



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Os Impasses na Vivência do Parto por Mulheres

Débora de Paula Araujo

Brasília

Julho de 2016



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Os Impasses na Vivência do Parto por Mulheres

Débora de Paula Araujo

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como parte dos requisitos para conclusão do curso e obtenção do título de psicólogo.

Professor-orientador: Prof.^o. Dr. Sergio Henrique de Souza Alves

Brasília

Julho de 2016

Àqueles que sem o seu amor e apoio incondicionais nada disso se tornaria possível: meus pais! Obrigada por apoiarem todos os meus sonhos. Amo-os imensamente.

Agradecimentos

À **Deus**, que com minha fé e crença peculiares, de algum modo esteve me guiando em toda essa caminhada.

Ao **Sergio Henrique Alves**, meu orientador desde os primeiros semestres do curso e, nessa reta final, não poderia ser diferente. Tenho certeza que fiz a melhor escolha.

À **Ciomara Schneider, Luciana Campolina, Morgana Queiroz e Valéria Mori**, por serem essas pessoas e profissionais maravilhosas. Levarei para a vida cada palavra e ensinamento de vocês.

As minhas amigas de todo o curso – e fora dele, **Michelle Xavier e Priscylla Antonelli**, que tornaram os momentos difíceis mais fáceis de suportar. E a **Bruna Cavalcanti**, que conheci na reta final, mas é tão importante quanto.

Às **participantes** dessa pesquisa que dedicaram um momento de suas rotinas atribuladas para conceder-me as entrevistas. Vocês foram fundamentais nesse processo. Obrigada.

“Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer”
Odente, M.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: Parto Cesáreo	4
Capítulo 2: Parto Humanizado	10
Capítulo 3: Parto Normal	14
Método	17
Participantes	17
Local	17
Instrumento	17
Procedimento	18
Análise das Informações	19
Resultados e Discussão	21
Categoria 1: Escolha do tipo de parto	21
Categoria 2: Influência do profissional sobre a decisão do tipo de parto	26
Categoria 3: Estigma acerca do parto normal	31
Categoria 4: Papel do acompanhante no trabalho de parto e parto	33
Conclusão	37
Referências	40
Apêndice A	43
Apêndice B	44

Resumo

O parto é um evento anunciado e esperado pela gestante e seus familiares, repleto de significados que são (re)construídos dinamicamente na cultura. Estudos têm demonstrado que, dentre as principais expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto, estão a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole e o controle da situação, conhecer o profissional que vai atendê-la, sentir segurança do apoio deste profissional e contar com um acompanhante. Os avanços científicos empregados na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, acarretaram, no Brasil, modificações significativas no cuidado prestado à mulher, transformando o parto em um evento hospitalar e cirúrgico. Com isso, o Brasil apresenta uma das mais elevadas incidências de cesáreas de todo o mundo. Pretendeu-se com esse estudo, compreender o significado dos tipos de parto para as mulheres. Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa. Participaram deste estudo três mulheres, residentes no Distrito Federal. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, contendo questões que atendiam aos objetivos da pesquisa. Constatou-se que o parto normal é a via de parto desejada por todas as participantes entrevistadas, ainda que as pessoas de seu convívio social carreguem muito o estigma em relação ao parto normal. A justificativa principal das entrevistadas para a escolha do parto normal foi em relação à rápida recuperação e a importância do acompanhante de escolha da mulher em todo o processo parturitivo. Percebeu-se ainda a deficiência durante o pré-natal de informações confiáveis em relação aos benefícios e malefícios dos tipos de parto por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: parto cesáreo, parto normal, parto humanizado.

Introdução

A gestação retrata um momento único e especial na vida de uma mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe se confunde, muitas vezes, com as incertezas, medos e inseguranças característicos desse período (Tedesco, Filho, Mathias, Benez, Castro, Bourroul & Reis, 2004). Green, Coupland e Kitzinger (1988, citadas por Dias & Deslandes, 2006) abordam que o parto é um momento anunciado e esperado pela gestante, companheiro e familiares, composto de significados que são construídos e reconstruídos a todo momento em nossa cultura. As mulheres criam suas expectativas em relação ao momento do parto a partir de materiais informativos, internet, televisão, conversas com outras mulheres, antecedentes e experiências anteriores.

O parto é uma vivência significativa na vida de uma mulher. A experiência de parir é tão marcante que, durante anos esse processo é lembrado, em detalhes, pela mãe. A experiência do parto é significativa por várias razões, nas quais ressaltam-se o nascimento de um filho, principalmente do primogênito, onde começa definitiva e concretamente a maternidade, e esse fato vem entrelaçado de todo o *status* e pressão social do papel de mãe. Mas o parto também oferece à mulher a chance de reviver seu próprio (re)nascimento como mulher, além de nascer uma mãe. Na verdade, o parto é, por si só, um momento de incontestável significância psicológica, e não somente o meio pelo qual homens e mulheres tornam-se pais (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005).

Green, Coupland e Kitzinger; Green e Baston; Gibbins e Thomson (1988; 2003; 2001, citados por Dias & Deslandes, 2006) destacam que estudos têm apontado que as principais perspectivas das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto, são a chance de participação ativa nesse momento, o autocontrole (durante as dores das contrações) e o controle da situação, além de confiar no profissional que irá atendê-la, ter segurança em

relação ao apoio que receberá deste profissional e contar com um acompanhante de sua escolha. Porém, em muitos casos, não é assim que acontece. A escolha do tipo de parto acaba gerando uma grande discussão clínica, com a gestante não participando desse processo e sendo, quando muito, informada sobre a decisão médica final, sem levar em consideração a sua vontade (Tedesco et al., 2004).

“Os progressos científicos, provenientes a partir da segunda metade do século XX, inseridos na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, promoveram, no Brasil, mudanças significativas no cuidado oferecido à mulher, modificando o parto em um evento hospitalar e cirúrgico” (Leão, Riesco, Schneck e Angelo, 2013, citadas por Copelli, Rocha, Zampieri, Gregório & Custódio, 2015, p. 337). Peloso, Panont e Souza (2000, citados por Tedesco et al., 2004) afirmam que o Brasil possui uma das mais altas taxas de cesariana de todo o mundo. Essas altas taxas existem por indicações como: escolha do profissional, preferência da mulher e aproveitar a cesariana e fazer uma laqueadura tubárea (esterilização cirúrgica).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2002, citado por Tedesco et al., 2004) as cesáreas realizadas sem coerência na indicação podem ser vistas como condutas desnecessárias e que acarretam riscos elevados tanto na morbimortalidade materna quanto na infantil. Nos últimos anos, notou-se que a quantidade de mulheres que optam (intenção) pelo parto normal tem sido maior em relação as que escolhem a cesariana. Porém, os conhecimentos obtidos não são suficientes para vencer a cultura da cesariana, construída socialmente (Copelli et al., 2015).

Em nossa cultura, além do já exposto, outros motivos colaboram para as altas taxas de cesariana: ideia, por parte da mulher, de que este tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina, não interferindo, assim, nas relações sexuais; informação deficiente da população sobre os riscos das cirurgias obstétricas; e interesse médico (Tedesco et al., 2004).

À frente das discussões científicas e sociais sobre os tipos existentes de parto é importante conhecermos a opinião daquela que é a principal envolvida neste processo – a mulher. Processo esse que é envolto em uma transição que marca a sua vida antes do “tornar-se mãe”, para uma fase de compromisso, responsabilidade e obrigações que chegam junto com a maternidade (Tedesco et al., 2004).

Um melhor entendimento dos motivos subjetivos que valorizam tanto a cesárea quanto o parto normal possibilitará um exercício consciente da melhor escolha pela via de parto, tanto por médicos quanto pelas mulheres. Compreendendo melhor os significados e as representações por trás da escolha do tipo de parto, além dessa vivência única que é o parto. Entendendo que esse processo não é algo que acontece separado da experiência de vida da mulher, mas que acontece junto com outras dimensões como, por exemplo, com a relação com o mundo e com o outro.

Portanto, esse trabalho tem por objetivo analisar o significado da vivência dos tipos de parto pelas mulheres, além de relacionar as crenças, dificuldade de decisão e apoio (profissional, familiar e acompanhante) que envolvem esse processo de escolha do tipo de parto.

Capítulo 1: Parto Cesáreo

Tanaka (1995, citada por Oliveira, Riesco, Miya & Vidotto, 2002) expõe que, no Brasil, a realização do parto hospitalar se espalhou gradativamente após a segunda guerra mundial, quando novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foram sendo inseridos pelos médicos, reduzindo a morbimortalidade materna nos procedimentos realizados no parto hospitalar. “Essas inovações cirúrgicas contribuíram, significativamente, com o crescimento da medicalização do parto e o fortalecimento do saber biomédico em justaposição ao saber humanizado, domiciliar e, tradicionalmente, feminino utilizado até então” (Copelli et al., 2015, p. 337).

Com a institucionalização do parto, se busca melhorar as condutas para iniciar, acelerar, adequar ou monitorar a evolução fisiológica do trabalho de parto. No entanto, a propensão em tornar um processo fisiológico normal em um evento médico e cirúrgico delimita o espaço e a liberdade das mulheres em experienciar, em toda a sua completude, o nascimento de seu filho, e instala espaço para as intervenções desnecessárias (Oliveira & Madeira, 2002).

Belizan, Althabe, Barros e Alexander; Scott; Anderson; Faisal-Cury e Menezes; D’Orsi, Chor, Giffin, Angulo-Tuesta, Barbosa e Gama; Bergeron; Chigbu, Ezeome e Iloabachie; Lobel e DeLuca (1999; 2002; 2004; 2006; 2006; 2007; 2007 & 2007 citados por Mandarino, Chein, Júnior, Brito, Lamy, Nina, Mochel & Neto, 2009) destacam que a cesárea, considerada uma conduta para ser usada quando realmente necessária e indicada em casos de risco de morte para a gestante e/ou bebê, é, nos dias atuais, um método cirúrgico em sua grande maioria programado, sem indicação médica de nenhum risco detectado, e com a escolha quase que sempre atribuída à gestante.

Junqueira (1987, citado por Oliveira et al., 2002) ressalta, ainda, que mesmo que a institucionalização do parto e os progressos tecnológicos trouxeram um melhor controle dos riscos materno e infantil. No entanto, isso acarretou um número grande de intervenções desnecessárias. Com isso, o parto hospitalar tira a mulher de seu ambiente habitual, colocando-a em um local desconhecido, pouco acolhedor e tornando o evento do nascimento alienante e desumano. Inclusive com riscos de iatrogenia para as gestantes e seus bebês (Dias & Deslandes, 2006).

Rattner, Hotimsk, Venâncio e Miranda (1997, citadas por Oliveira et al., 2002) acrescentam que o nascimento por via cesárea se tornou tão comum e propagado, que a viabilidade de se ter um parto normal deixou de ser um exercício comum em muitas maternidades, mesmo quando o parto normal é o desejado pela parturiente. Os profissionais nem sempre estão preparados para atender essa expectativa do parto normal, e mesmo que as decisões da parturiente sejam consistentes, o seu desejo nem sempre prevalece.

A Associação Nacional de Saúde Suplementar – Diretrizes e Iniciativas em Prol do Parto Normal (2008, citado por Mandarino et al., 2009) lembra que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% a 15%. Porém, o que se tem visto são taxas bem maiores que essas estabelecidas, até mesmo em países desenvolvidos. Outro dado importante que trazem a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; Hopkins e Freitas; Drachler, Leite e Grassi (1997; 2000 & 2005 citados por Mandarino et al., 2009) informa que igual aos países em desenvolvimento, o Brasil tem taxas de cesáreas bem maiores que as indicadas pela OMS, chegando aos 35% no geral e maiores que 70% quando leva em conta só o serviço privado. Entre os estados brasileiros não tem nenhum que possui números dentro do estabelecido e desejado pela OMS (Mandarino et al., 2009). Faúndes e Cacatti (1991, citados por Mandarino

et al., 2009) complementam que o elevado número de cesarianas realizadas tem colocado o Brasil em posição de evidência nas pesquisas mundiais.

Faúndes e Cecatti (1991, citados por Oliveira et al., 2002) afirmam que o aumento da realização de parto cesáreo não se associa positivamente com o aumento por igual dos benefícios do mesmo para a mãe e o bebê. Segundo o tipo de parto, comparando o risco de morte materna, vários estudos nacionais e internacionais, revelam maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesariana, devido a infecções puerperais e complicações anestésicas. Dentre as causas que influenciam as altas taxas de cesarianas, aparecem os fatores socioculturais, institucionais e legais como explicação da escolha pela cesárea, tanto entre os médicos como entre as mulheres.

Potter, Berquó, Perpétuo, Leal, Hopkins e Souza; Habiba, Kaminski, Da Frè, Marsal, Bleker e Librero (2001 & 2006 citados por Mandarino et al., 2009) apontam que são associados às cesarianas fatores como: atraso na recuperação puerperal; tempo maior de internação; um número maior de uso de medicamentos; demora para o início da amamentação e, por último, elevado gasto para o sistema de saúde. Aparentemente o uso de cesáreas não se deve apenas ao que já foi exposto, pode ser também influenciado por diversos outros motivos relacionados à gestante, como as desigualdades sócio-econômicas, situação geográfica, faixa etária e etnia.

Leeman e Plante; Cotzias e Paterson-Brown (2006 & 2001 citados por Mandarino et al., 2009) relatam que os médicos, em sua maioria apontados como promotores de uma cultura de intervenção por conveniência, falam que na maioria das vezes a opção por uma cesárea é confirmada também pelo desejo das gestantes, principalmente as de classes sociais mais altas, que optam por esse tipo de parto para não danificar o órgão feminino, para não sentir a dor do trabalho de parto e, como método que permite a esterilização definitiva.

Zugaib (1990, citado por Oliveira et al., 2002) ressalta ainda, em relação às causas do grande número de cesarianas, fatores como: o pouco tempo gasto pelo médico obstetra para acompanhar o trabalho de parto, em virtude de atividades conjuntas que desenvolve junto com a prática médica; a desinformação da mulher em relação ao parto normal; a falta de conhecimento sobre a indicação da cesárea anterior; o desespero do médico, formado para intervir; a falta de enfermeiras obstétricas para acompanhar o parto; a realização da laqueadura tubárea durante a cesariana; questões relacionadas ao pagamento de procedimentos médicos e da analgesia no parto, entre outros. Além dessas, segundo Oliveira et al. (2002), dentre as indicações médicas mais comuns para a realização de uma cesariana estão a cesárea feita anteriormente, sofrimento fetal e bebê em posição pélvica.

O médico obstetra, para acompanhar um trabalho de parto, deve ter, no mínimo, 6 a 10 horas à disposição da gestante, com a realização de exame clínico de 2 em 2 horas, ainda mais quando se acompanha primíparas, com as quais o trabalho de parto costuma ser mais longo. No acompanhamento feito no serviço privado, o obstetra que, por vários motivos, não puder oferecer esse tempo para o acompanhamento do parto, acaba por indicar uma cesárea. Porém, no serviço público, a gestante, ao ser internada em trabalho de parto, terá à sua disposição, para exame clínico, uma equipe de obstetras (médicos e enfermeiras) em esquema de plantão, o que acarreta na continuidade do acompanhamento mesmo depois da troca de profissionais. Assim, o motivo da realização da cesárea estaria ligado às reais indicações médicas (ameaça a mãe e bebê) do que à “falta de tempo” e conveniência do obstetra (Mandarino et al., 2009).

Mandarino et al. (2009), em sua pesquisa, constatou que de fato, ligando com o parágrafo acima, na maternidade privada, além da preferência predominante pela cesárea manifestada pelas gestantes (67,4%), dentre aquelas que queriam o parto normal (29

pacientes) apenas 2 (7%) tiveram a sua vontade atendida, enquanto que 100% das que preferiam a cesárea, acabaram realizando este tipo de parto.

Yazlle, Rocha, Mendes, Patta, Marcolin e Azevedo (2001) descreve em sua pesquisa que os partos por cesárea, sem menção de diagnóstico que pudesse justificar a indicação da cesárea, foram mais frequentes entre pagamentos por via particular (dinheiro) e de pré-pagamento (convênio). Ou seja, nessas categorias de elevada incidência de cesarianas não foram encontrados, na maior parte dos casos, os diagnósticos que justificassem a indicação de cesárea, baseada em critérios técnicos. Esse tipo de parto teria sido transformado em objeto de consumo acessível segundo o padrão de renda, o que viria explicar o fato de ser mais incidente nos grupos de maior renda.

Ainda trazendo como referência os dizeres de Tanaka (1995, citada por Oliveira et al., 2002), no modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher se torna objeto da ação dos médicos, perdendo o controle e a decisão sobre o próprio corpo, bem como sobre o processo do parto e do nascimento. Diante do exposto, isso pode acarretar no que trouxe Caron (1998, citado por Oliveira et al., 2002) onde um estudo, sobre a comunicação entre parturiente e a equipe médica, constatou que a falta de informações adequadas e necessárias durante a assistência prestada pelos profissionais, foi percebida pela mulher como descaso, desamparo e desrespeito, provocando sentimentos de indignação.

Barbosa, Giffin, Angulo-Tuesta, Gama, Chor e D'Orsi (2003, citados por Mandarinino et al., 2009) apontam que a tecnologia médica se apresenta, nesse sentido, como uma resposta necessária para o controle desse risco, justificando a legitimização social da via de parto por cesariana como um procedimento seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida, o adaptando para que se insira na orientação geral da medicina ocidental da beneficência (“poupar a mulher da dor”).

Maldonado e Canella (1988, citados por Oliveira et al., 2002) abordam que na relação profissional de saúde-parturiente acaba se repetindo o modelo de relação de subordinação do profissional à instituição de saúde, que é de dominação, pressão e achatamento – isso quando o profissional está submetido à uma instituição. Como resultado desse conflito, surgem o autoritarismo e a prepotência, restando à mulher a submissão ou deixar de ser atendida. Ligado a isso, é comum a equipe de saúde usar de termos técnicos com uma fala difícil para a parturiente (Oliveira et al., 2002).

Como apontam Fabri e Murta (1999, citados por Mandarino et al., 2009), a pouca ou nenhuma informação, durante o pré-natal, sobre as reais indicações de uma cesárea e os benefícios e desvantagens de cada tipo de parto somados ao progresso científico e ao aprimoramento da área cirúrgica corroboram para um modelo de assistência médica fortemente determinante pela escolha do parto cesárea. Barbosa et al. (2003, citados por Mandarino et al., 2009) acrescentam ainda que, muitas vezes, é passada à gestante, durante o pré-natal, a ideia infundada de que o parto cesáreo é mais seguro para a mãe e bebê e, portanto, uma forma mais “moderna” de parto, dizendo ainda que o parto normal “não se usa mais”.

Penna e Arulkumaran; McFarlin (2003 & 2004 citados por Mandarino et al., 2009) afirmam que sob a defesa do discurso feminista acerca do direito da mulher à escolha do tipo de parto, a prática obstétrica toma este discurso para justificar o pedido da gestante para a realização da cesárea (“cesárea a pedido”). Porém, a aparente “liberdade de escolha” declarada à mulher é, em sua maioria, acompanhada da falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento.

Capítulo 2: Parto Humanizado

Na tentativa de retomar a natureza fisiológica do nascimento, o Ministério da Saúde apresentou a noção de Parto Humanizado, que pode ser retratado como um conjunto de diretrizes e maneiras que têm por objetivo a promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (Oliveira & Madeira, 2002).

A terminologia humanização foi conferida pelo Ministério da Saúde e sua equipe técnica, ao Programa de Pré-natal e Nascimento, com o intuito de melhorar as condições do atendimento, além do profissional não só priorizar o que observou, mas, também, ouvir o que a gestante descreve estar sentindo para que o tratamento seja proveitoso para ambas as partes. Ainda resgata a todo momento a importância da participação da família durante a gestação, parto e puerpério (Castro & Clapis, 2005).

Segundo Oliveira e Madeira (2002), a busca pela humanização do parto exige, em primeiro lugar, o seu entendimento como sendo um evento da vida sexual e reprodutiva, um evento fisiológico, que requer, sim, um acompanhamento, mas com um mínimo de intervenção possível, que disponha de pessoal treinado e de condições estruturais para identificação, além de prevenir precocemente complicações e situações de risco, permitindo atuação imediata, adequada e eficaz.

Neste processo, cada mulher tem uma dinâmica própria que deverá ser respeitada, deve ser estimulada a sua liberdade e o seu direcionamento durante o processo de parto, sendo-lhe permitido escolher onde, como e com quem deseja parir. O bem-estar da mulher e o nascimento de seu recém-nascido dependem também da confiança depositada nos profissionais que a assistem. Esses deverão, ao longo do trabalho de parto e no parto, avaliar corretamente o estado da mãe, com monitoramento de suas condições vitais, atentando para a manutenção de seu bem-estar físico e emocional, fornecendo-lhe apoio nos momentos de dor,

além da privacidade durante o trabalho de parto que deverá ser respeitada (Oliveira & Madeira, 2002).

Segundo Oliveira e Madeira (2002), discussões e estudos realizados no meio científico sobre a importância da humanização da assistência direcionada à mãe e ao bebê no ciclo gravídico, além de documentos do Ministério da Saúde, produzidos por autores nacionais e internacionais, indicam a importância da recuperação do papel das parteiras e da qualificação das enfermeiras obstétricas, a fim de se reduzir as intervenções e os índices de cesáreas. Afirmam serem essas profissionais as mais habilitadas em conduzir uma assistência natural e mais humana à mulher.

Em 1997, o Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, do Instituto de Saúde de São Paulo, organizou um *workshop* com o tema “Humanizando o Nascimento e o Parto”. O relatório desse evento apresenta um conceito para a humanização do parto, que inclui respeitar a individualidade da parturiente, saber ver e escutar suas necessidades e adequar a assistência segundo a cultura, as crenças e os valores das mulheres (Oliveira et al., 2002).

A autonomia da mulher no momento do parto está ligada diretamente à sua inclusão na decisão sobre a via de parto, isso ocorre na medida em que ela é informada corretamente a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta no seu processo parturitivo ou em alguma situação determinada. Nesse sentido, o diálogo entre o profissional de saúde e a parturiente é a base do que se denomina “aliança terapêutica”, considerada como uma troca entre ambas as partes para garantir maiores benefícios na assistência, que depende de relações igualitárias e não impositiva entre as partes (Oliveira et al., 2002).

Conforme ressalta o Ministério da Saúde, na escolha do tipo de parto estão envolvidos necessidades, riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras, sendo importante a informação e formação de uma opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que é melhor para a sua saúde e a de seus filhos, pois, embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência e, sim, de informação correta e sem nenhuma intencionalidade por parte dos profissionais da saúde ou outras pessoas de influenciar a gestante (Oliveira et al., 2002).

Assim, é importante encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controle sobre o próprio parto, com direito à decisão fundamentada na “escolha informada”. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência (Oliveira et al., 2002).

Observa-se, ainda, que a responsabilidade da maternidade e dos fenômenos nela envolvidos é ainda percebida como de exclusividade da mulher, pois é ela quem gesta, pari e cuida. Destaca-se que a ideia da responsabilidade individual da mulher pela gestação e pelo nascimento se configura como um dos obstáculos para a humanização do parto, pois, algumas vezes, há certa dificuldade em inserir a família nesse contexto (Oliveira, Rodrigues, Guedes, Felipe, Galiza & Monteiro, 2011).

Com o intuito de mudar esse pensamento, no Brasil, a inserção do acompanhante de escolha da parturiente é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência ao parto, considerada referência para a implantação do parto humanizado. O aspecto fundamental dessa prática é a possibilidade de a mulher receber apoio, durante o processo do nascimento, de uma pessoa da sua rede social (companheiro, familiar e amigos) e não se sentir sozinha em nenhum momento desse processo. O apoio também pode ser

realizado por profissionais responsáveis pelo cuidado clínico ou por outras pessoas designadas exclusivamente para essa função, como as doulas (Brüggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti & Neto, 2010).

Tornquist (2002, citado por Griboski & Guilhem, 2006) refletem que aproximar-se da humanização da assistência permite às mulheres e aos profissionais de saúde desenvolver relações menos desiguais e menos autoritárias. Nesse sentido, é essencial o resgate da autonomia e do poder de decisão das mulheres, especificamente, no parto, e de se colocarem no espaço social e cultural. Percebe-se que o empoderamento das mulheres passa pelo resgate dos poderes e saberes femininos que, através do processo de modernização, acabou eliminando esses saberes.

Nisso é evidente a crescente tendência de repensar esse momento que estamos vivendo, num esforço de resgatar a humanização do parto, que se perdeu no mundo da tecnologia, buscando ações voltadas ao atendimento da mulher gestante com necessidades biopsicosociais, culturais e espirituais. Humanização significa acolher a parturiente, respeitar sua individualidade de mulher, oferecer ambiente seguro, dar a oportunidade de um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologias desnecessárias (Cechin, 2002).

Observa-se ainda que a importância da política de humanização da assistência ao parto tem que dar-se em todos os âmbitos de assistência à mulher, que possa também atingir as mulheres das camadas menos favorecidas, ampliar seus direitos de usuárias dos serviços públicos de saúde. Uma política que possibilite às mulheres vivenciar, nas maternidades públicas, esses momentos não apenas como uma questão de saúde, mas também como um acontecimento social e afetivo que marca profundamente seus protagonistas (Hotimsky, Rattner, Venancio, Bógus & Miranda, 2002).

Capítulo 3: Parto Normal

A cultura do nascimento, pensado no modelo cartesiano dualista mente-corpo, ampliou para o pensamento do corpo como uma máquina, que às vezes surge um defeito, transformando, assim, a base filosófica na qual se baseia a obstetrícia moderna (Cechin, 2002). Helmann (1994, citado por Cechin, 2002) lembra que fundamentado nesse pensamento encontra-se a propensão de medicalizar um evento biológico normal que é o parto, o transformando em um evento médico. Assim, a mulher gestante passa a ser tratada como alguém passivo, dependente das decisões médicas. Na atualidade, há uma supervalorização do nascimento com a utilização da tecnologia como algo soberano nas instituições hospitalares.

A medicalização do parto, ou seja, a mudança de assistência baseada na segurança dos procedimentos médicos intervencionistas, transformou o parto normal em um parto suscetível de intervenções, ou seja, de risco. Assim, o parto normal, na atualidade, passou a significar parto vaginal realizado em ambiente hospitalar (Mandarino et al., 2009).

É importante frisar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere mudanças na prática da assistência ao parto hospitalar e, conseqüentemente, medicalizado aqui no Brasil. Propõe mudanças nas rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, causadoras de risco para gestante e bebê, além de serem exageradamente intervencionistas no que se refere ao parto normal. Tais procedimentos, como a episiotomia, rompimento das membranas que envolve o bebê, lavagem intestinal, raspagem dos pêlos e, além da cesárea sem real indicação médica. Essas mudanças estabelecidas pela OMS não visam retirar totalmente essas intervenções, mas sim utilizá-las em situações comprovadamente necessárias, percebendo que a assistência ao parto e nascimento hospitalar estão abusando desse modelo e dessas práticas, prejudicando a saúde da mulher e do bebê (Crizóstomo, Nery & Luz, 2007).

Além do ressaltado acima, a mudança da posição da mulher na hora de parir, da posição vertical para a posição ginecológica (deitada), trouxe mais comodidade ao médico e a equipe responsável pelo atendimento ao parto, do que um benefício à mulher, pelo contrário, percebe-se, nessa mudança, o desrespeito ao processo fisiológico do parto e a queda da qualidade do atendimento ao parto normal. Essa mudança é adotada pela maioria das escolas médicas (Crizóstomo et al., 2007).

O progressivo aumento da hospitalização do parto foi baseado na argumentação da segurança da mulher e bebê e dos melhores recursos tecnológicos que se tem no hospital. Atualmente, várias propostas vêm tentando melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher durante o parto, com um modelo de assistência menos intervencionista e mais humanizada. Os modelos propostos têm sido a criação de centros de parto normal e o resgate da participação da obstetrix e enfermeira obstétrica no processo de parto e nascimento (Oliveira et al., 2002).

O modelo de formação profissional das obstetrixes e enfermeiras obstétricas tem sido notado como um fator que influencia diretamente no modelo de assistência ao parto, sendo considerado menos medicalizado o parto realizado por essas profissionais. Corroborando com um melhor atendimento às gestantes, com a diminuição do excesso de intervenções cirúrgicas e medicamentosas desnecessárias, por isso, tem-se defendido o resgate dessas profissionais, além de criação de mais cursos para a formação desses tipos de profissionais (Crizóstomo et al., 2007).

Os anseios das gestantes quanto à escolha do tipo de parto estão diretamente relacionados à maneira como as informações sobre esse assunto estão disponibilizadas e acessíveis a elas. Pensando assim, a orientação bem informada e acessível durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo que um recurso educativo de grande ajuda, conhecido

como plano de parto, é ainda pouco utilizado. Nesse processo, profissionais e usuárias – gestante ou casal – criam vínculos com o serviço de saúde, para planejar onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas cabíveis em situações normais e no caso de surgirem complicações (Oliveira et al., 2002).

Ainda que existam indícios favoráveis à presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto, essa recomendação muitas vezes não é respeitada pelas instituições. Ter alguém a seu lado, quando uma cesariana ou outra intervenção é necessária, pode ajudar a parturiente na comunicação com a equipe de saúde. Em caso de a mulher estar inconsciente por alguma complicação, o familiar ou acompanhante deve ser informado a respeito da conduta a ser seguida (Oliveira et al., 2002).

Por mais tecnologia que seja utilizada, não será capaz de conceder uma situação totalmente segura para a mãe, bebê e recém-nascido. A segurança precisa de estudos mais cautelosos, não só em relação ao local onde é realizado o parto, mas, principalmente, no que diz respeito ao modelo de formação dos profissionais que o ofertam (Crizóstomo et al., 2007).

Método

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, traçada na apuração de assuntos complexos e subjetivos que provavelmente não poderão ser determinados numericamente, visando que exprimem valores, emoções e convicções (Minayo, 2007).

O modelo da pesquisa qualitativa pode ser usado no estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus objetos e a si mesmas, sentem e pensam (Minayo, 2007)

Participantes

A amostra foi constituída por três mulheres que vivenciaram a experiência de qualquer via de parto (normal ou cesáreo), residentes no Distrito Federal, com idades entre 26 a 34 anos. A seleção da amostra se deu por conveniência, observando os seguintes aspectos: mulheres que já haviam passado por algum tipo de parto e a concordância em participar da pesquisa. Foram atribuídos numerais (1, 2 e 3) às participantes como forma de assegurar o sigilo e o anonimato das mesmas.

Local

As participantes foram entrevistadas em seus respectivos domicílios, em um recinto reservado e tranquilo, pretendendo, assim, respeitar a particularidade e a privacidade de cada participante.

Instrumento

Para a obtenção dos dados foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice A), com perguntas abertas pretendendo possibilitar que a participante permanecesse mais à

vontade para dissertar sobre os conteúdos acordados. O roteiro da entrevista foi produzido com sustentação nos objetivos da pesquisa e na revisão bibliográfica. Foi desenvolvido um roteiro de entrevista abrangendo 10 perguntas, com o objetivo de analisar o significado da vivência dos tipos de parto para as participantes desta pesquisa, além de relacionar as crenças envolvidas, as dificuldades de decisão, o papel do companheiro e/ou outros familiares envolvidos nesse processo.

Procedimento

A pesquisadora fez contato via telefone com as participantes conhecidas que vivenciaram a experiência de qualquer via de parto, a fim de convidá-las para participarem da pesquisa. Após a confirmação do interesse em participar da pesquisa, a pesquisadora agendou as visitas em domicílio.

Antes de dar início às entrevistas, a pesquisadora expôs, de modo preciso e breve, os objetivos da pesquisa e informou sobre o sigilo e o anonimato das participantes, bem como advertiu a respeito da não obrigatoriedade de participação na pesquisa. As participantes foram informadas sobre a importância e a relevância de assinarem as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), certificando, assim, a vontade de participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente e tiveram duração média de 40 minutos. As participantes autorizaram a gravação das entrevistas. Subsequentemente, a gravação foi ouvida pela pesquisadora e as respostas das participantes foram transcritas na íntegra, com a intenção de alcançar um melhor rendimento das entrevistas.

Análise das Informações

Para a análise das entrevistas, usou-se a técnica Análise de Conteúdo, por ser uma técnica que possibilita analisar o conteúdo categórico e subentendido do diálogo. Entre os vários tipos de análise de conteúdo existentes, preferiu-se, nesta pesquisa, pela utilização da Análise Temática. Com isso, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2007, p. 316). Assim sendo, as análises dos dados trilharam as seguintes fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (Minayo, 2007, p. 316-319).

A pré-análise se escora na organização e definição dos materiais que serão analisados e no resgate dos objetivos da pesquisa, podendo ser analisado da seguinte forma: leitura flutuante, no qual ocorreu um contato intenso entre a pesquisadora e o material obtido nas entrevistas semiestruturadas; constituição do corpus de análise, processo em que se deu a solidificação das informações obtidas em seu todo, verificando a comparação entre o material analisado e os objetivos da pesquisa. Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, na etapa em que foi realizada a leitura precisa do material obtido, levando em consideração a possibilidade de revisão e alteração das interpretações ou levantamento de novos questionamentos (Minayo, 2007).

Na fase de exploração do material, a pesquisadora organizou, classificou e escolheu categorias, aspirando obter um melhor entendimento do material. “As categorias são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (Minayo, 2007, p. 317). É uma etapa importante, em que acontece a codificação, classificação e a categorização dos dados obtidos ao longo da pesquisa. Na terceira e última

fase, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a pesquisadora concluiu e realizou interpretações, relacionando com o referencial teórico definido no início da pesquisa.

Posteriormente à transcrição e à leitura minuciosa das entrevistas, foram detectados temas parecidos apresentando origem às seguintes categorias de análise: escolha do tipo de parto, influência do profissional sobre a decisão do tipo de parto, estigma acerca do parto normal e papel do acompanhante no parto.

Resultados e Discussão

Categoria 1: Escolha do tipo de parto

As expectativas da mulher quanto à via de parto são consequências de como as informações estão disponíveis ou são acessíveis a ela. E estes elementos são interpretados de acordo com a história de vida de cada uma. Nesse sentido, a orientação no pré-natal tem alto potencial educativo, pois a gestante passa a conhecer alternativas de assistência em situações de trabalho de parto sem nenhuma alteração e ou no caso de surgir algumas complicações (Iorra, Namba, Spillere, Nader & Nader, 2011).

Melchiori, Maia, Bredariolli e Hory; Hotimsky, Rattney, Venancio, Bógus e Miranda (2009; 2002, citados por Iorra et al., 2011) destacam que a influência de alguns motivos apontados pelas mulheres pela preferência por parto normal são: considerar a recuperação mais rápida e estar mais rapidamente liberada da maternidade, representa uma crença comum entre as mulheres. Faúndes, Pádua, Osis, Cecatti e Sousa (2004, citados por Iorra et al., 2011) falam que o surpreendente é que, entre as mulheres que têm preferência por parto normal, julgam esse tipo de parto mais cômodo e confortável para elas, contradizendo o entendimento de que o parto cesáreo é mais cômodo para a gestante. Muitas mulheres que experimentaram as duas vias de parto declaram preferir o parto normal por proporcionar menos dor.

Eu assisti um vídeo na adolescência sobre os partos, os dois tipos de parto. E eu achei muito agressivo (a cesariana), então optei pelo parto natural porque eu não queria tomar anestesia e eu queria que fosse de cócoras. Além de buscar informações em livros, internet e grupo de gestantes. (1)

Achava que eu estaria informada (sobre o parto normal) só pesquisando superficialmente, eu não pesquisava evidências. Eu assistia parto no youtube, eu

acessava o site da *babycenter*. Eu lia alguma coisinha, uns depoimentos, conversa com uma, com outra. Mas nada muito afundo do parto, do que você precisava pra ter um parto, os riscos da cesárea. Só sabia que cesárea eu não queria, que parto normal era melhor pra criança. E eu achava que eu estava informada, mal sabia eu. (2)

Eu queria um parto natural, pesquisei em sites e no youtube como que era e principalmente pela recuperação. Dizia que no outro dia você já podia andar e tudo. E eu fiz um curso no hospital que ajudou a decidir pelo parto normal mesmo, justamente por causa da recuperação. (3)

As três entrevistadas relatam que assistiram vídeos, principalmente do youtube e acessaram sites para se informar sobre os tipos de parto. Observa-se que, com o advento tecnológico e a acessibilidade, a internet se tornou mais uma ferramenta de pesquisa, que no caso das entrevistadas era sobre a via de parto. Mas que remete na qualidade desse material e a legitimidade das informações passadas, já que a participante 2 afirma que não foi o suficiente para se informar e argumentar com o médico.

Além dos vídeos e sites, há relatos de pesquisas em livros, grupo de gestantes e palestras o que contribuiu para a escolha do tipo de parto. Todas as participantes já tinham em mente o tipo de parto que queriam, no caso, o parto normal, os outros meios de informação só ajudaram a confirmar as suas escolhas.

Em relação às orientações prestadas sobre os tipos de parto no pré-natal, apenas a participante 3 traz essa informação, já que o hospital em que ela teve os filhos ofereceu uma palestra sobre os tipos de parto, o que ajudou na tomada de decisão sobre o parto normal. No caso da participante 3, ela teve os dois filhos em um hospital público, onde só esse dispõe dessas palestras informativas e oficinas sobre parto, amamentação e cuidados com o bebê.

Quanto aos motivos reais de cada participante optar pelo parto normal, há diversos relatos. No caso da participante 1 ela achava a cesariana agressiva e não queria se submeter a uma anestesia, além de ter preferência na posição, no caso de cócoras, na hora da expulsão do bebê; a participante 2 por achar que era melhor para a criança e a 3 por causa da rápida recuperação. Percebe-se que, mesmo pesquisando e se informando sobre o parto normal, as entrevistadas ainda estavam desinformadas sobre os benefícios desse tipo de parto, além desses citados por elas, já que são variadas as recomendações para se optar pelo parto normal. O que de novo nos faz pensar na qualidade do material pesquisado pelas entrevistadas.

Faisal-Curry e Menezes (2006, citados por Iorra et al., 2011) apontam que em estudo nacional, realizado com puérperas de clínicas privadas e públicas, três em cada quatro das primíparas do setor privado e oito em cada dez do setor público que realizaram cesarianas gostariam de ter tido partos vaginais. Bonfante, Silveira, Sakae, Sommacal e Fredrizzi (2009, citados por Iorra et al., 2011) sugerem que essa cirurgia esteja sendo praticada com falta de critérios. A conduta, por vezes intervencionista do médico, parece corroborar com os acréscimos do número de partos cesáreos.

Contradizendo esse estudo Hopkins (2000, citada por Mandarino et al., 2009), que realizou pesquisa em maternidades brasileiras, comenta que a via do primeiro parto é primordial como decisivo da escolha do tipo do(s) futuro(s) parto(s), pois é senso comum, tanto entre os médicos como entre as mulheres, que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Eu sinto que meu parto foi roubado. O parto foi do médico, do anestesista, do enfermeiro, de todo mundo, menos meu. Porque eu não fiz nada. Eu quero ter outros filhos, então eu faria diferente, me informaria melhor sobre o parto normal, natural, humanizado, pra ter argumentos contra o médico. Eu já fui em outros ginecologistas que já falaram que uma vez cesárea a outra vai ser cesárea. E não é. (2)

O relato da participante 2 condiz com o trazido pelos autores Faisal-Curry e Menezes, mesmo tendo passado por uma cesariana a participante 2 planeja ter outros filhos e quer que a via de parto seja o normal, e, percebendo, ainda, onde falhou nas suas buscas em relação às informações acerca do parto normal e com isso não podendo argumentar com o médico. Com a vontade de ter outro filho e que o mesmo nasça em um parto normal, a participante 2 contradiz o estudo realizado por Hopkins, onde traz que as mulheres que passaram por uma cesárea irão optar, no segundo parto, por realizar a cesariana novamente. Mas acerta em relação aos profissionais, já que a participante 2 relata que, em consultas a outros profissionais, eles afirmam que não há a possibilidade de o segundo parto ser normal quando o primeiro foi cesárea.

Tedesco, Filho, Mathias, Benez, Castro, Bourroul et al. (2004, citados por Iorra et al., 2011) concordam que a gestação representa um período muito particular na vida de uma mulher – angústias e medos se confundem com a alegria de tornar-se mãe. Parte destes sentimentos é causada pelas preocupações e dúvidas quanto ao momento do parto. Apesar de ser um assunto que a preocupa, em geral a gestante não participa da escolha da via de parto; quando muito, é informada sobre a decisão médica final para nascimento do bebê.

Gama, Giffin, Tuesta, Barbosa e D’Orsi (2009, citados por Iorra et al., 2011) afirmam que por esse raciocínio, mostra-se como a relação médico-paciente tem se estabelecido de maneira hierárquica, isto é, a mulher fica à mercê da opinião e da conduta de seu médico, não se estabelecendo o vínculo adequado para esclarecimento dos procedimentos a que a gestante será submetida. Por não perceberem terreno propício para a manifestação de opiniões e tomadas de decisões, as mulheres muito pouco opinam e questionam sobre a via de parto.

Não foi fácil (achar um médico que fizesse o parto natural). Eu fui em três médicos até chegar na que foi a minha obstetra. (1)

Eu fiz toda a preparação (para o parto normal) e no final foi a escolha médica, não foi minha. (2)

A gente (ela e o marido) decidiu por optar pelo normal mesmo. Só em último caso mesmo, se não tivesse jeito, aí seria o cesáreo. O médico achou ótimo. (3)

Os relatos das participantes 1 e 2 mostram bem a inflexibilidade dos profissionais quando se trata de partos normais. A participante 1 fez uma peregrinação para que seu desejo de ter um parto normal fosse possível, já que os profissionais não queriam realizar esse tipo de parto, e, como já havia tomado sua decisão, preferiu procurar um médico que realizasse o parto natural. Já a participante 2 sentiu que foi enganada pelo seu médico já que ele sempre acolheu a sua vontade de ter um parto normal, mas acabou a convencendo de uma cesariana. A que difere desses relatos é a participante 3 que, quando falou para o médico que queria parto normal, foi acolhida em sua decisão.

Com esses relatos pode-se pensar em como os profissionais estão agindo em relação ao parto normal, já que o mesmo é um acontecimento imprevisto e duradouro e os profissionais não querem dispor de horas acompanhando uma mulher, enquanto que com o mesmo tempo gasto com um parto normal, o médico pode realizar várias cesáreas. O que aconteceu no caso da participante 3 é que ela realizou seus partos em um hospital público, onde o incentivo ao parto normal é muito maior e onde há uma fiscalização maior para seguir as recomendações do Ministério da Saúde.

Categoria 2: Influência do profissional sobre a decisão do tipo de parto

Evidencia-se a existência de uma desvinculação da participação da gestante no processo decisório da escolha do tipo de parto porque desconhece seus direitos de gênero e reprodutivos. Com isso, as mulheres contribuem passivamente para a reprodução do modelo

biomédico e intervencionista, principalmente quando aceitam resignadamente a conduta imposta. As crenças sobre o seu papel no mundo e sobre o parto refletem-se nas situações sócio culturais vivenciadas na condição de mulheres e parturientes (Griboski & Guilhem, 2006). Essa desvinculação pode ser vista nas seguintes falas:

Ele (médico) falou que ela (bebê) poderia entrar em sofrimento, que teria que fazer o parto e tinha que ser cesárea. Mas eu não queria cesárea, insisti um pouco mais no parto normal e ele (médico) falou então que eu teria que assinar um termo de responsabilidade, que eu estava pondo a vida da minha filha em risco. (2)

Nesse relato da participante 2 fica evidenciado como o profissional utiliza do medo e da desinformação da participante para que ela desista do parto normal e o autorize a realizar a cesárea, mostrando a total anulação da vontade da participante sobre o seu próprio corpo, além do modelo intervencionista em um processo que é totalmente fisiológico e a hierarquia por parte do médico.

Minayo e Deslandes (2002, citado por Griboski & Guilhem, 2006) falam que nesse sentido, “o confronto proporcionado pelas crenças e valores – nas diferentes esferas de sua vida em sociedade – e que não lhes permite o exercício da dúvida e da fala”, pode ser a origem da submissão presente no processo parturitivo. As mulheres oprimidas socialmente desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e os limites vivenciados naquele momento, reforçando a dependência de outro indivíduo, representado, nesse caso, pelo médico. Mas, se não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos e como elas podem reivindicá-los, fica difícil transpor a lacuna que lhes permitiriam o exercício da autonomia e o poder de decisão (Griboski & Guilhem, 2006).

Ele (médico) me deitou, me examinou, fez aqueles procedimentos de rotina, escutou o coração do bebê e falou que eu não tinha passagem. Perguntei: como assim eu não

tenho passagem? Ele falou que minha bacia era muito estreita. Perguntei como ele sabia que eu não tinha passagem se eu não estava nem em trabalho de parto. Ele me respondeu que era pela minha estrutura óssea. Na época eu realmente era magra, bem mais magra do que sou hoje. (2)

Usando da desinformação da participante acerca do processo parturitivo e do funcionamento do seu corpo, o médico usa desses recursos para impor a escolha do parto cesáreo à participante, acreditando que o seu corpo realmente não é preparado para o parto normal. Esse relato mostra como os profissionais agem, fazendo com que a mulher acredite até o final da gestação que terá o parto de sua escolha, mas no final do processo usam do seu poder e informação para mudar a decisão da gestante. Sabendo que se eles falam, desde o início do pré-natal, que não realizam parto normal, correm o risco de perder a paciente e o que iriam receber pelo serviço.

Existe, ainda, uma resignação em função do desconhecimento sobre o processo fisiológico do parto entre muitas mulheres. Esta postura dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar e, conseqüentemente, as leva a uma situação de vulnerabilidade feminina, refletida na ausência de seus direitos no processo parturitivo. Esse é apenas mais um dos reflexos decorrentes das práticas sociais de gênero, amplamente questionados pela bioética feminista (Griboski & Guilhem, 2006).

Ele (médico) começou a falar uns argumentos positivos da cesárea, falando que ia fazer um corte baixo, que eu iria ficar perfeita, linda, que não iria ter problema nenhum e eu comecei a cair na dele. Perguntei como que seria (a cesárea), se iria ficar dopada, sobre a recuperação. Ele só falava pra eu ficar relaxada, pra não ligar pra isso,

que não iria me preocupar com nada. Nisso ele já foi pegando a agendinha dele e eu chorando. (2)

Nesse relato fica evidenciado que a vontade da participante de ter o parto normal nunca iria se realizar, já que o médico sabe usar meios de convencer as suas pacientes a mudarem de ideia em relação ao parto normal para o cesáreo, além da questão de não querer perder a paciente ao falar que não realiza partos normais. O médico ao realizar apenas partos cesáreos ganha em fator monetário, já que pode realizar vários partos cesáreos com base na duração de um parto normal, além da questão da comodidade de parto cesáreo ter dia e hora marcada, não solicitando o médico em horários e dias variados, como no caso do parto normal que pode ocorrer a qualquer momento.

As mulheres colocam-se como vetores, isto é, um veículo para proporcionar a passagem de um objeto, nesse caso, o bebê. Para atingir a satisfação individual (procriação) e o sucesso do nascimento de um filho, as mulheres permitem que seus corpos sejam invadidos, medicalizados e controlados como se isso fosse um acontecimento normal (Griboski & Guilhem, 2006).

Essa condição provoca nas mulheres uma dissociação, isto é, a separação ou desagregação do que acontece com elas, como cidadãs, e com seus corpos, durante o processo parturitivo. É como se o corpo não lhes pertencesse. Importa somente o nascimento, o sucesso é esperado por elas e por todos. Essa dissociabilidade envolve as mulheres e as transformam em uma pessoa distanciada do seu parto; fornecem a permissão para serem controladas por outros indivíduos (Griboski & Guilhem, 2006)

O médico marcou a cesárea pra segunda-feira, acho que foi até pior, porque passei o final de semana e o feriado todo pensando como seria isso, porque eu não sabia o que vinha pela frente, nunca tinha tomado nem soro na veia. (2)

O médico marcou pra eu estar no hospital às 7h, mas só às 13h que foi a cirurgia, e eu de jejum desde o dia anterior. Começou todos aqueles procedimentos demorados, eu estava com medo, porque meu marido só podia entrar depois que terminasse os procedimentos de anestesia e soro. A sala estava muito gelada e eu tinha que agachar pra receber a anestesia, pedi até pra abraçar a enfermeira. (2)

Fica explícito, no relato da participante, que ela era apenas um corpo ao longo do processo, um meio para trazer sua filha ao mundo, onde não há voz nem vontades, descartando totalmente os seus sentimentos e sensações em relação ao seu processo parturitivo. Nesse momento a participante fica perdida, já que ao longo de toda a gestação se vê realizando o parto normal, e, no final da gestação, é imposta a mudar de ideia, o que a faz não entender mais o processo, ficar perdida sem informações acerca do que iria vir e do que iria acontecer com ela e com o bebê.

Prado (2002, citado por Crizóstomo et al., 2007) descreve como que o ambiente onde é realizado o parto é importante, pois este pode ajudar ou atrapalhar a evolução do trabalho de parto. Aqui no Brasil, além do hospital, existem outros locais pouco difundidos, onde o parto é tratado como um processo fisiológico, sobretudo os que ocorrem nas casas de parto e em domicílio.

Eu conhecia (sobre o parto domiciliar), a gente conversou sobre isso (com a médica), eu tinha um pouco de medo por não saber o que poderia acontecer. E ela (médica) me disse que não fazia parto em casa quando era a primeira vez (primeira gestação). E eu achei que foi bom assim, eu me senti mais segura, hoje num segundo parto acho que eu tentaria fazer em casa, mas na primeira vez preferi ir pro hospital mesmo. (1)

Eu peguei um anjo, foi um anjo mesmo, as doutoras. Principalmente com a minha mãe do meu lado, aí ficou melhor ainda, né? Eu me senti em casa, na verdade. (3)

Collaço (2002, citado por Crizóstomo et al., 2007) aponta que as modificações da posição vertical para a deitada, litotômica, semi-sentada, foram sugeridas em Londres e Paris, tendo como causa a comodidade do médico ou do pessoal responsável pelo atendimento ao parto. Ressaltam-se, nesta mudança, o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto e o prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de baixo risco. Essa alteração passa a ser adotada pela maioria das escolas médicas.

Quando cheguei na Dra. e falei que queria um parto natural, de cócoras e que não queria tomar anestesia ela falou: de jeito nenhum, eu jamais vou ficar ajoelhada nos pés de alguém, toda descabelada pra esperar um neném nascer, de forma alguma. (1)

Nesse relato fica marcado como os profissionais estão mais preocupados com o seu próprio bem-estar do que com o de seus pacientes. Uma das posições mais recomendadas no processo de expulsão do bebê é a de cócoras, por facilitar a descida do bebê, a pélvis se abre mais e há a diminuição de lacerações no períneo. Em contrapartida, a posição ginecológica não é indicada justamente porque não facilita a descida do bebê porque a pélvis fica mais estreita precisando que a mulher faça mais força na hora da expulsão do bebê e conseqüentemente acarreta em laceração do períneo. Porém, ela é muito utilizada para comodidade dos médicos que têm uma visão mais ampla da região do aparelho reprodutor feminino facilitando, assim, na realização de eventuais procedimentos.

Capítulo 3: Estigma acerca do parto normal

No imaginário popular e cultural, destacam-se alguns mitos relativos ao parto: o medo da dor no parto (expresso na referência bíblica: “parirás com dor”, castigo imposto a Eva ao ser expulsa do paraíso); a destruição do canal vaginal, o que impediria as mulheres de terem relações sexuais prazerosas, incentivando-se, com isso, a realização da episiotomia ou o parto cirúrgico; e o medo de morrer no parto, transmitido por meio da história de pessoas ou

familiares. Observa-se, assim, que fatores sócio culturais podem influenciar a preferência das mulheres pelo parto cesáreo, elevando os índices de cesárea. Ao mesmo tempo, há aspectos físicos, emocionais, afetivos e sexuais que atuam como fatores impeditivos ao estabelecimento de um processo que considere a autonomia e a dignidade das mulheres (Griboski & Guilhem, 2006).

Teve gente que apoiou (sobre o parto natural) e muita gente me achava louca, achava que eu era muito corajosa, coisas do tipo. (1)

Era só coisas negativas mesmo (quando falava pras pessoas da intenção de ter parto normal): “você é doida”, “você não vai aguentar”, “você é muito magra”, “você vai quebrar ao meio”, “ah, fulana de tal morreu no parto, hein?”. Eu ficava com um pouquinho de medo só de morrer, nem era da dor. (2)

A maioria foi conivente (quando comunicou que teria que realizar uma cesárea): “ah, vai ser melhor”, “não fica assim”, “vai ser ótimo porque vai ser na hora marcada. Dá pra gente se planejar”. Aí todo mundo falava assim: “ah, porque parto normal você sabe, né? Pode ser a qualquer momento. Então pode tá tudo pronto ou nada pronto. Já que tem data e hora marcada a gente consegue fazer tudo, lavar as roupinhas, deixar tudo pronto”. A maioria achou melhor. (2)

Todo mundo assustado (sobre a escolha do parto normal) e falaram: “nossa, é um horror! Mas eu não dei muita importância e fui tranquila, na minha, pra ver o que eu sentia, não fui pela cabeça dos outros. (3)

Ainda existem muitos mitos em torno do parto normal, mitos esses que são perpassados por gerações e que só fazem aumentar o medo de muitas gestantes em relação a essa via de parto. Percebe-se nas falas das entrevistadas que, quando é anunciada a escolha

pelo parto normal, muitas das pessoas do seu convívio social associam esse tipo de parto a algo negativo, principalmente por causas das dores das contrações. Porém, observa-se que, mesmo a maioria das pessoas não incentivando a escolha das gestantes em relação ao parto normal, isso não as fizeram desistir de sua escolha, mas não exclui que, em algum momento, elas possam ter ficado mais apreensivas diante da escolha, principalmente chegando mais próximo do nascimento do bebê.

Mesmo as participantes que durante o parto tiveram alguma intercorrência, como no caso da participante 1 que teve uma laceração e a participante 3 que precisou fazer uma episiotomia – que é um dos maiores medos das gestantes –, alegam que isso não seria um impeditivo para não escolherem essa via de parto em gestações futuras, como pode ser visto nas falas:

Durante um tempo eu fiquei angustiada (sobre a laceração). Porque muda a forma da vagina, fiquei achando que ela tinha ficado meio deformada, fiquei meio na neurose, mas foi só no começo, depois acostumei e vi que não tem nada a ver, tava tudo certo. O sexo voltou a ser normal, sem dor, sem incômodo. Foi tudo certo. (1)

Foi horrível (a episiotomia). Por mais que eles aplicam a anestesia, você acaba sentindo na hora do corte. No outro (nascimento do segundo filho) foi melhor porque eles não cortaram (não realizaram a episiotomia). (3)

Diferente do que os autores trazem, o medo da dor das contrações, a deformação do canal vaginal – o que as impediria de terem relações sexuais prazerosas –, a episiotomia, o medo de morrer durante o parto normal, além das falas negativas das pessoas do seu meio social, não foram fatores que influenciaram as participantes a optarem por outra via de parto, já que a participante 1 alega que faria tudo de novo e a participante 3 passou novamente pela

experiência de parto normal no nascimento de seu segundo filho, depois de realizar uma episiotomia no nascimento de sua primeira filha.

Diante disso tudo, observa-se na participante 2, que foi a única das entrevistadas a realizar um parto cirúrgico, que ainda há nela a vontade de passar por uma experiência de parto normal.

Eu ainda quero ter outros filhos e ter o parto normal que não tive. (2)

Que discordando dos autores, mesmo diante de todos os mitos acerca do parto normal, não é um fator que influenciou a escolha da participante pelo parto cesáreo – já que foi por motivos médicos – e com isso, não foi descartado dos seus planos futuros o parto normal.

Categoria 4: Papel do acompanhante no trabalho de parto e parto

Bezerra e Cardoso; Santos e Nunes (2005; 2009 citadas por Oliveira et al., 2011) abordam que, no contexto atual, o medo de sofrer durante o parto, além de assustar as mulheres, impõe-lhes uma vivência de solidão em um ambiente desconhecido e no qual são cercadas por pessoas estranhas. Ao ser internada, a mulher passa a ser um caso, recebe um número de registro para sua identificação, deixando de ser indivíduo; torna-se, então, mais uma na hora de parir. Na maioria das maternidades públicas, a parturiente fica distante da família; em contrapartida, observa-se o despertar para a consideração do parto/nascimento como um evento familiar. Portanto, no cuidado à gestante, não se pode pensar apenas em mulher grávida, mas, também, em família grávida.

O Ministério da Saúde reconhece que a presença do acompanhante traz benefícios e que as gestantes que contam com um acompanhante no parto e puerpério imediato ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, havendo diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesáreas. A permanência de outra pessoa junto à mulher contribui, ainda, com a

redução do risco de acometimento por depressão pós-parto. O acompanhante pode, também, ajudar a mulher nas tarefas básicas com o bebê no pós-parto, quando a mãe se encontra em fase de reabilitação. Com a sanção da Lei nº 11.108, em abril de 2005, recomenda-se que os serviços de saúde se reorganizem para incluir o acompanhante no período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Essa intervenção busca garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para confortá-la e encorajá-la durante o processo do nascimento (Oliveira et al., 2011).

Longo, Andraus e Barbosa (2010, citado por Oliveira et al., 2011) trazem que embora a presença do acompanhante seja uma recomendação do Ministério da Saúde, observam-se, em alguns serviços de saúde, obstáculos à sua participação, justificados pela inadequada infraestrutura e, principalmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com essas recomendações.

Ela (a doula) foi a peça fundamental em todo o processo (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato). Se não fosse ela realmente eu teria desistido e pedido pra fazer uma cesariana, é muita dor. (1)

Eu com muito medo da cesárea me apeguei ao anestesista, que foi meu apoio emocional, pois meu marido só podia entrar na sala de cirurgia depois que fosse feito todos os procedimentos (soro, anestesia) em mim. Acho que ele só podia entrar depois que tivesse começado um pouco a cirurgia. (2)

No primeiro parto estava sozinha, porque o hospital estava em reforma, aí não podia entrar pra nada. O pai podia entrar quatro vezes por dia depois que tinha nascido, visitas uma vez por dia. Eu acho que foi horrível. No segundo foi humanizado falaram que o pai ou a avó poderia acompanhar. Mas eu queria a minha mãe, né? (3)

Observa-se, no relato da participante 3, que as suas duas experiências de trabalho de parto e parto foram diferentes. No primeiro parto, a participante não pôde ter um acompanhante devido à reforma que estava sendo realizada no hospital, relatando que foi uma experiência horrível. Já no nascimento de seu segundo filho, a participante teve a oportunidade de ter alguém de sua escolha no momento do trabalho de parto e parto, tendo escolhido sua mãe. Sabendo-se que, mesmo o hospital, no momento do nascimento de sua primeira filha, tendo alegado não ter estrutura para receber o acompanhante de escolha da gestante, agiu de forma negligente, já que a lei garante esse direito à gestante, além ainda de ser um hospital público, o qual deveria ser o primeiro a aplicar a lei e o que o Ministério da Saúde afirma em relação aos benefícios do acompanhante.

O respeito à escolha da mulher acerca do acompanhante de sua preferência é percebido como uma prática comprovadamente benéfica, útil e que deve ser incentivada. A estimulação desse direito da mulher gestante reduz a necessidade de analgesia e a realização de cesárea. Como foi o relato da participante 1, que conta que, se não fosse o apoio da doula durante todo o processo de trabalho de parto e parto, ela teria pedido a cesárea relatando a questão das dores das contrações. Além do mais, a experiência de um acompanhante que apóie a gestante é um fator extremamente importante na parturição, pois traz à mulher a sensação de tranquilidade para enfrentar o trabalho de parto, confiança em si e na equipe e a segurança de ter alguém conhecido. Mesmo que no caso da participante 3 esse acompanhante tenha sido uma doula que é uma profissional treinada para esse tipo de trabalho de acompanhamento da gestação, parto e puerpério; qualquer acompanhante, independentemente de ser ou não específico para essa função, pode dar esse suporte que a gestante necessita nesse momento.

No caso da participante 2, que foi a única entrevistada a ter o parto cesáreo, onde o seu parto foi realizado em um hospital particular, que acaba por ter suas próprias normas e regras e só aceitam a entrada do acompanhante em um determinado momento, onde vários procedimentos já tinham sido feitos, relata a falta que o apoio do acompanhante lhe fez, pois durante todo o processo ela refere medo e solidão, trazendo em seu relato a participação de alguns profissionais que a ampararam nesses momentos difíceis. E, mesmo que os profissionais envolvidos no atendimento ofereçam o cuidado e o conforto necessários, acaba não sendo a mesma relação que com um acompanhante de sua escolha, que, no caso dela, por um momento foi amenizado as suas angustias, mas que voltavam à medida que eles tinham que se ausentar para fazerem outras atividades e a necessidade de alguém de confiança ao seu lado de confiança ia aumentando.

Conclusão

Percebe-se que o parto normal é a via de parto desejada por todas as participantes entrevistadas. Mesmo a participante entrevistada que realizou uma cesárea prévia manifesta o desejo de, no futuro, ter um parto normal, o que diverge com os altos índices de cesarianas realizadas em nosso país. A justificativa principal das entrevistadas para a escolha do parto normal foi em relação a rápida recuperação. O que se faz pensar na qualidade da informação que as gestantes têm buscado para se informar sobre a via de parto – sabendo-se que não são apenas esses os benefícios do parto normal. Além da recuperação mais rápida, há menos riscos de infecção materno-infantil, menor taxa de morbimortalidade tanto para a mãe quanto para o bebê, maior vínculo estabelecido entre mãe-bebê, além de ser um processo naturalmente fisiológico, entre outros.

Com isso, observa-se poucas informações obtidas pelas participantes com os profissionais que a atenderam durante a gestação, já que umas das responsabilidades dos profissionais de saúde, envolvidos no processo de nascimento, é informar a gestante sobre as modificações que ocorrem em seu corpo, sobre os tipos de parto, benefícios e malefícios, desfazer os mitos acerca do parto normal e sanar dúvidas das mulheres. Podendo fazer refletir até que ponto as entrevistadas conseguiram estabelecer um vínculo com esses profissionais para orientá-las em relação a suas dúvidas ou até que ponto esses profissionais estão capacitados para esse tipo de atendimento.

Diante disso, vê-se que o estigma em relação ao parto normal, trazido nas falas das participantes, através de seu meio social, ainda é grande, mesmo que os benefícios do parto normal sejam comprovadamente os mais benéficos para a mãe e o bebê. Ficando evidente a cultura da cesariana como um procedimento rápido e indolor que se instaurou em nossa sociedade moderna. Ainda que existam profissionais que não pratiquem a cesariana

desnecessariamente, ainda há a necessidade de mais profissionais informados sobre o processo fisiológico, menos arraigados ao modelo intervencionista, trazendo à gestante a sensação de confiança em relação ao atendimento e que está plenamente informada, podendo, assim, tomar a melhor decisão para si e sem dúvidas pairando em relação a sua decisão.

Outro ponto importante observado é a importância do acompanhante da escolha da mulher em todo o processo parturitivo, o que se pode notar nas falas das participantes e na satisfação em ter alguém de sua confiança para transmitir apoio e segurança durante um momento tão importante de sua vida. Trazendo a importância de respeitar, valorizar e estimular esse tipo de conduta nos locais onde se presta esse tipo de atendimento

Percebe-se, então, que a humanização do parto, proposta pelo Ministério da Saúde, faz-se necessária em nosso país, trazendo de volta o parto natural, empoderando as mulheres acerca de tudo que envolve o seu corpo e oferecendo informações acessíveis e de qualidade, além de se aplicar mais a medicina baseada em evidências. Aplicar a Lei do Acompanhante com mais eficiência e rigidez, já que há locais onde ela não se faz respeitar, compreender que esse é um direito da mulher de escolher quem ela quer que esteja ao lado dela nesse momento.

Entretanto, para que o processo de mudança à assistência prestada à mulher gestante ocorra, faz-se necessária a atuação do psicólogo como promotor de educação para a saúde na atenção primária de saúde, principalmente no pré-natal, trazendo informações acerca da gestação, parto e puerpério, onde observou-se a deficiência de tais informações, para que a mulher se sinta segura e acolhida diante dessa mudança tanto física como psicológica. O psicólogo pode atuar fazendo palestras, oficinas e grupos de gestantes, incentivando sempre a presença do companheiro para se sentir pertencendo e inserido nesse processo. Com isso, os benefícios se dariam em menos pronto-socorros lotados, menos hospitalizações

desnecessárias e no fortalecimento dessas mulheres em relação ao processo gravídico, as mudanças em seu corpo e sinais do trabalho de parto.

Como a área da saúde é um setor de constantes mudanças e informações sendo atualizadas a todo momento, vê-se necessário a continuação de estudos e pesquisas acerca do tema. Além de ser relevante para a área da psicologia da saúde e suas interfaces.

Referências

- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G. & Neto, A. S. C. (2010). Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: Ensaio clínico controlado randomizado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, 4 (4), 155-159.
- Castro, J. C. & Clapis, M. J. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (6), 960-967.
- Cechin, P. L. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Rev. Bras. Enferm.*, 55 (4), 444-448.
- Copelli, F. H. S., Rocha, L., Zampieri, M. F. M., Gregório, V. R. P. & Custódio, Z. A. O. (2015). Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm*, 24 (2), 336-343.
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S. & Luz, M. H. B. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11 (1), 98-104.
- Dias, M. A. B. & Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: Os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, 22 (12), 2647-2655.
- Griboski, R. A. & Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: O imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, 15 (1), 107-114.

- Hotimsky, S. N., Rattner, D., Venancio, S. I., Bógus, C. M. & Miranda, M. M. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, 18 (5), 1303-1311.
- Iorra, M. R. K., Namba, A., Spillere, R. G., Nader, S. S. & Nader, P. J. H. (2011). Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Revista da AMRIGS*, 55 (3), 260-268.
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M. & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 247-254.
- Mandarino, N. R., Chein, M. B. C., Júnior, F. C. M., Brito, L. M. O., Lamy, Z. C., Nina, V. J. S., Mochel, E. G. & Neto, J. A. F. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: Um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25 (7), 1587-1596.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, A. S. S., Rodrigues, D. P., Guedes, M. V. C., Felipe, G. F., Galiza, F. T. & Monteiro, L. C. (2011). O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: Percepção de puérperas. *CogitareEnferm*, 16 (2), 247-253.
- Oliveira, S. M. J. V., Riesco, M. L. G., Miya, C. F. R. & Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: Expectativas das mulheres. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10 (5), 667-674.
- Oliveira, Z. M. L. P. & Madeira, A. M. F. (2002). Vivenciando o parto humanizado: Um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *RevEscEnferm*, 36 (2), 133-140.

Tedesco, R. P., Filho, N. L. M., Mathias, L., Benez, A. L., Castro, V. C. L., Bourroul, G. M. & Reis, F. I. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *RBGO*, 26 (10), 791-798.

Yasle, M. E. H. D., Rocha, J. S. Y., Mendes, M. C., Patta, M. C., Marcolin, A. C & Azevedo, G. D. (2001). Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*, 35 (2), 202-206.

Apêndice A

Entrevista semiestruturada

- 1.** Que tipo(s) de parto(s) você teve?
- 2.** Como foi o processo de escolha do(s) parto(s)? Estava sozinha nesse processo? Como foi a contribuição dessa outra pessoa (se tiver outra pessoa contribuindo, apoiando)?
- 3.** Se informou sobre o(s) tipo(s) de parto(s)?
- 4.** Como as pessoas próximas reagiram depois da sua escolha do(s) parto(s)?
- 5.** Teve apoio em relação sua decisão acerca do(s) tipo(s) de parto(s)?
- 6.** A sua decisão foi anterior ou posterior à conversa com o(a) médico(a)?
- 7.** Se foi anterior, qual foi a reação do(a) médico(a)?
- 8.** Em qual local foi realizado o(s) parto(s)?
- 9.** Como foi essa experiência?
- 10.** Faria algo diferente?

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidada por meio deste a realizar uma pesquisa como voluntária. Após as devidas explicações, poderá confirmar sua participação assinando o formulário abaixo ou recusá-lo sem penalidade alguma.

O estudo sobre a vivência da mulher no parto tem como objetivo conhecer e entender o significado do(s) tipo(s) de parto(s) para a mulher e como esse processo se deu em sua experiência.

Vale lembrar que nenhuma participante será identificada pelo nome e que é possível em qualquer momento desistir de participar do estudo, mesmo após assinar este termo. As informações prestadas por você em entrevistas de aproximadamente 1h serão registradas em áudio, transcritas e analisadas em conjunto com as informações fornecidas pelos demais participantes. Esta pesquisa não apresenta riscos físicos, no entanto, se houver alguma queixa de danos psicológicos ou de qualquer desconforto, imediatamente a pesquisa será encerrada e, se necessário, serão feitos os devidos encaminhamentos.

Os resultados desta pesquisa, além de contribuir com a ampliação do conhecimento sobre o tema estudado, serão utilizados para a realização de um trabalho de conclusão de curso. Em caso de dúvida, eu, Débora de Paula Araujo, posso ser acessada através do e-mail débora.araujo28@hotmail.com. Esta pesquisa é realizada sob a orientação do Prof^o. Dr. Sergio Henrique de Souza Alves. Se desejar maiores informações também poderão ser tiradas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB pelo número (61) 3966-1511.

Desde já agradeço sua participação.

Diante do exposto eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Estou ciente que receberei uma via desse documento e foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade

Brasília – DF, _____ de _____ de 2016.

Participante

Pesquisadora: Débora de Paula Araujo

Professor-Orientador: Sergio Henrique de Souza Alves