulheres, mas a de seus bebês e de suas famílias, interferindo diretamente no processo do trabalho de parto e parto.

Podemos considerar a influência dos fenômenos ocorridos desde a gravidez até o puerpério, como fatores da estrutura sócio-cultural, que, de acordo com Leininger (Leininger & MacFarland, 2006), são amplos, compreensivos e influenciam as expressões de cuidado. Os fatores da estrutura social das mulheres incluem religião (espiritualidade), parentesco (laços sociais), políticas, ações legais, educação, economia, tecnologia, fatores políticos, filosofia de vida, crenças e valores culturais com diferenças de gênero e de classe. Leininger e Macfarland entendem que

esses vários fatores precisam ser entendidos enquanto eles, direta ou indiretamente influenciam na saúde e no bem-estar. Os estudos desses fatores oferecem uma riqueza de novos e inestimáveis critérios sobre o cuidado baseado culturalmente (LEININGER & MaCFARLAND, 2006 p.20).

O cuidado cultural, então, deve acontecer à medida que as políticas públicas de saúde forem sendo cumpridas, contemplando as necessidades da demanda da saúde reprodutiva das mulheres.

É oportuno ressaltar neste estudo que duas prioridades do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) não foram atendidas. O primeiro deles é melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento de pré-natal, do atendimento ao parto e ao puerpério e da assistência neonatal. O outro é integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e, ainda, o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.

São muitas as origens dessa deficiência e o não cumprimento das políticas públicas de saúde. Destacamos entre elas as possíveis *falhas na formação acadêmica*. Quando observamos um profissional diante de uma situação assistencial esperamos ver o melhor desfecho para todos os envolvidos na ação. Mas na rotina vivenciada pelas mulheres deste estudo, nem sempre isso aconteceu. O poder frequentemente cega e ofusca a visão de um bom

profissional, fazendo com que ele desconsidere a mulher como a protagonista no momento do seu trabalho de parto e parto. O profissional acaba sobrepondo o seu saber técnico-científico aos valores culturais e modos de vida dessa mulher.

Outra deficiência é o *desconhecimento dos profissionais* quanto às políticas e programas assistenciais criados e implementados pelo Ministério da Saúde, o que, por si só, contribui para o seu descumprimento. Entre os procedimentos não respeitados alinhavamos uma série de obstáculos político-administrativos nas unidades de saúde: a falta de quantitativo adequado de recursos humanos especializados; a falta de recursos materiais que condigam com a real necessidade dos setores nas instituições; a má distribuição dos leitos obstétricos nas maternidades das áreas programáticas cuja deficiência dos leitos já seja constante e comprovada.

Outro fator vem a ser o *desconhecimento por parte das mulheres* daquilo que diz respeito aos seus direitos: sexuais e reprodutivos, direitos trabalhistas durante a gravidez, direito ao pleno exercício da sua cidadania e autonomia, direito a receber informações sobre a sua condição obstétrica, justificativas para as possíveis intervenções durante o trabalho de parto e parto, direito a se movimentar livremente durante o trabalho de parto (sendo este de baixo risco obstétrico e/ou fetal). Entre outros, as mulheres desconhecem também a natureza da indicação obstétrica para uma possível cesariana (quando esta não estava nos seus planos), o direito a ter ciência das decisões tomadas pela equipe de saúde quanto a possíveis intercorrências no seu trabalho de parto e parto. Tudo isso foi constatado ao longo deste estudo.

O não cumprimento das políticas públicas de saúde se deve também à *banalização da assistência obstétrica*. Esta última pode ocorrer pelo descompromisso do profissional com a saúde do outro (descaso), desinteresse em qualificar a assistência à saúde, insatisfação financeira e credibilidade do setor público. Pesa ainda o egoísmo de

profissionais que pensam somente em benefícios próprios, imposição de um distanciamento profissional/cliente oriundo da dicotomia entre o saber profissional e a submissão da clientela.

Neste estudo, as mulheres sinalizam o “profissional” sem identificá-lo profissionalmente. Deprendemos daí que elas não fazem distinção entre a classe médica e o corpo de enfermagem, já que generalizaram as duas profissões ao longo de seus depoimentos.

Todas as origens e autorias do chamado descompromisso com o cumprimento das políticas públicas, supracitadas ou não, contribuem, de uma forma ou de outra, para causar mal estar e danos de natureza variada para a mulher, para o recém-nascido, para os familiares e para a sociedade.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a experiência de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e parto é adentrar no íntimo de cada uma delas. É sentir, enquanto mulher que também experimentou a parturição, o significado e a maneira singular e única de cada uma dessas experiências. Significa ainda entender como as mulheres vivenciam as alegrias, os dissabores e as marcas indeléveis deixadas por essa experiência.

A prática diária em maternidades municipais e estaduais, e a convivência com as mulheres nos centros obstétricos e nos alojamentos conjuntos, deu origem ao sentimento de inquietação que culminou nesta pesquisa sobre o tema.

O cuidado à mulher deve ser marcado pelo respeito ao seu corpo, à sua cultura, aos seus hábitos, às suas experiências, sentimentos, intuições, autonomia e a sua cidadania.

A mulher-parturiente que vai para a maternidade em busca de assistência obstétrica está impregnada da influência cultural que recebeu da sua mãe, avó e tias. Os próprios profissionais também são influenciados por essa mesma cultura. O que se observa, no entanto, é um choque cultural que impede que o cuidado seja coerente e leve em conta essa bagagem cultural.

O estudo revelou que as políticas públicas existentes não são cumpridas e fatalmente isso se reflete na assistência ao parto e nascimento, interferindo no processo da parturição.

Um dos exemplos é a peregrinação por que passam as mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Atravessar essas situações de descaso e desrespeito, muitas vezes fragiliza as mulheres que anseiam por um local seguro e tranquilo em que possam fazer seu pré-natal e ter seus filhos.

Parece distante de nós a dura realidade que as mulheres enfrentam num período de suas vidas em que deveriam estar felizes, planejando os bons momentos que irão desfrutar com seus filhos e sua família. É difícil visualizar como elas enfrentam seus problemas pessoais, sociais, econômicos, lutando para levar aquela gravidez a bom termo, muitas vezes enfrentando obstáculos quase intransponíveis.

Essa realidade, no entanto, está bem perto de nós. Ela nos toca e nos convida a refletir e agir, de forma que sejamos agentes transformadores. Como profissionais de saúde, também temos o dever de informar às mulheres sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Por que sentar diante da televisão e nos emocionar com as más notícias referentes às gestantes? Acessar as pesquisas e ter o conhecimento dos dados? Isso não parece ser suficiente, pois fora da nossa “zona de conforto”, a realidade ainda está lá, marcando as vidas de mulheres, bebês e famílias inteiras com conseqüências desastrosas e indesejáveis.

Quando conversamos com as mulheres e ouvimos suas histórias permeadas de frustração, medo, dor e insegurança nos sentimos impotentes ante o grande desafio de promover a saúde de mulheres e crianças, prevenindo-as de agravos e morte.

Constatamos durante nossa pesquisa que as atitudes dos profissionais que assistem a essas mulheres podem influenciar ora positiva, ora negativamente, a trajetória delas nas instituições públicas de saúde.

Identificamos ainda em nossa investigação que quando as ações profissionais encorajam, incentivam e estimulam – contemplando o apoio emocional e físico - e as palavras são sinceras e refletem aquilo que acreditamos, as parturientes sentem-se mais seguras. Cercadas de compreensão, elas ficam mais à vontade para manifestar seus sentimentos, suas vontades e emoções. Desta forma, vivenciam o trabalho de parto e parto no pleno exercício da sua autonomia, enquanto protagonistas desse momento.

No entanto, o reverso da medalha ainda é desanimador. Depoimentos colhidos de algumas mulheres são desencorajadores, marcados por uma violência velada, sutil ou às vezes

bem visível. As situações ocorrem durante a internação das parturientes sob diversas e variadas formas: quando a mulher se encontra em trabalho de parto, durante os exames obstétricos, no transcorrer do parto, nas visitas do puerpério e em outras situações institucionais.

As atitudes desrespeitosas e o discurso marcado pela hegemonia de alguns profissionais, que dão ordens às mulheres que devem ser “obedecidas”, contradizem não só a ética do cuidado, mas o modelo assistencial preconizado pelo Ministério da Saúde. Este último, ao contrário do modelo autoritário, incentiva as práticas assistenciais demonstradamente úteis da OMS, favorecendo o trabalho de parto e parto.

As ações dos profissionais que subestimam o saber feminino desvalorizam de forma arbitrária a fala das parturientes, desconsidera suas crenças, seus costumes, seus modos de vida e a sua cultura. Esse comportamento profissional submete as mulheres à submissão, sem ao menos fornecer-lhes informações necessárias sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto e parto. Elas tampouco são esclarecidas a respeito dos procedimentos e condutas obstétricas.

Como resposta a esse “tratamento” as mulheres se retraem, se fecham, sentem-se inseguras, enfraquecidas e com medo do que pode acontecer. O trabalho de parto passa a ser um tormento, cheio de angústias e ansiedades. E a dor passa a ser mais valorizada. A partir daí o seu maior desejo é retornar ao lar com o filho nos braços.

Ficou evidente neste estudo que a presença do acompanhante escolhido pela mulher, prerrogativa assegurada pela Lei Federal 11.108, de 07 de abril de 2005, fornece conforto, segurança, tranquilidade, além de bem-estar físico e emocional à parturiente. Os benefícios ao trabalho de parto e parto promovidos por esta lei fortalecem a mulher, dando-lhes coragem para enfrentar seus medos.

Este instituto, entre outros aspectos, nos proporcionou subsídios para avaliar a assistência de enfermagem que prestamos às mulheres durante toda esta fase do ciclo

gravídico-puerperal. Descobrimos, passo a passo com as mulheres, que é possível construir uma forma de assistir e cuidar adequada a cada realidade. Uma maneira culturalmente coerente e respeitosa - não impositiva e arbitrária. Um meio capaz de reconhecer e estimular a autonomia e o pleno exercício da cidadania nestas mulheres comuns e surpreendentemente diferentes.

Esse novo modelo deve levar em conta seus valores, suas crenças, seus hábitos e modos de vida. A abordagem que preconizamos considera o papel social que as mulheres desempenham na sua comunidade, já que a posição do indivíduo na sociedade interfere na sua maneira de pensar e agir, principalmente quando ele se vê dentro de suas próprias experiências. Afinal de contas, a emoção singular do nascimento, de que fazem parte o trabalho de parto e parto, talvez seja a mais forte delas – tanto para a mulher quanto para seu companheiro.

Neste estudo, cinco dos sete fatores sócio-culturais desenvolvidos por Madeleine Leininger foram identificados e relacionados pelo seu significado e influência na história de vida das depoentes. Os fatores tecnológicos, políticos e legais, educacionais, valores culturais e modos de vida, e de companheirismo e sociais permearam, assim, as duas subcategorias analíticas.

Este estudo sinaliza aos profissionais que atendem mulheres, nesta fase do ciclo gravídico-puerperal, a necessidade de utilizar os preceitos de Madeleine Leininger. A autora destaca em sua obra como é importante prestar um cuidado cultural e socialmente adequado. Essa estratégia produz melhorias na qualidade da assistência obstétrica e a consequente diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Na medida em que oferecemos uma assistência direcionada às necessidades de cada mulher, trabalhamos para minimizar os riscos de intervenções desnecessárias, conseqüências indesejadas e, muitas vezes iatrogênicas, que geram riscos obstétricos e fetais.

O estudo revelou que o descumprimento das políticas públicas durante o ciclo gravídico-puerperal é uma forma de violência tão visível quanto a violência explicitada no discurso das depoentes. Apesar de palpável e facilmente identificada, a maneira autoritária com que a mulher, em pleno século XXI, é tratada ainda está longe de ser reconhecida – a despeito dos tantos avanços conquistados pela obstetrícia moderna. Ao presenciar silenciosa e diariamente o quadro caótico em torno do atendimento às mulheres que vão dar à luz, nós, os profissionais de enfermagem, nos tornamos tão impotentes quanto as mulheres que se submetem às más condições de assistência e ao desrespeito praticado por alguns profissionais da cadeia da saúde.

Podemos dizer que esses fatores interferem não somente na condução do trabalho de parto e parto, mas resultam em conseqüências psicológicas, emocionais e físicas indesejáveis que perduram por uma vida.

Por isso, a mobilização em torno de “dias melhores” em relação à assistência integral à saúde da mulher deve ter a participação de todos nós. É imprescindível contar com o envolvimento de todas as instâncias, quer sejam municipais, estaduais e federais, e das organizações não-governamentais e internacionais.

As campanhas de incentivo ao parto normal se renovam e se fortalecem a cada ano e vêm agregando novos adeptos. Já é do senso comum a idéia de que o parto normal deve ser resgatado com urgência. Na verdade, o procedimento é parte de um processo natural e fisiológico da mulher que, entre outros benefícios, evita as elevadas taxas de cesarianas e índices alarmantes de mortalidade materna em todo o país.

Como tão bem assinala Odent, precisamos apenas e tão somente acreditar na mulher, na sua capacidade de parir, na sua força interior, na intuição feminina, no poder de seguir seus instintos e dar à luz, livre de opressões e traumas. “E presenciaremos um nascimento saudável e com um mínimo de intervenções possíveis” (ODENT, 2002).

Enquanto profissionais de saúde, temos que exercer dignamente a profissão que escolhemos, respeitando a ética da vida, cuidando do outro como a nós mesmos, colocando em prática as nossas experiências profissionais e ao mesmo tempo respeitando às dos outros. Trata-se apenas de, conforme assinalou o filósofo francês Jean Paul Sartre, “reconhecer no outro, o outro que lá está”.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ANDRADE, F.C.A.; MELO, E.C.P.; KNUPP, V.M.A. Trajetória de gestantes pelas maternidades do Município do Rio de Janeiro: Análise Segundo Variáveis Seleccionadas. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2008. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=300&cf=2>>. Acesso em: 06/01/2010.

ATKINSON, R. **The life story interview**. Thousand oaks: Sage University Paper Series on qualitative Researchs methods, v.44, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977. p 105

BASTOS, F.G.; SILVA, M.N. **Violência Institucional contra a mulher adolescente e jovem**: Da inadequação ao acolhimento. In: Stella R. Taquette (Org). **Violência contra a mulher adolescente/ jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p.123-132

BERTAUX, D. **L'Approche biographique**: as validité méthodologique, les potentialities. *Cathies Internatioaux de sociologie*, LXIX, 1980. p 20.

BERTAUX, D. **Les récits de vie**. Nathan Université. 2005.

BEZERRA, M.G.A.; Cardoso, M.V.L.M.L. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto**. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.14, n.3, p.414-21, jun.2006.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Portaria nº 571/GM Em 1º de junho de 2000**. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-571.htm>>. Acesso em 30/10/2009.

_____. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**: Informações Para Gestores e Técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/96. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 18 março 2008.

_____. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em: 03 novembro 2008.

_____. Lei n. 11.108. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União 2005; 8 abr. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 03/01/2010.

_____. Lei Estadual 10.24, de 17 de março de 1999. **Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em 22/06/2010.

_____. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006.** Relatório. Brasília/DF; Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Campanha:** Parto Normal está no meu plano. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/hotsite_parto_2/index.asp> Acesso em 10/11/2009.

BRÜGGEMANN, O.M.; Parpinelli, M.A.; Osis, M.J.D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto:** uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, set-out, 2005.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Angela. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2009.

CAMARA, M.F.B; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M.A. **Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem.**- Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 07 junho 2009.

CARON, O.A.F.; SILVA, I.A. **Parturiente e equipe obstétrica:** a difícil arte da comunicação. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.10 n.4 Ribeirão Preto jul./ago. 2002.

COELHO, M.R.S. **Atenção básica a saúde da mulher:** subsídios para elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (mestrado em saúde coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003 b.

COLLAÇO, V.S. **Parto Vertical:** Vivência do casal na dimensão cultural do processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura 2002. 264p.

Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher **In: Convenção de Belém do Pará, 1994** Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 02 julho 2007.

CORDEIRO, D.M.B. **Parirás na dor ou construção ideológica? A mulher da parturição e suas necessidades de assistência:** Estudo das representações sociais de médicos e profissionais de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Instituto Fernandes Figueiras/ Fiocruz, 1998.

COSTA, A.M. **Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil.** In: Questões de Saúde Reprodutiva (K. Giffin; S. H. Costa), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. **Violence: a global public health problem**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 July 2008.

DAVIM, R.M.B.; BEZERRA, L.G.M. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery**: um relato de experiência. Rev Latino-am Enfermagem, v.10, n.5, p:727-32, set-out. 2002.

DENZIN, N.K. **Interpretando a vida de pessoas comuns**: Sartre, Heidegger e Faulkner. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.29-32, 1984.

DESLANDES, S. F. **O atendimento às vítimas de violência na emergência**: "Prevenção numa hora dessas?". Ciência & Saúde Coletiva, 1999. 4:81-94. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 July 2009.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciências & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p:669-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Cartilha**: O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: USP, 2003. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/cartilha_parto.pdf>. Acesso em 29 outubro 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G. & SCHRAIBER, L. B. **Violence against women in health-care institutions**: An emerging problem. Lancet, 2002. 359: 1681-1685. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 July 2008.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FALEIRO, E. Violência de gênero. In: Stella R. Taquette. Org. **Violência contra a mulher adolescente/ jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

GEBARA, I. **Rompendo o Silêncio - Uma Fenomenologia Feminista do Mal**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 Julho 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês**: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir, 1989. 225p.

GOMES R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1999. p. 67-80.

GOULART, L.M.H.F.; SOMARRIBA,M.G.; XAVIER, C.C. **A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p:715-723, mai-jun, 2005.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença.** Trad. Ana Rose Bohen. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432p.

HOTIMSKY, S.N.; Alvarenga A.T. **A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?** Estudos Feministas, n.2, p:461-81, 2002.

_____; Rattner, D.; Venâncio S.I; Bógus, M.M.M. **O parto como eu vejo...ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.18, p:1303-11,2002.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade.** Lisboa: Editorial Presença; 1996.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LEININGER, M.M. e McFarland, M.R. **Culture Care Diversity and Universality – A World Nursing Theory.** Second edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

MACIEL, A.A. et al. **Fatores de risco para morbi-mortalidade materna: uma questão de gênero? Parto e maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas.** Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/E/Esse-%20Maciel-Carvalho-Cestari-Sodre_26.pdf>. Acesso em 08/11/2009.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.40, n.2, p:274-9, 2006.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: A medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MELO, E.C.P. et al. **A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos.** Rev Esc Enferm USP, n.41 (Esp), p:804-9, 2007.

MENEZES, D.C.S. et al. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, 3, p:553-559, mar 2006.

MINAYO, M.C. & SOUZA, E.R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.10, n.1, 1999, p.7-23.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 5ª Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2006.

_____. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciênc. Saúde coletiva vol.11 supl.0 Rio de Janeiro 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 July 2008.

_____. Impactos da violência na saúde. cap.1, p.33. In: NIJAINÉ, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.) **Curso Impactos da violência na saúde.** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/EAD, 2009

MINAYO, M.C.S.; LIMA, C.A. Acidentes e Violência. cap.2, p.43. In: NIJAINÉ, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.) **Curso Impactos da violência na saúde.** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/EAD, 2009

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, Set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2009.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier, 2005.

ZUMA et al. Violência de gênero. cap.7, p.149. In: NIJAINÉ, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.) **Curso Impactos da violência na saúde.** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/EAD, 2009

NOGUEIRA, I.M. **Assistência pré-natal – prática de saúde a serviço da vida.** Rio de Janeiro: Hucitec, 1994, 157p.

ODENT, M. **O Renascimento do Parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — **Assistência ao Parto Normal**: Um guia prático - Relatório de um grupo técnico - Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra, 1996.

_____ - **Relatório mundial sobre violência e saúde**.
Brasília: OMS/ Opas, 2002.

OSAVA, R.H.; MAMEDE, M.V. **A assistência ao parto ontem e hoje**: a representação social do parto. *Jorn. Bras. de Ginec.* v.105, n.1/2, p. 3 - 9, jan./fev. 1995.

PARISI, A. et al. **Nuevos sujetos sociales**: identidad y cultura. Buenos Aires (ARG): Espacio; 1996.

PENNA, L.H.G. **O corpo nu e o corpo vestido – A percepção de mulheres obstetras sobre o poder e a sexualidade na sala de pré-parto e parto**. Dissertação de Mestrado Curso de Mestrado em enfermagem – UNIRIO. 1997, 183p.

PEREIRA, A.L.F. **O parto assistido pela enfermeira na política de humanização do parto e nascimento**. Dissertação de mestrado-NUTES/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **O Processo de implantação da Casa de Parto no contexto do Sistema Único de Saúde**: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007; 167p.

PROGIANTI, J.M.; Vargens, O.M.C. **As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto**. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* Rio de Janeiro, v.8, n.2, p:194-7, 2004.

REDESAUDE. **Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher**. São Paulo, 2000.

REDESAUDE. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 2007 Disponível em:
<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Folhetos/Folder%20Pacto%20Nacional_20%AA%20edi%E7%E3o%20-%202007.pdf>. Acesso em 03/11/2009.

RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL – Dias 27 e 28 de maio de 2009. Local: CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Rua Morgado de Mateus, 615 – Vila Mariana, São Paulo/SP.

REVISTA **RADIS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. n.57. Maio 2007.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. **Formação profissional de obstetrizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?** Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v.10, n. 2, Jul 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan 2010.

RIQUINHO, D.S.; CORREIA, S.G. **Mortalidade Materna: perfil sócio-demográfico e causal**. Rev Bras Enferm, Brasília, v.59, n.3, p:303-7, maio-jun.2006.

ROCHA, F.A.F. **Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado em Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, J.O. et al. **Frequência de traumas perineais nos partos vaginais**. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p:658-63, dez. 2008.

SANTOS, I.M.M; SANTOS, R.S.. **A etapa de análise do método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem**. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n.4, p:714-9, out.-dez; 2008.

SANTOS, I.M.M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência de enfermagem neonatal**. 2009. 185p. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, M.V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal**. São Paulo: Manole. 2002. 156p.

SILVA, L.R. **Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social – História de Vida de mães com sífilis**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2003. 171p.

_____; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. **História, Conquistas e Perspectivas no Cuidado à Mulher e à Criança**. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, v. 14, n.4, p: 585-93, out.-dez.2005..

SOARES, V.M.N.; Schor, N.; Tavares, C.M. **Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna**. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum., v.18, n.4, p:254-263, 2008.

SODRÉ, T.M.; LACERDA, M.A. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina – PR**. Rev Esc Enferm. USP, São Paulo, v.41, n.1, p:82-9, 2007.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec; 1995.

TRENTINI, M. e PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

VALLADARES, D. P. **Ações de Contracepção e Assistência ao Parto**: A Experiência do Rio de Janeiro. In: Questões de Saúde Reprodutiva (K. Giffin; S. H. Costa), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VARGENS, O.M.C. **Direitos Reprodutivos**: A Enfermagem e a Questão do Aborto. Rio de Janeiro: NEPEN – MUSAS, 2001.

_____. O.M.C. et al. **Desmedicalização da assistência ao parto e ao nascimento**: um desafio para a enfermagem obstétrica brasileira. *Enferm Atual*, Rio de Janeiro, v.3,n.17, p:12-8. Rio de Janeiro: 2003.

_____. O.M.C.; Progianti, J.M.; Silveira, A.C.F. **O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas**. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.42, n.2, p:339-46, 2008. Rio de Janeiro.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

WATTS, C; Zimmerman, C. Violence against women: Global scope and magnitude London. **Lancet**, 359:1232-1237, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 03 Julho 2008.

APÊNDICE 1 –

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem - PPGEnf**

Rio de Janeiro, Novembro de 2008.

Da Enfermeira Cristina Alencar Barreto

Para Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ

Venho por meio desta, solicitar a autorização no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa **Dimensões sociais e culturais influenciando no comportamento da parturiente – um desafio para enfermagem**, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Leila Rangel da Silva.

Este projeto possui como **objeto** de estudo: As dimensões sociais e culturais e sua influência no comportamento da parturiente. Tendo como **objetivos**: Conhecer a partir da história de vida de parturientes a influência das dimensões sociais e culturais no trabalho de parto e parto. Descrever as dimensões sociais e culturais que influenciam no comportamento da parturiente no trabalho de parto e parto.

O desenvolvimento do mesmo será de responsabilidade da orientadora e da pesquisadora Cristina Alencar Barreto.

O projeto de pesquisa será cadastrado no Departamento de Pesquisa da UNIRIO e assim que obtivermos a autorização para a coleta de dados iniciaremos a nossa atividade no campo.

Certas de contar com sua colaboração agradecemos a atenção e o apoio a esta solicitação institucional e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Cordialmente,

Enf. Cristina Alencar Barreto
Mestranda da UNIRIO
Tel: 33315639 / 98551833
cris_barreto2005@yahoo.com.br

Prof. Dra. Leila Rangel da Silva
NuPEEMC / DEMI / EEAP / UNIRIO
tel.:2542-7101 – Dep. Enf. Materno-Infantil
rangel.leila@gmail.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 701 – Cidade Nova
Tel 2503-2024 / 25032023 Email cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem – PPGEnf

Prezada Sra. _____

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado: **Dimensões sociais e culturais influenciando no comportamento da parturiente - Um desafio para a enfermagem** com os **objetivos** de: Conhecer a partir da história de vida de parturientes a influência das dimensões sociais e culturais no trabalho de parto e parto. Descrever as dimensões sociais e culturais que influenciam no comportamento de parturientes no trabalho de parto e parto. Neste sentido gostaríamos de utilizar as informações obtidas a partir de uma entrevista onde você poderá falar sobre a sua história de vida relacionada ao trabalho de parto e parto.

Este estudo tem apenas fins científicos e visa contribuir para que haja melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres nas instituições de saúde. Para tanto, é de grande importância a sua participação.

Esclarecemos que nesta pesquisa, não haverá riscos, desconfortos, gastos, nem remuneração para você, que possui a liberdade, a qualquer momento, de retirar o consentimento e deixar de participar do estudo. Será utilizado um codinome a fim de garantir que o seu nome não seja revelado. As entrevistas serão gravadas em MP4 e posteriormente transcritas para serem analisadas. Sempre que desejar estaremos esclarecendo qualquer dúvida sobre o projeto e outros assuntos relacionados com a pesquisa, entrando em contato com a Prof. Dra. Leila Rangel da Silva ou com a enfermeira Cristina Alencar Barreto, em horário comercial, pelo telefone (21) 25427101 / E-mail: rangel.leila@gmail.com

Para afirmarmos a sua compreensão em relação a este convite e seu interesse em contribuir para realização desta pesquisa, em concordância com a Resolução 196/96 – CNS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, é fundamental a sua assinatura neste consentimento informado.

Agradecemos sua atenção.

Responsável pela Pesquisa

Eu, _____, após a leitura deste consentimento, confirmo meu interesse em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009.

Enf. Cristina Alencar Barreto
 Mestranda da UNIRIO
 Tel: 33315639 / 98551833
cris_barreto2005@yahoo.com.br

Prof. Dra. Leila Rangel da Silva
 NuPEEMC / DEMI / EEAP / UNIRIO
 tel.:2542-7101 – Dep. Enf. Materno-Infantil
rangel.leila@gmail.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa / Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 701 – Cidade Nova Tel 2503-2024 / 25032023 Email cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE 3 - SOLICITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem - PPGEnf

Rio de Janeiro, Novembro de 2008.

Ilma Sr^a. Lourdes Gomes
Presidente do Centro de Estudos do Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Venho por meio desta, solicitar a autorização para realizar junto as puérperas, a pesquisa intitulada: **Dimensões sociais e culturais influenciando no comportamento da parturiente**, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Leila Rangel da Silva, a qual será desenvolvida através da realização entrevista aberta.

Este projeto possui como **objeto** de estudo: As dimensões sociais e culturais e sua influência no comportamento da parturiente. Tendo como **objetivos**: Conhecer a partir da história de vida de parturientes a influência das dimensões sociais e culturais no trabalho de parto e parto. Descrever as dimensões sociais e culturais que influenciam no comportamento da parturiente no trabalho de parto e parto.

O desenvolvimento do mesmo será de responsabilidade da orientadora e da enfermeira Cristina Alencar Barreto.

O projeto de pesquisa será cadastrado no Departamento de Pesquisa da UNIRIO e assim que obtivermos a autorização para a coleta de dados iniciaremos a nossa atividade no campo.

Certas de contar com sua colaboração agradecemos a atenção e o apoio a esta solicitação institucional e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Cordialmente,

Enf. Cristina Alencar Barreto
Mestranda da UNIRIO
Tel: 33315639 / 98551833
cris_barreto2005@yahoo.com.br

Prof. Dra. Leila Rangel da Silva
NuPEEMC / DEMI / EEAP / UNIRIO
Tel.:2542-7101 – Dep. Enf. Materno-Infantil
rangel.leila@gmail.com.br

ANEXOS



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 324A/2008

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 258/08 CAAE: 0292.0.314.000-08</p> <p>TÍTULO: Dimensões sociais e culturais influenciando no comportamento das parturientes: um desafio para enfermagem.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristina Alencar Barreto.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Fernando Magalhães.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 15/12/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577