

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

REGINA MACHADO DE SOUZA

**GERMINAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E
COLHEITA DA SEMENTE NA MULHER-
TERRA: ORIENTAÇÃO DE GESTANTES DO
SUS DE RIO CLARO SOBRE GESTAÇÃO E
PARTO**



Rio Claro
2011

REGINA MACHADO DE SOUZA

GERMINAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E COLHEITA DA SEMENTE NA
MULHER-TERRA: ORIENTAÇÃO DE GESTANTES DO SUS DE RIO
CLARO SOBRE GESTAÇÃO E PARTO

Orientador: Prof^a. Dr^a. Silvia Marina Anaruma

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau de
Bacharel e Licenciado em Ciências Biológicas.

Rio Claro
2011

618.24 Souza, Regina Machado de
S729g Germinação, desenvolvimento e colheita da semente na
mulher-terra: orientação de gestantes do SUS de Rio Claro
sobre gestação e parto / Regina Machado de Souza. - Rio
Claro : [s.n.], 2011
148 f. : il., figs., quadros

Trabalho de conclusão de curso (licenciatura e
bacharelado - Ciências Biológicas Integral) - Universidade
Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: Silvia Marina Anaruma

1. Gravidez. 2. Educação. 3. Psicologia. 4. Gestação. I.
Título.

Dedico este trabalho às pessoas que me permitiram saborear a doçura da vida e experienciá-la das formas mais intensas:

Aos meus pais, Eurico e Marlene, que ao se mesclarem e se unirem, proporcionaram que eu germinasse no caloroso ventre de minha mãe; crescesse com liberdade, independência, confiança e que frutificasse;

Ao meu fiel companheiro Daniel Henrique Homem, que depositou em mim sua semente, me confiando sua germinação, me apoiando, auxiliando, respeitando e amando, à sua maneira;

À minha amada filha Naiá, que ao me escolher como mãe, despertou ainda mais minha consciência, feminilidade e meus instintos de mulher-terra, trazendo outro sentido à minha vida e renovando minha existência.

“Viva vida - Ali estava eu diante dela. Tão pequena e ao mesmo tempo, gigante. Eram meus sentimentos se mesclando dentro de mim, borboletas estavam em pleno vôo em meu interior, minhas pupilas dilatadas pela adrenalina que pulsava em meu sangue, meu coração em saltos, tamanha era a emoção daquele momento! Eu me reinventava naquela hora. Meus olhos, marejados pelas salgadas lágrimas que escorriam pela minha face como resultado da alegria e contentamento que tomavam conta de mim devido à intensidade, naturalidade e singeleza daquela experiência... Ah! Experiências essas que me tecem a cada vivência, que contribuem com um retalho diferente para a enorme e infinita colcha que sou, em eterna confecção... Experiências e trocas que mesclam águas de rios, fazendo com que elas nunca mais sejam as mesmas, pois se fundem de uma forma inseparável. Gratidão! Palavra essa que resumia meu sincero agradecimento ao universo por me permitir viver momentos como este... Foi assim que me senti quando, ao olhar para aquela pequena fita branca, vi duas faixas rosadas, que me indicavam que meu ventre era agora habitado por um ser de luz e quando, nove meses depois, acalentei minha amada e esperada filha em meus braços, após ela ter deslizado veementemente pelas minhas entranhas... Vida! Viva!” – Escritos pessoais da autora

RESUMO

Ao viver uma gestação, a mulher passa por mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais. É de fundamental importância que as gestantes recebam apoio, sejam orientadas sobre tais mudanças e também sobre o parto, momento comumente temido por elas. A assistência pré-natal é oferecida em nível nacional pelo Ministério da Saúde, que propõem a realização de ações educativas e a criação de grupos de apoio, que visam complementar o atendimento realizado nas consultas médicas. Porém, apesar de serem preconizadas, tais ações ainda são insuficientes ou insatisfatórias. O presente estudo visa contribuir com a área de Educação em Saúde buscando, a partir do conhecimento da realidade de gestantes, realizar uma ação de orientação, com a intenção de complementar o pré-natal realizado em Unidades de Saúde da Família (USFs). Para tanto, o objetivo geral da pesquisa foi investigar aspectos do conhecimento e dos sentimentos de gestantes usuárias do SUS de Rio Claro a respeito da gestação e parto, orientando-as sobre tais assuntos. A pesquisa, com abordagem Qualitativa, objetivo Descritivo e que usou como procedimento técnico a Pesquisa-ação, ocorreu no município de Rio Claro e teve como sujeitos 15 gestantes. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e de um diário de campo. Foi elaborado um material contendo 16 imagens coloridas, que foram utilizadas nas orientações individuais com o intuito de esclarecer os processos da gestação e parto. Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo. A maioria das entrevistadas afirmou que não planejava engravidar e, ainda assim, mais da metade delas não fazia uso de nenhum método contraceptivo, mostrando que não houve um planejamento familiar efetivo. As fontes de informação mais citadas foram as pessoas mais velhas e/ou experientes e os postos de saúde. Todas as gestantes perceberam as mudanças decorrentes da gravidez e se comunicavam de alguma forma com seu bebê, mostrando que tais mulheres são perceptivas e sensíveis. No entanto, elas apresentaram um conhecimento insuficiente sobre o próprio corpo e os processos que nele ocorrem na gestação e parto. A grande maioria das entrevistadas relatou algum tipo de medo em relação ao parto, sendo que muitos deles poderiam ser trabalhados nas ações educativas do pré-natal. A maioria delas afirmou preferir o parto normal. Para as mulheres que já haviam passado pela experiência do parto, as lembranças negativas prevaleceram por terem sido partos dolorosos, com muito sofrimento, desconfortáveis e traumatizantes, o que enfatiza a importância da humanização do parto e nascimento. As participantes afirmaram que gostaram da orientação, que foi útil para sanar algumas dúvidas e que gostariam que houvesse mais momentos assim durante o pré-natal. Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam a necessidade de que mais ações educativas sejam realizadas no pré-natal, pois uma maior conscientização das gestantes pode contribuir significativamente para a melhoria da saúde materno-infantil. É muito importante que tais ações levem em consideração os aspectos psicossociais e culturais das mulheres envolvidas no processo educativo e que seja feita uma escuta ativa das mesmas para que suas dúvidas possam ser sanadas e seus medos, que são muitos, possam ser compreendidos e trabalhados.

Palavras-chave: educação; gravidez; parto.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
I. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2. 1. Objetivo Geral	13
2. 2. Objetivos específicos	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3. 1. Aspectos biológicos da gestação e parto	14
3. 1. 1. <i>Germinação – estabelecimento de uma nova vida intra-uterina</i>	14
3. 1. 2. <i>Desenvolvimento – a força da gestação da vida no ventre</i>	17
3. 1. 3. <i>Colheita: o nascimento de um novo ser</i>	24
3. 2. Histórico da obstetrícia e da institucionalização do parto	26
3. 2. 1. <i>A obstetrícia no Brasil: panorama histórico e atual</i>	29
3. 3. Assistência à saúde da mulher: considerações sobre o pré-natal no Brasil.....	30
3. 4. Considerações sobre posições de parto	35
3. 5. Parto no Brasil hoje	38
3. 5. 1. <i>Cesáreas: partos cirúrgicos</i>	39
3. 5. 2. <i>Parto normal hospitalar</i>	40
3. 5. 3. <i>Humanização do parto e nascimento</i>	41
4. METODOLOGIA.....	47
4. 1. Tipo de pesquisa	47
4. 2. Aspectos éticos	48
4. 3. O cenário	48
4. 3. 1. <i>Atenção à saúde em Rio Claro</i>	49
4. 4. Os atores sociais	49
4. 5. Coleta dos dados.....	50
4. 5. 1. <i>Instrumentos utilizados</i>	50
4. 5. 2. <i>Procedimento para a coleta de dados e intervenção (orientação)</i>	51
4. 6. Análise dos dados	53

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5. 1. Considerações sobre o método e a coleta de dados	60
5. 2. Apresentando as participantes – Caracterização e descrição dos sujeitos	62
5. 3. 1. Violeta.....	64
5. 3. 2. Tulipa	64
5. 3. 3. Acácia.....	65
5. 3. 4. Papoula.....	65
5. 3. 5. Petúnia	67
5. 3. 6. Rosa.....	67
5. 3. 7. Magnólia	68
5. 3. 8. Camélia.....	68
5. 3. 9. Alfazema.....	69
5. 3. 10. Orquídea.....	69
5. 3. 11. Margarida.....	70
5. 3. 12. Hortênsia.....	71
5. 3. 13. Azaléia	72
5. 3. 14. Dália	72
5. 3. 15. Perpétua	73
5. 3. Analisando os depoimentos	73
I) Nível de Conhecimento.....	74
II) Sentimentos, percepções e expectativas.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	130
Anexo A – Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005.....	131
Anexo B – Portaria MS/GM N° 2.418.....	132
Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP de Rio Claro para a realização da presente pesquisa.....	133
Anexo D – Autorização da Fundação Municipal da Saúde de Rio Claro.....	134
Anexo E - Roteiro da entrevista semi-estruturada.....	135
Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	136
Anexo G – Conjunto de imagens utilizado nas orientações individuais.....	137

Anexo H – Exemplo de Tabela de Caracterização referente à unidade temática “1. Com relação à gravidez”, pertencente à categoria “II) Sentimentos, percepções e expectativas”.....146

APRESENTAÇÃO

A motivação para este estudo brotou de minha experiência com a maternidade. Quando descobri que estava abrigando uma nova vida em meu ventre, iniciei uma série de leituras a respeito de gestação e parto para que pudesse proporcionar a esse pequenino ser um desenvolvimento intra-uterino o mais saudável e tranquilo possível e um nascimento natural, com o mínimo de intervenções médicas. Através dessas leituras, descobri muitas informações novas, quebrei muitos paradigmas e passei a ter mais conhecimento sobre o meu próprio corpo, entendendo melhor o processo gestacional que estava vivenciando. Percebi que muitas mulheres não têm acesso a tais informações, o que me despertou o desejo de conscientizá-las a respeito dessas questões.

Além das leituras, eu e meu companheiro freqüentamos o Grupo de Parto Alternativo, oferecido pelo Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), localizado na UNICAMP. Este é um grupo para casais grávidos, que nos ofereceu apoio físico e psicológico na gestação e nos preparou para o parto de cócoras, realizado no próprio CAISM. Por ter tido uma gestação tranqüila, um bom preparo psicológico, o apoio de minha família e de meu companheiro e o acompanhamento de um obstetra que defende e acredita no parto natural, consegui ter um parto de cócoras rápido e sem nenhuma intervenção médica.

Baseada nas leituras e em minha própria experiência, acredito que com a compreensão do processo gestacional, com o conhecimento de seu próprio corpo e com apoio psicológico e emocional na gravidez, as gestantes possam vivenciar esse momento de suas vidas de uma maneira mais completa, consciente e prazerosa. Acredito também que a gestante bem informada, segura, confiante em sua capacidade de parir e bem amparada pelo sistema de saúde, tem maiores chances dar à luz de forma mais natural e com o mínimo de intervenções médicas, muitas vezes desnecessárias.

A partir desses princípios, senti curiosidade em investigar como as mulheres rio clarenses vivenciavam suas gestações, como e por quem eram amparadas, com quem elas dividiam suas angústias e descobertas, como elas pretendiam parir, quais eram seus conhecimentos sobre gestação e parto. Senti o desejo de conhecer a realidade dessas mulheres, ouvir suas histórias, suas experiências, saber como elas estão encarando sua gravidez, qual é o contexto em que engravidaram, saber sobre seus medos e angústias.

Então, após conhecer um pouco de sua história e seus valores, achei importante compartilhar minhas descobertas, aprendizados e conhecimentos que adquiri em minha graduação, em minhas leituras e na vivência de minha gravidez e de meu parto, informando-

as sobre o sistema reprodutor feminino, em que lugar do corpo e como acontece a fecundação, como o bebê se desenvolve durante a gestação, o que acontece no corpo da mulher no trabalho de parto e parto e os benefícios do parto normal, além de esclarecer algumas das dúvidas apresentadas por elas. Para realizar essa conversa com as gestantes, senti necessidade de utilizar imagens a fim de elucidar o que seria dito, visto que muitos dos assuntos tratados são um tanto abstratos, pois apesar de ocorrerem no próprio corpo da mulher, não são visíveis.

A seguir, apresento alguns aspectos da literatura que se relacionam à problemática abordada nessa pesquisa, a justificativa e relevância deste estudo e a organização do mesmo.

I. INTRODUÇÃO

A importância dos estudos sobre o período gestacional da mulher é indiscutível, pois a gravidez envolve a geração de um novo ser humano e é fundamental saber quais são as mudanças e demandas físicas e mentais tanto da gestante quanto do feto. Ao viver uma gestação, a mulher passa por mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, sendo que a maneira como ela vive estas mudanças interfere consideravelmente na relação mãe-bebê e na constituição da maternidade (PICCININI, 2008).

Cabe à gestante ser o elo intermediário entre o mundo exterior e a criança que acolhe em seu útero, que necessita ser nutrida física e emocionalmente. No aspecto físico, os alimentos e as substâncias químicas (drogas, medicamentos) ingeridos pela mãe são transmitidos ao feto pela placenta, interferindo diretamente em seu desenvolvimento e crescimento. Mas além desse aspecto, o estado emocional da mãe é captado pelo feto que, segundo Verny (1989), é capaz de apresentar sentimentos e percepções, que começam a modelar seu comportamento. Por volta da quinta semana após a concepção, o feto já apresenta os componentes básicos de seus sistemas nervoso e sensorial, o que lhe possibilita os sentidos da audição, visão, tato, paladar e olfato (CHOPRA, 2005).

Levando em consideração a grande responsabilidade que é gerar um filho, é normal que, ao vivenciar uma gestação, muitas mulheres se sintam fragilizadas e muitas vezes confusas quanto a seus sentimentos, desejos e planos. É de fundamental importância que ela receba apoio e orientação sobre o processo pelo qual está passando e também sobre o parto, momento comumente temido por muitas mulheres.

O Ministério da Saúde oferece em nível nacional a assistência pré-natal, que consiste em “um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito” (BRASIL, 1984, p.19-20) e tem como objetivo acolher a mulher, oferecendo apoio a seus sentimentos e também respostas à sua curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (BRASIL, 2001, p.3).

Segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (2011), a assistência pré-natal tem como meta “assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe” (p.6), e inclui as seguintes ações:

1. Prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores sócio-econômicos e emocionais, bem como os médicos e/ou obstétricos;
2. Instruir a paciente no que diz respeito à

gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde; 3. Promover um suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a tem sob seu cuidado, especialmente na primeira gravidez, de forma que ela possa ser bem sucedida na sua adaptação à gravidez e diante dos desafios que enfrentará ao criar uma família. (p.6)

Nas duas definições citadas, fica explícito que o pré-natal abrange mais esferas do que unicamente a clínica, incluindo também a psicológica, a social, a emocional e a educacional. Portanto, a assistência pré-natal assume um caráter multifacetado, holístico e que engloba diferentes áreas do conhecimento.

Quanto às ações educativas no pré-natal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que a gestante deve ser orientada sobre o processo gestacional, mudanças corporais e emocionais que ocorrem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Para viabilizar tais ações, é proposta a criação de grupos de apoio, que têm como objetivo ajudar a mulher a lidar com as vivências e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade, diminuindo suas ansiedades e medos. Tais grupos visam complementar o atendimento realizado nas consultas médicas e devem ser compostos por diferentes profissionais da equipe de saúde, a fim de proporcionar uma abordagem integral e, simultaneamente, específica.

É muito importante que o profissional envolvido na orientação das gestantes estabeleça com elas uma escuta aberta, isenta de julgamentos e preconceitos, permitindo que elas falem de sua intimidade com segurança, contem sua história e suas experiências, falem sobre os significados que aquela gravidez tem para elas, relatem seus medos, angústias, fantasias, curiosidades. Essa ação, quando realizada juntamente a uma atividade de comunicação/informação adequada, pode contribuir significativamente para que essas mulheres ganhem autonomia, participem mais ativamente da promoção de sua saúde e da saúde de seu bebê e fiquem mais preparadas para o momento do parto, o que favorece um nascimento tranquilo e saudável (BRASIL, 1998; MOURA, 2003).

Porém, apesar de as ações educativas no pré-natal serem preconizadas por diversos órgãos nacionais e internacionais por contribuírem positiva e significativamente com a saúde materno-infantil, elas ainda são insuficientes ou insatisfatórias. Cardoso *et al.* (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre as ações educativas implementadas no pré-natal no cenário atual e 14 dos 51 artigos científicos selecionados mostraram que há um distanciamento entre os discursos oficiais e as ações que de fato são realizadas na prática assistencial. Dentre as críticas apresentadas por tais artigos estão:

Falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde; práticas educativas inadequadas no pré-natal que dão ênfase no fornecimento de informações e que não levam em conta as raízes psicossociais dos agravos à saúde, tendo assim, repercussões negativas na vulnerabilidade feminina e de seus filhos; os assuntos abordados no pré-natal são tratados de forma superficial e, raras vezes, há uma participação da gestante frente às orientações (p.150).

Diante disso, o presente estudo visa contribuir para que ações educativas sejam planejadas em coerência com as necessidades reais das gestantes, já que objetivou investigar como elas estavam vivenciando sua gestação, de que forma pretendiam parir e quais eram seus conhecimentos sobre gravidez e parto.

Esta pesquisa também pretende promover a interação de três áreas do conhecimento: a Educação, a Psicologia e a Biologia, além de envolver a área de Educação em Saúde, salientando a importância de que futuras ações educativas considerem os aspectos psicossociais e culturais dos sujeitos envolvidos no processo educativo e valorizem mais as trocas interpessoais entre educador e sujeito e o diálogo horizontal entre os saberes científicos e populares. Visa também abrir caminhos para a realização de outros projetos de cunho social e de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2. 1. Objetivo Geral

Investigar e analisar aspectos do conhecimento e dos sentimentos de gestantes usuárias do SUS de Rio Claro a respeito da gestação e parto, orientando-as sobre tais assuntos.

2. 2. Objetivos específicos

- a) Investigar o nível de conhecimento que gestantes da rede pública de saúde apresentam em relação à gravidez, ao parto e ao aleitamento materno;
- b) Investigar como estas gestantes vivenciam sua gestação e quais são suas expectativas em relação ao parto e ao aleitamento materno;
- c) A partir do conhecimento apresentado pelas gestantes, orientá-las sobre aspectos do sistema reprodutor feminino, da gravidez e da fisiologia do parto.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3. 1. Aspectos biológicos da gestação e parto

3. 1. 1. *Germinação – estabelecimento de uma nova vida intra-uterina*

3. 1. 1. 1. *Sistema reprodutor e ciclo menstrual*

O sistema reprodutor feminino é formado por órgãos primários e secundários. Os órgãos sexuais primários são os ovários e os secundários são as trompas uterinas ou de Falópio, o útero, a vagina e a vulva (ou genitália externa), sendo as glândulas mamárias ou mamas consideradas órgãos acessórios (CULCLASURE, 1973b).

O útero está localizado na cavidade pélvica, entre a bexiga e o reto e em seu estado não-gravídico, tem a forma de uma pêra invertida e mede em torno de sete centímetros de largura. É o local de implantação do óvulo fertilizado, do desenvolvimento do feto durante a gravidez e do trabalho de parto. Quando a fecundação não acontece, o útero é a fonte do fluxo menstrual (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

A musculatura uterina é mais espessa na porção superior e mais delgada na porção inferior, o que é de fundamental importância no trabalho de parto, visto que a porção superior do útero deve contrair-se com mais força e vigor em relação à porção inferior, que deve estar dilatada para permitir a passagem do feto. O interior do útero é revestido por uma camada de membrana mucosa, denominada endométrio (CULCLASURE, 1973b).

Em sua porção inferior, denominada cérvix ou colo do útero, o útero adquire um formato cilíndrico e faz contato com a vagina através de um orifício estreito. No trabalho de parto, o colo do útero passa por um processo de amolecimento e dilatação até que útero e vagina se unam em um canal único denominado canal de parto.

A vagina é um canal tubular, medindo cerca de 10 a 15 cm, que se estende do colo do útero ao exterior do corpo. A vagina recebe o pênis durante a relação sexual, é o canal de saída da menstruação e de passagem do feto no trabalho de parto (CULCLASURE, 1973b; TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

As trompas uterinas medem aproximadamente 10 cm de comprimento e 1 cm de diâmetro e são extensões laterais do útero, conectando-o aos ovários (MOORE; PERSAUD, 2008). Apesar de não serem diretamente ligadas aos ovários, as trompas apresentam em sua extremidade projeções digitais denominadas fimbrias, que funcionam como tentáculos para captar o óvulo para seu interior durante a ovulação (CULCLASURE, 1973b).

Os ovários são glândulas em forma de amêndoas localizadas de cada lado do útero e têm as funções de desenvolver e amadurecer os óvulos, expelindo-os (ovulação), e também de secretar estrógeno e progesterona, hormônios femininos que têm papel central no processo reprodutivo. Cada ovário possui em seu interior pequenos folículos vesiculares (de Graaf), em vários estágios de desenvolvimento, onde se alocam os óvulos (CULCLASURE, 1973b).

No nascimento, o corpo feminino apresenta dois ovários contendo cerca de 300.000 óvulos imaturos. Na puberdade, o organismo começa a secretar os hormônios gonadotróficos, que promovem o crescimento dos folículos de Graaf, resultando na liberação de um óvulo por ciclo menstrual, durante todo o período da vida fértil da mulher. Em cada ciclo menstrual, que tem duração aproximada de 28 dias, o útero é preparado para abrigar o óvulo fecundado (embrião) da seguinte forma: o endométrio se torna mais espesso e vascularizado; há acúmulo de substâncias gordurosas nas células endometriais e as glândulas endometriais secretam um líquido nutriente que poderá ser usado pelo embrião, antes de sua implantação (GUYTON, 1988; MOORE; PERSAUD, 2008).

Caso não tenha ocorrido a fecundação e o ciclo menstrual esteja chegando ao fim, os vasos sanguíneos endometriais ficam contraídos, diminuindo consideravelmente o fluxo sanguíneo para as camadas superficiais do endométrio, que se descamam da parede uterina. O tecido endometrial descamado é gradualmente expelido através da vagina, juntamente com o sangue resultante deste desprendimento, por cerca de 3 a 5 dias. Esse processo é denominado menstruação (GUYTON, 1988).

A ovulação geralmente ocorre 14 dias antes do início da menstruação. Geralmente, o ciclo menstrual dura em torno de 28 dias, mas também pode ter duração menor (21 dias, por exemplo) ou maior (40 dias, por exemplo). Em qualquer um dos casos, se o ciclo for regular, a mulher pode calcular a data de sua ovulação para 14 dias antes do início de sua menstruação. Entretanto, nas mulheres que possuem ciclos irregulares, torna-se impossível inferir sobre o momento da ovulação. Considera-se que período fértil da mulher corresponde ao período de 4 a 5 dias, antes e depois do dia calculado da ovulação (GUYTON, 1988).

3. 1. 1. 2. Fecundação e implantação

Todo ser humano é proveniente da fusão de duas células gaméticas, sendo uma delas feminina, o óvulo e a outra masculina, o espermatozóide. O encontro de tais células recebe o nome de fecundação e acontece no interior do corpo feminino, mais especificamente em seu sistema reprodutor. Moore e Persaud (2008) definem a fecundação como uma complexa

sequência de eventos moleculares coordenados que se inicia com o contato entre um espermatozóide e um óvulo e termina com a mistura dos cromossomos (material genético) maternos e paternos, formando um zigoto (p.24).

O óvulo é a maior célula no corpo feminino, medindo aproximadamente 0,2 mm de diâmetro e chega a ser cerca de 100.000 vezes mais pesado que o espermatozóide. Ao ser liberado do ovário, o óvulo atinge uma das trompas de Falópio, local onde geralmente acontece a fecundação. O óvulo é rico em nutrientes capazes de mantê-lo com vida do momento em que é liberado até sua implantação na parede do útero, caso ele seja fecundado (KITZINGER, 1987; CHOPRA, 2005).

Os espermatozóides, que atingem um comprimento entre 52 e 62 μm , são produzidos nos testículos masculinos a partir do início da puberdade e são compostos por: cabeça, corpo e uma longa e delgada cauda. Esta cauda flageliforme confere aos espermatozóides a motilidade, sendo que são capazes de mover-se a cerca de 4mm por minuto. A habilidade de locomover-se é de fundamental importância, já que eles precisam atravessar uma parte da vagina, o útero e atingir as trompas uterinas para fecundar o óvulo. A ejaculação consiste na saída do sêmen (espermatozóides e líquidos seminal e prostático) através da uretra, canal localizado no interior do pênis. Uma ejaculação normal elimina cerca de 3ml de sêmen, que contém por volta de 200 a 300 milhões de espermatozóides (CULCLASURE, 1973a; KITZINGER, 1987).

Na relação sexual, dos aproximadamente 200 milhões de espermatozóides expelidos no interior da vagina, menos de 2 milhões (1%) chegam ao útero e destes, menos de 200 ingressam na trompa de Falópio, onde está o óvulo maduro, que permanece viável por um período de aproximadamente 12 a 24 horas após a ovulação. Os espermatozóides conseguem sobreviver no aparelho genital feminino por cerca de 48 horas após a ejaculação. Diante desses dados, considera-se que o período de maior probabilidade de ocorrência de gravidez se dá quando há relação sexual no intervalo de 2 dias antes da ovulação e 1 dia após a mesma (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Os espermatozóides que alcançaram o óvulo envolvem-no e secretam uma enzima que rompe a coroa radiata, uma espessa camada de células que envolve o óvulo (CULCLASURE, 1973a). Uma vez transposta essa barreira, um único espermatozóide penetra o óvulo e imediatamente, são desencadeados eventos que bloqueiam a fertilização por mais de um espermatozóide (TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Os espermatozóides que permaneceram ao redor do óvulo, já fertilizado, continuam agitando suas caudas, realizando a rotação do

óvulo, o que permitirá sua movimentação pela trompa em direção ao útero nos próximos quatro ou seis dias subseqüentes (CHOPRA, 2005).

Durante esse percurso, ocorrem inúmeras divisões celulares no zigoto, sendo que, no início, as células em divisão formam uma massa celular compacta, denominada mórula (TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Ao final do quarto dia após a fertilização, a mórula chega à cavidade do útero, cujas células secretoras produziram secreções ricas em glicogênio, denominadas por Carreiro e Correa (2010, p.25) de “leite uterino”. Tais secreções penetram na mórula, preenchendo todo seu interior e garantindo sua nutrição. Com a formação dessa cavidade líquida, a massa celular passa a chamar-se blastocisto e apresenta dois conjuntos celulares: o trofoblasto, que consiste na camada celular externa e originará a porção fetal da placenta e o embrioblasto, que é formado pelas células localizadas internamente e dará origem ao embrião (MOORE; PERSAUD, 2008; TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Por volta do sexto dia, o blastocisto fixa-se à parede do endométrio, de forma que o trofoblasto fique em contato com a mesma. A implantação é decorrente da ação das células trofoblásticas, secretoras de enzimas proteolíticas que digerem e liquefazem as células do endométrio contíguas ao blastocisto, que absorve por fagocitose parte dos líquidos e nutrientes liberados nesse processo. Além do que é absorvido, os nutrientes ficam armazenados nas células endometriais e são utilizados pelo embrião para seu desenvolvimento, sendo o único meio nutricional ao embrião durante a primeira semana após a implantação. Ao mesmo tempo em que digerem o endométrio, outras células trofoblásticas formam cordões celulares que se prolongam até as camadas endometriais mais profundas, estabelecendo aí a fixação do blastocisto (CARREIRO; CORREA, 2010).

3. 1. 2. Desenvolvimento – a força da gestação da vida no ventre

Para Carreiro e Correa (2010): “A gestação é a principal função biológica da mulher. A perpetuação da espécie humana depende deste processo. O organismo feminino foi naturalmente desenvolvido para dar origem à outra vida” (p.23).

Segundo Tortora e Grabowski (2006):

A gestação é a sequência de eventos que se inicia com a fertilização e prossegue com a implantação, o desenvolvimento embrionário e o desenvolvimento fetal, terminando normalmente com o nascimento, cerca de 38 semanas mais tarde, ou 40 semanas após o último período menstrual (p.594).

3. 1. 2. 1. Desenvolvimento embrionário e fetal

Tortora e Grabowski (2006) afirmam que o período embrionário vai do momento da fertilização até à oitava semana de gestação, sendo que o organismo humano em desenvolvimento é chamado embrião; já o período fetal começa na nona semana e culmina no nascimento e o organismo humano em desenvolvimento é chamado feto (p.593).

Após ocorrer a implantação, as células trofoblásticas e as demais blastocísticas se proliferam rapidamente e, juntamente, com células do endométrio materno formam a placenta e as diversas membranas próprias da gravidez.

A placenta é um órgão formado durante a gestação com a finalidade específica de garantir o desenvolvimento do embrião, pode chegar a pesar de 600 a 650g no fim da gravidez e é expelida do organismo materno no parto, após o nascimento do bebê. Tal órgão é o único local onde se dá a troca de substâncias entre a mãe e o feto, através do intercâmbio de gases, nutrientes e resíduos metabólicos. A maioria dos microorganismos não consegue atravessá-la, mas certos vírus como os causadores da AIDS e catapora (varicela) sim, assim como muitas drogas e álcool, podendo causar malformações congênitas.

A placenta também armazena nutrientes como carboidratos, proteínas, cálcio e ferro, que são liberados na circulação fetal quando necessários, além de produzir diversos hormônios que mantêm a gestação e preparam as mamas para a amamentação. Ela apresenta duas partes distintas: a porção fetal, formada pelas vilosidades coriônicas e a porção materna, formada por parte do endométrio do útero. (CARREIRO; CORREA, 2010; TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Ao fim da segunda semana de desenvolvimento, são formadas as vilosidades coriônicas, que são estruturas fetais ramificadas que penetram fundo na parede uterina, destruindo o tecido e rompendo os vasos sanguíneos, o que resulta em cavidades (lacunas) banhadas pelo sangue materno (CULCLASURE, 1973a). Moore e Persaud (2008) afirmam que tais cavidades podem ser chamadas de sacos coriônicos (p.76). O sangue materno banha as extremidades das vilosidades coriônicas, abundantemente providas de vasos sanguíneos que convergem para 3 grandes vasos umbilicais: duas artérias e uma veia. Tais vasos formarão o cordão umbilical, que é a verdadeira via de transporte entre a placenta e o embrião, e mais tarde o feto (CULCLASURE, 1973a, TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Os nutrientes e o oxigênio presentes no sangue materno atravessam as vilosidades coriônicas quase que exclusivamente pelo processo de difusão. Um exemplo desse processo é que as pressões gasosas do oxigênio nos sacos coriônicos são maiores em relação às pressões

nas vilosidades e essa diferença de pressão faz com que o oxigênio se difunda do sangue materno para o embrionário. Da mesma forma, a glicose, os aminoácidos, as gorduras, muitas vitaminas e grande parte dos minerais ocorrem em maior concentração no sangue materno, já que o embrião as utiliza e metaboliza assim que as recebe. Assim, todas elas se difundem para o sangue do embrião, nutrindo-o. Além da nutrição por difusão, pequenas quantidades de nutrientes são ativamente transportadas pelas vilosidades, em todas as fases da gestação, porém após 12 a 20 semanas a porcentagem de nutrientes provenientes por esse mecanismo é insignificante (GUYTON, 1988; TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Os produtos de excreção resultantes do metabolismo embrionário como, por exemplo, gás carbônico, uréia, ácido úrico, creatinina, sulfatos e fosfatos também são transportados por difusão. A concentração de cada um deles aumenta no sangue embrionário até ficar maior que no sangue materno, até que difundem-se através das vilosidades coriônicas devido ao gradiente de concentração. A mãe recebe as excretas em sua corrente sanguínea e as expele por meio de seus pulmões, rins e tubo digestivo. É importante ressaltar que ainda que os vasos sanguíneos maternos e fetais fiquem muito próximos nos sacos coriônicos, eles não se unem e o sangue que eles transportam geralmente não se mistura (GUYTON, 1988).

Ainda na segunda semana, o embrião passa a ser circundado por uma fina camada protetora denominada âmnio, que reveste a cavidade amniótica. Tal cavidade é preenchida pelo líquido amniótico, que tem a função de proteger o feto absorvendo os choques, ajudando a regular sua temperatura e ajudando a evitar o ressecamento e as adesões da pele fetal com os tecidos adjacentes (TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Popularmente, o âmnio é conhecido como “bolsa do líquido amniótico”, que geralmente “estoura” (se rompe) durante o trabalho de parto ou mesmo no momento do parto.

Durante a quarta semana de desenvolvimento, o embrião sofre intensas mudanças em sua forma e tamanho, que praticamente triplica. É nesse período que se inicia o desenvolvimento dos olhos; dos membros superiores e inferiores, que aparecem como pequenas elevações no tronco. O coração forma uma projeção na superfície ventral do embrião, que apresenta nessa fase uma cauda característica. Na sétima semana, as regiões dos membros tornam-se distintas e os dedos começam a formar-se. No fim da oitava semana, última do período embrionário, os olhos passam a ser cobertos pelas pálpebras, os dedos já estão aparentes e separados, as orelhas já são visíveis e os órgãos genitais começam a diferenciar-se (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Durante o período fetal, os tecidos e órgãos que se desenvolveram no período embrionário crescem e se diferenciam; raras estruturas novas aparecem, mas o crescimento corporal e o ganho de peso são significativos. Na 12ª semana, a genitália externa já está em sua forma fetal madura. Na 14ª semana, o feto apresenta movimentos lentos dos olhos. A partir da 17ª semana, os movimentos fetais são percebidos com maior frequência pela mãe. Com 21 semanas, começam os movimentos rápidos dos olhos, sendo relatadas respostas de piscar por sobressalto. As unhas dos dedos das mãos estão formadas com 24 semanas. A partir da 26ª semana, caso o feto nasça prematuramente ele costuma sobreviver, pois os pulmões já estão aptos a realizar trocas gasosas adequadas e o sistema nervoso já está maduro a ponto de coordenar ritmicamente os movimentos respiratórios e controlar a temperatura corpórea. Com a aproximação do momento do parto, o crescimento fetal torna-se mais lento, sendo que o ganho de peso diário aproximado é de 14g (MOORE; PERSAUD, 2008).

3. 1. 2. 2. Corpo como abrigo: hábitos e cuidados na gestação

Quando a mulher descobre que está gerando uma vida em seu útero, é muito importante que ela reflita sobre seus hábitos, visto que eles trarão inúmeras conseqüências à saúde do filho que está sendo formado. Mas muitas mulheres ainda desconhecem os efeitos negativos que o consumo materno de álcool, cigarro e outras drogas ilícitas podem gerar no feto em formação. Aqui serão discutidos os efeitos do álcool e do cigarro apenas, visto que são drogas lícitas muito utilizadas pela população de um modo geral, representando um sério problema de saúde pública. Também será tratado sobre os hábitos alimentares neste período.

3. 1. 2. 2. 1. Alcoolismo

A ingestão de álcool por mulheres durante a gravidez é extremamente prejudicial ao desenvolvimento fetal, pois poderá causar efeitos alcoólicos indesejáveis como anomalias físicas (por exemplo, alterações craniofaciais), deficiência no crescimento, disfunções do sistema nervoso central e diminuição na capacidade intelectual (KAUP, 2001; FREIRE, 2005). A mais conhecida e mais grave repercussão que a ingestão de bebidas alcoólicas pode causar no feto é a síndrome alcoólica fetal (SAF) que caracteriza-se por danos ao sistema nervoso central, causando anomalias neurológicas, craniofaciais, deficiência no crescimento pré e pós-natal, disfunções comportamentais e malformações associadas (CARREIRO; CORREA, 2010). Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas no primeiro trimestre da gravidez aumenta muito o risco de aborto ou de más formações físicas, visto que é nessa fase gestacional que ocorre a formação do tubo neural (OLIVEIRA, 2007; KAUP, 2001).

Todo o álcool ingerido pela genitora chega através da placenta até o feto, que fica exposto à mesma concentração que o sangue materno. Porém o tempo de exposição do feto é maior, visto que o líquido amniótico fica impregnado de álcool não-modificado (etanol) e de acetaldeído (metabólito do etanol), substâncias a serem eliminadas primordialmente pela via placentária, já que o feto não possui a quantidade necessária de enzimas para sua biodegradação, impossibilitando-o metabolizar e eliminar tais substâncias por conta própria (KAUP, 2001; FREIRE, 2005). Porém, a circulação materno-fetal fica prejudicada devido à redução do fluxo sanguíneo decorrente da vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, um dos efeitos primários do álcool na gestante, dificultando a eliminação do álcool presente no líquido amniótico e organismo fetal (AVERSI-FERREIRA, T. A.; PENHA-SILVA, N., 2005).

O etanol induz a formação de radicais livres de oxigênio que são capazes de danificar proteínas e lipídeos celulares, aumentando a apoptose e prejudicando a organogênese. Além disso, inibe a síntese de ácido retinóico, que é uma substância reguladora do desenvolvimento embrionário. Tanto o etanol quanto o acetaldeído têm efeitos diretos sobre vários fatores de crescimento celular, inibindo a proliferação de certos tecidos (RILLEY, 2001). A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está definida com segurança na literatura, por isto recomenda-se abstinência total durante toda a gravidez (KAUP, 2001).

3. 1. 2. 2. 2. Tabagismo

O cigarro também é considerado um dos problemas de saúde pública nacional. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que um terço dos adultos brasileiros é fumante e que aproximadamente 11,2 milhões são mulheres, sendo que a incidência de fumantes é maior entre as idades de 20 e 49 anos, período em que a maioria das mulheres está em seu período reprodutivo (NAKAMURA, 2004).

Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. O feto se apresenta em um estágio crítico de seu desenvolvimento e está completamente vulnerável aos componentes nocivos da fumaça inalada pela genitora que passam através da placenta, alterando as taxas de oxigênio no sangue e também o metabolismo da placenta.

O ato de fumar durante a gestação pode resultar em abortos espontâneos, gravidezes ectópicas, crescimento fetal limitado, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios de hemorragia (sangramento). A gestante que fuma apresenta mais complicações durante o parto,

aumentando os riscos de morte do feto, que tem o dobro de chances de nascer com menor peso e menor comprimento, comparando-se com filhos de grávidas que não fumaram na gestação. Ao nascer, o bebê pode ter seus sinais vitais afetados negativamente, o que é confirmado por baixos índices de Apgar (NAKAMURA, 2004; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010). Tais problemas se devem, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo materno.

A nicotina age no sistema cardiovascular, causando a liberação de catecolaminas na circulação materna, e conseqüentemente causando taquicardia, vasoconstrição periférica e redução no fluxo sanguíneo placentário, resultando em péssimas taxas nutricionais e de oxigenação para o feto. A cotinina, um metabólito da nicotina, intensifica a ação vasoconstritora da prostaglandina E2 e a acumulação da cotinina na circulação sanguínea fetal pode contribuir para a indução de partos prematuros e abortos espontâneos em fumantes (NAKAMURA, 2004).

Quando estão acesos, os cigarros produzem o monóxido de carbono, uma substância que apresenta forte afinidade com a hemoglobina fetal, formando a carboxihemoglobina. Ao se agregar à hemoglobina, o monóxido de carbono diminui a afinidade das moléculas de oxigênio com as de hemoglobina, diminuindo o transporte de oxigênio e seu uso pelo feto, gerando uma situação de hipóxia. Então, o monóxido de carbono interfere na oxigenação dos tecidos de duas maneiras: reduzindo a capacidade de transporte de oxigênio no sangue e diminuindo a saturação de oxihemoglobina no sangue, o que resulta em restrição no crescimento fetal (NAKAMURA, 2004).

Um único cigarro fumado por uma gestante é capaz de acelerar em poucos minutos os batimentos cardíacos do feto, devido ao efeito da nicotina sobre o seu aparelho cardiovascular. Os riscos para a gravidez, o parto e a criança não decorrem somente do hábito de fumar da mãe. Quando a gestante inala a fumaça gerada por fumantes próximos, ela também absorve as substâncias tóxicas da fumaça, que pelo sangue passa para o feto (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Pesquisas recentes comprovam que bebês de mães fumantes têm o pulmão reduzido em 10%, o que aumenta muito o risco de problemas respiratórios. Além disso, a grávida fumante aumenta em 50% o risco de câncer na criança. Porém, cerca de 80% das mulheres fumantes continuam com tal hábito durante a gestação (CARREIRO; CORREA, 2010).

3. 1. 2. 2. 3. *Nutrição*

A nutrição desempenha um importante papel na gestação. A falta de nutrição adequada durante a gravidez causa efeitos prejudiciais tanto à mãe quanto ao feto. Se a gestante se alimenta mal, ela pode ficar anêmica e desnutrida, prejudicando seu bebê, que poderá nascer pequeno e com baixo peso e com o sistema imune debilitado – maior susceptibilidade a doenças e demora na recuperação (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

Tentando melhorar sua dieta, a gestante pode influenciar no desenvolvimento da criança e encaminhá-la para que tenha crescimento normal e saudável. Além disso, uma boa nutrição reduz os riscos de complicações no parto e o tempo de duração do mesmo (MONTAGU, 1985).

Durante o processo gestacional há um aumento das necessidades de vários alimentos, como carboidratos, proteínas, vitaminas e minerais, importantes para a formação dos componentes da gestação (como a placenta), para o crescimento do feto e para criar as reservas que serão utilizadas durante todo este período e a lactação. Por outro lado, a sua ingestão excessiva também pode ser prejudicial. Na gestante, o excesso de peso aumenta os riscos de diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, além de inúmeras outras complicações obstétricas (BERTOLOTTI, 2010; ELIAS, 2010). O ganho de peso estimado é entre 9 e 12 quilos.

Uma alimentação saudável deve ser racional e bem equilibrada, contendo alimentos que forneçam uma quantidade adequada e de nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo (CARREIRO; CORREA, 2010). Deve ser composta por alimentos variados, limpos, frescos, de boa qualidade e em quantidades suficientes. A preferência deve ser dada para alimentos da estação e da região, que são mais frescos, saborosos e nutritivos, além de mais baratos. A gestante deve ter o hábito de ingerir diariamente de 2 a 3 litros de água por dia, pois assim seus rins têm um bom funcionamento, além de uma quantidade adequada de líquidos no organismo auxiliar na formação do bolo fecal, evitando prisão de ventre, comum na gravidez (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

É indicado o consumo de pelo menos três frutas por dia, além de legumes e verduras no almoço e jantar, alimentos ricos em fibras, que previnem a prisão de ventre. Fazer uso também de cascas, bagaços, sementes de frutas e verduras cruas, que aumentam ainda mais a ingestão de fibras. Toda refeição deve ter pelo menos um alimento cru (salada ou fruta) (BORTOLETTO, 2010).

A forma de preparo dos alimentos também é um fator preponderante na qualidade dos mesmos, uma vez que é melhor comer alimentos assados e cozidos a fritos, já que as gorduras de frituras e alimentos gordurosos dificultam a circulação sanguínea, aumentam os riscos de colesterol e aumentam a gordura corporal. Os legumes e verduras devem ser preferencialmente cozidos no vapor, evitando o contato direto dos mesmos com a água, empobrecendo-os quanto a suas vitaminas e seus minerais. É melhor comer os alimentos logo depois de preparados, pois alimentos requeitados ou fervidos por muito tempo perdem nutrientes (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

O excesso de sal deve ser evitado, pois aumenta a pressão arterial. Porém, não deve ser eliminado, já que frequentemente as gestantes experimentam períodos de queda da pressão, ocasionando tonturas e mal estar (ELIAS, 2010). Deve-se evitar também alimentos industrializados, principalmente refrigerantes e salgadinhos, que contém muitos aditivos químicos prejudiciais à saúde. O uso moderado de adoçantes foi permitido para gestantes com diabetes pela Associação Americana de Dietética (ADA), que autorizou produtos à base de aspartame, acesulfame-K e sucralose, considerados seguros ao bebê. O uso de adoçantes e produtos diet à base de sacarina não são recomendados, pois por causa da permeabilidade da placenta eles podem permanecer nos tecidos do bebê (BORTOLETTO, 2010).

As refeições devem ser fracionadas de seis a oito vezes ao dia, com pequenas quantidades, evitando jejuns prolongados. Durante as refeições, deve-se mastigar devagar e evitar a ingestão de líquidos, para facilitar a digestão e evitar azia (CARREIRO; CORREA, 2010).

3. 1. 3. Colheita: o nascimento de um novo ser

3. 1. 3. 1. Trabalho de parto: a transição entre gestação e nascimento

A data provável do parto (DPP) de um feto é de 266 dias ou 38 semanas após a fecundação, mas costuma ser estimada a partir da data do último período menstrual normal (UPMN). Nesse caso, a DPP é de 280 dias ou 40 semanas após o UPMN (MOORE; PERSAUD, 2008).

Segundo Moore e Persaud (2008, p.83), o trabalho de parto é “a sequência de contrações uterinas que resultam na dilatação do colo uterino e na saída do feto e da placenta do útero” e o parto é “o processo durante o qual o feto, a placenta e as membranas fetais são expelidos do trato reprodutor materno”.

O trabalho de parto só ocorre graças a ação de uma série de hormônios. Algumas semanas antes do parto, a concentração da progesterona – hormônio inibidor das contrações uterinas - secretada pela placenta começa a diminuir. Simultaneamente, os níveis de estrogênio no sangue materno aumentam muito, o que faz a atividade uterina se intensificar visto que ele leva as fibras musculares do útero a apresentar receptores para a ocitocina, o hormônio que estimula as contrações uterinas. Além disso, o estrogênio também faz com que a placenta libere prostaglandinas, que induzem a produção de enzimas que digerem as fibras de colágeno presentes no colo do útero, causando o seu amolecimento. A relaxina, outro hormônio liberado no trabalho de parto, aumenta a flexibilidade da sínfise púbica e ajuda na dilatação do colo do útero (GUYTON, 1988; TORTORA; GRABOWSKI, 2006; MOORE; PERSAUD, 2008).

À medida que as contrações uterinas forçam a cabeça ou o corpo do bebê contra o colo do útero, há estímulo dos receptores de distensão do colo uterino que enviam impulsos nervosos ao cérebro, que libera mais ocitocina. A maior concentração deste hormônio no sangue materno faz com que as contrações uterinas se intensifiquem, o que distende ainda mais o colo do útero e leva à produção de mais ocitocina, gerando um ciclo de retroalimentação positiva. Este ciclo é finalizado com o nascimento do bebê (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

É importante salientar que a secreção de substâncias similares à adrenalina podem inibir as contrações uterinas ou torná-las mais dolorosas e que tais substâncias são liberadas no organismo em situações de frio, medo e insegurança (ODENT, 2002b). Portanto, o trabalho de parto pode cessar caso a gestante se sinta desamparada, angustiada e amedrontada, já que há inibição das contrações uterinas.

As contrações uterinas começam na porção superior do útero, que é mais espessa e apresenta um maior número de células musculares, descem pela parede central em direção à parte inferior alongada do colo do útero. No decorrer do trabalho de parto, a porção superior é mais ativa e se contrai de forma mais intensa e demorada em relação à porção inferior, que vai sendo amolecida e dilatada. As contrações, na maioria das vezes, são doloridas devido à compressão de nervos localizados na porção inferior do útero e à redução da disponibilidade de oxigênio nas células musculares contraídas (CHOPRA, 2005).

Durante o trabalho de parto, também há a liberação de endorfinas (morfina naturais) no organismo materno e também no fetal. Tais hormônios atuam como analgésicos naturais, protegendo contra a dor, diminuindo a ansiedade e induzindo um sentimento de bem-estar na

parturiente. As endorfinas também são conhecidas como promotoras do apego e há estudos que comprovam que durante certo tempo após partos naturais, o cérebro da mãe e do bebê ficam impregnados destas substâncias, que induzem estados de “dependência” e cuidado afetuoso, o que favorece o estabelecimento de vínculo entre ambos (ODENT, 2002a; ODENT, 2002b).

No entanto, para que ocorra a liberação de tais hormônios, a parturiente deve ser deixada tranqüila. Atualmente, uma prática muito comum nos hospitais é o uso de analgésicos e hormônios sintéticos (ocitocina artificial) durante o trabalho de parto, que acaba destruindo e interferindo no processo hormonal do qual depende o parto espontâneo. Quando medicamentos não são utilizados, o corpo tende a defender-se natural e eficazmente contra a dor (ODENT, 2002b). Além disso, a maioria dessas substâncias artificiais usadas durante o trabalho de parto cruza prontamente a membrana placentária, afetando o feto de alguma maneira. Dependendo da dose e do momento em que forem administradas no decorrer do parto, estas drogas podem causar depressão respiratória no recém-nascido (MOORE; PERSAUD, 2008).

Por estimular as contrações uterinas, a ocitocina artificial é muito utilizada para induzir ou acelerar trabalhos de parto. As mulheres que já fizeram uso de tal hormônio sintético relataram que a dor das contrações aumenta, já que o intervalo entre elas diminui consideravelmente. A intensificação da dor está relacionada ao fato de que o fluxo sanguíneo da placenta diminui durante as contrações, retornando ao normal nos intervalos entre as mesmas. Portanto, tais intervalos são muito importantes para a parturiente e para o bebê, pois são períodos de descanso que garantem a nutrição e oxigenação do bebê no momento do trabalho de parto (CHOPRA, 2005).

3. 2. Histórico da obstetrícia e da institucionalização do parto

Quando olhamos um fenômeno a partir de uma perspectiva histórica, podemos entender melhor suas características e variações, inclusive as que mais tipicamente acontecem no momento atual – Maldonado (1976, p.13)

A assistência ao parto sofreu intensas modificações ao longo dos séculos. Até o século XVII, o parto era um evento que envolvia apenas mulheres e era auxiliado primordialmente por parteiras, mulheres que adquiriam conhecimento através de suas próprias experiências de gestar, parir e amamentar e também através da observação e atuação em diversos nascimentos (MALDONADO, 1988; RODRIGUES, 2008).

A parturiente costumava adotar uma postura ereta durante o trabalho de parto, permanecendo com seu tronco na vertical, ou seja, ficavam em pé, agachadas, sentadas, penduradas em apoios, ajoelhadas ou de cócoras, freqüentemente alternando entre as posições no decorrer do trabalho de parto (DUNN, 2000; SABATINO, 2000).

De acordo com Odent (2002b), a obstetrícia moderna ocidental emergiu na Europa, mais especificamente na França, no século XVII e “a história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa das mães do seu papel central no processo do nascimento” (p.11). O autor também afirma que a palavra obstetra é derivada do latim “*ob+stare*”, que significa “em pé, em frente a”.

Há controvérsias sobre quem iniciou a prática de partos em parturientes deitadas. Odent (2002b) e Rodriguez (2008) afirmam que, de acordo com a tradição, as mulheres passaram a ter que dar à luz deitadas quando Luis XIV fez com que sua amante parisse nessa posição para que ele pudesse assistir ao “espetáculo”. Dunn (2000), no entanto, afirma que o cirurgião parteiro francês Françoise Mauriceau (1637-1709) “é considerado o criador ou culpado de ter sido o primeiro a encorajar mulheres à adotarem uma postura em decúbito dorsal” (p.27).

Então, a partir do século XVII, os médicos obstetras assumiram o papel tradicional das parteiras e passaram a observar diretamente o processo do trabalho de parto e nascimento visando neles interferir quando necessário. Por esta razão, aconselhavam que a parturiente permanecesse deitada de costas (posição supina) para que os médicos pudessem acompanhar a evolução do parto e empregar o fórceps, instrumento inventado em 1647 a fim de facilitar o nascimento do bebê (SABATINO *et al.*, 2000; ODENT, 2002b, RODRIGUEZ, 2008).

No século XVIII, os partos realizados por médicos obstetras eram muito caros e pelo fato de eles possuírem instrumentos para auxiliar o parto, disseminou-se a idéia de que tais médicos ofereceriam melhores cuidados e ter um parto com o acompanhamento de um obstetra passou a ser encarado como sinônimo de status. Nesse mesmo contexto, iniciou-se a construção de maternidades, locais onde mulheres pobres podiam parir com o auxílio de médicos, mas ao mesmo tempo, serviam como material clínico a estudantes de obstetrícia (KITZINGER, 1996; MOTTA, 2003).

A partir de então, o parto se institucionalizou e o saber médico se legitimou, dando conotação de ilegitimidade ao saber da parteira. Enquanto a prática da parteira era baseada na percepção do parto como um processo natural e fisiológico, o obstetra o encarava, na maioria das vezes, como um problema de saúde que necessitava de intervenção médica. Assim, a

gestação e o nascimento assumiram, dentro da prática médica, um caráter patológico (MOTTA, 2003).

Todas essas transformações aconteceram até o século XVIII, porém, para que o processo de medicalização do parto chegasse ao que é hoje, Motta (2003) salienta que outros aspectos, além do desenvolvimento de conhecimento e tecnologia médica devem ser considerados. Dentre esses aspectos, está o fato de o hospital ter deixado de ser um lugar de atendimento a pobres à espera da morte para lugar de cura e de a atividade do médico ter se tornado crucial no funcionamento da instituição, o que lhe propiciou uma posição de poder dentro da mesma.

A autora ainda destaca que nos séculos XVIII e XIX, houve o surgimento do pensamento mecanicista que teve repercussões na área da saúde no sentido de encarar o corpo como uma máquina. Além disso, ocorreram transformações sociais em decorrência da Revolução Industrial, da crescente urbanização e do estabelecimento, nas cidades, da mão-de-obra barata, que incluía mulheres e crianças. Ao perceber a dificuldade em repor a mão-de-obra perdida por motivo de doença ou morte, os industriais perceberam a necessidade de garantir a reprodução de gerações de trabalhadores para repor a força de trabalho desgastada e, então, em parceria com o estado, começaram a oferecer atendimento à saúde dos trabalhadores e também das trabalhadoras.

Segundo Wertz (1993 apud DINIZ, 2005) no século XX, a obstetrícia já possibilitava a mulheres de classe média e alta do mundo industrializado que dessem à luz inconscientes. A sedação total no momento do parto começou a ser empregada na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, teve boa adesão dos médicos e parturientes das elites e consistia “na aplicação de uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido” (p.628). Na maioria das vezes, o parto era induzido com ocitócitos, o colo do útero era dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos.

Após várias décadas, a realização da sedação completa associada ao parto instrumental deixou de ocorrer, pois as taxas de mortalidade materno-infantil estavam ultrapassando os limites aceitáveis. Porém, surgiram formas mais seguras de anestesia e ela continuou a ser utilizada como forma de alívio às dores do parto. Na metade do século 20, o processo de medicalização e institucionalização do parto vigorava em muitos países, mesmo

que não houvesse qualquer evidência científica consistente de que o parto hospitalar fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (TEW, 1995 apud DINIZ, 2005).

3. 2. 1. A obstetrícia no Brasil: panorama histórico e atual

Carvalho (1994 apud BARROSO, 2001) afirma que no Brasil, antes da medicalização do parto, as mulheres indígenas realizavam pariam sozinhas ou eram auxiliadas pela anciã da tribo. As mulheres negras africanas trazidas para o Brasil com o tráfico de escravos, trouxeram também seus conhecimentos e suas experiências como parteiras. As mulheres brancas, esposas dos colonizadores, tinham seus partos assistidos pelas parteiras negras, que também eram amas de leite e cuidadoras dos bebês (p.66).

A história da obstetrícia médica, no Brasil, começou com a vinda de D. João VI, em 1808. Desde então, “iniciou-se a atividade de ensino da obstetrícia como especialidade médica, sendo que, em 1847, foi criada a maternidade Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, abrindo espaço para o treinamento da prática médica” (SANTOS, 2002 apud MOTTA, 2003). No entanto, a sociedade demonstrava certa resistência em aceitar homens assistindo a partos, pois considerava, assim como a igreja, que tal ação era imoral. Assim, a participação masculina no parto restringia-se a partos difíceis ou problemáticos (HOTIMSKY, 2001 apud MOTTA, 2003).

O parto hospitalar no Brasil só foi instituído pouco antes da República. No início do século XX, os médicos formados pelas duas escolas brasileiras de medicina estudavam apenas a teoria sobre a disciplina obstetrícia, pois não conseguiam gestantes para realizarem partos e, assim, não era possível realizar as atividades prática necessárias. Diante disso, nessa época, a maioria dos partos era realizada por parteiras tradicionais, que ainda eram muito valorizadas e respeitadas em todo o país (BARROSO, 2001).

Barroso (2001) afirma que, aos poucos, as parteiras foram sendo relegadas a auxiliares dos médicos, visto que eles passaram a ser considerados portadores do saber científico, o que lhes conferiu certo poder sobre o corpo da mulher e sobre o parto, que gradativamente passou a ser medicalizado e tecnologizado. Ao chegarem ao Brasil, as novas descobertas científicas e tecnológicas emergentes nos países desenvolvidos atendem exclusivamente a “elite” e só depois é que surgem os primeiros serviços públicos de saúde, que incorporam as práticas realizadas no setor privado obedecendo à lógica capitalista, focada em fins lucrativos, sem grande preocupação com as necessidades da população assistida.

A institucionalização do parto no Brasil se firmou de forma progressiva no século XX, e se deu com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, o que incorporou na população a idéia de que o parto hospitalar era mais seguro, gerando uma procura incessante por essa assistência. Porém, ainda que a constituição federal de 1988 tenha criado o Sistema Único de Saúde (SUS), não foi garantido o acesso universal ao parto hospitalar, o que levou mulheres a peregrinarem a procura de leitos, acarretando ainda mais danos à saúde materno-infantil (BARROSO, 2001).

Em decorrência à institucionalização do parto, acontece a padronização de procedimentos, o que gera a realização de intervenções muitas vezes desnecessárias, mas que por fazerem parte do protocolo hospitalar passam a ser rotineiras. A sociedade contemporânea incorporou tais valores, o que favorece a hegemonia de tais práticas e a visão do parto como um acontecimento restrito à área médica ou mesmo como um evento cirúrgico (BARROSO, 2001).

Nesse sentido, Barroso faz algumas considerações muito pertinentes sobre a sociedade atual:

Atualmente, vive-se em uma sociedade em que, nos centros urbanos as pessoas estão sempre apressadas, onde tudo deve passar e acontecer rapidamente, onde toda dificuldade é regulada pela tecnologia e todos os problemas de saúde requerem uma solução medicamentosa ou cirúrgica.

Assim, no Brasil, o nascimento passou a ser encarado como um evento médico e institucional, a partir do início do século XX, nos centros urbanos, sofrendo cada vez mais interferências, o que fez com que a mulher deixasse de ser protagonista de seu próprio parto e assumisse uma posição de passividade diante do obstetra (MOTTA, 2003).

Atualmente, a cobertura da assistência hospitalar ao parto é muito alta, sendo que, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006, 98,4% dos nascidos vivos nos 59 meses que antecederam a entrevista nasceram em instituições hospitalares (BRASIL, 2009). O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostra que, no ano de 2007, foram realizados 2.817.004 (97,46%) partos hospitalares e 35.788 partos domiciliares (BRASIL, 2011).

3. 3. Assistência à saúde da mulher: considerações sobre o pré-natal no Brasil

A Atenção Básica à Saúde no Brasil implantou ações prioritárias para a assistência à mulher, focadas na gestação, no parto e na criança apenas em 1960, sendo que os primeiros

programas de pré-natal tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil (CARDOSO, 2007). Em 1971, o Ministério da Saúde publicou o documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil” e em 1975, o primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil: “Programa de Saúde Materno-Infantil” (PSMI) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A assistência obstétrica, nesse período, era marcada por uma expropriação da autonomia feminina, sendo as mulheres encaradas como um objeto, um ser passivo e que apenas alojava o feto. O atendimento à gestante e à parturiente apresentava um caráter mercadológico e a mulher era encarada como uma “máquina” portadora de um útero gravídico. Não havia o estabelecimento de vínculo entre gestantes e profissionais, sendo que estes supervalorizavam as técnicas, mantinham a padronização dos cuidados (com intervenções muitas vezes desnecessárias), caracterizando um modelo tecnocrático (SERRUYA, 2004a).

Diante desse tratamento e da postura por parte dos profissionais de saúde, nas décadas de 70 e 80, surgiram no país movimentos de mulheres que tinha como lema: “nosso corpo nos pertence” e que reivindicavam o resgate do papel de sujeito das mulheres, de forma que elas fossem tratadas como cidadãs, tendo seus direitos respeitados, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas ao ciclo gravídico-puerperal. Nessa mesma época, o país recebia crescentes pressões internacionais para que houvesse um controle quanto ao crescimento populacional (SERRUYA, 2004a; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Para contemplar tais reivindicações e pressões, em 1984, período de transição democrática do país, o Ministério da Saúde divulgou o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (BRASIL, 1984), que define que o conceito de assistência integral envolve:

(...) a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (p.15).

O PAISM apresenta como principais metas “a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social” (RIOS, 2007) .

A assistência integral à saúde da mulher visa, portanto, contemplar a mulher em todo o ciclo vital, desde a adolescência até a terceira idade, incluindo o direito das mulheres de

optar em exercer ou não a maternidade e/ou a reprodução (contracepção) e o aperfeiçoamento da assistência oferecida no pré-natal, parto e puerpério (concepção) (OSIS, 1998; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Também na década de 80, organizações de saúde em nível nacional e mundial começaram a questionar a prática de procedimentos de “rotina” na assistência ao parto e passaram a preconizar que o nascimento, na maioria das vezes, necessita apenas de observação e, portanto, o uso de procedimentos obstétricos deveria ser criterioso e não indiscriminado, visto que o excesso de intervenções pode gerar doenças iatrogênicas, além de desperdiçar recursos. Inicia-se, então, um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento e de oposição e negação ao modelo intervencionista e tecnocrático (SERRUYA, 2004).

Em 1996, essa corrente a favor de uma nova prática obstétrica recebeu uma importante contribuição política e técnica com a publicação do documento “Assistência ao parto normal: um guia prático de saúde materna e neonatal” pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O guia apresenta as recomendações, baseadas em evidências científicas, sobre as práticas relacionadas ao parto normal. Tais recomendações visam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina (SERRUYA, 2004).

Apesar de o PAISM ter instituído a integralidade na atenção à saúde da mulher, o Ministério da Saúde notou que a mulher continuava não sendo encarada como sujeito e que o desconhecimento e desrespeito aos seus direitos reprodutivos femininos se mantinham presentes na má assistência e, diante disso, instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. O PHPN pretendeu anunciar o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (SERRUYA, 2004). A cartilha (BRASIL, 2002) que apresenta o PHPN conceitua a humanização da seguinte forma:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (p.5-6).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar de ambos. Para que tanto, é necessário que os profissionais de saúde compreendam a mulher em sua totalidade corpo/mente e considerem o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual ela vive. Este tipo de atenção se dá através do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, da incorporação de condutas acolhedoras e da não realização de intervenções desnecessárias. É necessário que se estabeleça uma cultura de respeito aos direitos humanos, dentre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

Atualmente, o acesso à assistência pré-natal - definido pela realização de pelo menos uma consulta ao longo da gestação - é quase universal no país, pois de acordo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher referente ao período de dez anos compreendido entre 1996 e 2006 (BRASIL, 2009), as mães declararam não tê-lo realizado para apenas 1,3% dos nascidos vivos durante os cinco anos anteriores à entrevista. Mesmo sendo alta, a proporção de mulheres que fez pelo menos uma consulta foi estatisticamente diferente entre regiões, estando as maiores no Sudeste (99,8%) e Sul (99,4%), e a menor no Norte (96,1%). No Nordeste e Centro-Oeste, os valores foram, respectivamente, 98,2% e 97,9%. A pesquisa também mostra que 80% das grávidas realizaram ao menos seis consultas ao longo do pré-natal, número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde afirma que a atenção pré-natal deve envolver uma escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas e atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias (BRASIL, 2006, p.10).

Através dessa escuta ativa pode-se conhecer a história da gestante e, conseqüentemente, o contexto em que se deu essa gravidez. Este contexto pode influenciar significativamente o desenvolvimento gestacional e a relação que a mulher estabelecerá com a criança desde as primeiras horas após o nascimento, momento crucial para a formação do vínculo mãe-bebê, condição básica para o desenvolvimento saudável dos seres humanos (BRASIL, 1998, p.3). Porém, além da influência exercida pelo contexto em que essa gravidez

aconteceu, o desenvolvimento gestacional e o processo de nascimento podem ser beneficiados se melhor compreendidos pela gestante através de ações educativas (MOURA, 2003).

O Ministério da Saúde destaca a importância da realização de ações educativas no pré-natal (BRASIL, 2001) a fim de orientar as gestantes sobre o processo gestacional; mudanças corporais e emocionais que ocorrem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério; cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais orientações devem incluir conteúdos educativos sobre sexualidade; anatomia e fisiologia maternas; os tipos de parto; preparação física para o parto, incluindo respiração, relaxamento e exercícios físicos; as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, dentre outros assuntos.

As ações educativas, além de informar, têm como objetivo ajudar a mulher a lidar com as vivências e cuidar de si durante sua gravidez, assim como prepará-la para o parto e a maternidade, diminuindo suas ansiedades e medos. Para que tais ações sejam bem planejadas e completas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) propõe a criação de grupos de apoio, que devem ser compostos por diferentes profissionais, para que se alcance uma abordagem ampla e, simultaneamente, específica. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o cuidado na gestação e no parto deve ser “multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais” (BRASIL, 2005, p.14).

Como destacado pela OMS, o educador pode integrar as equipes formadoras dos grupos de apoio, contribuindo consideravelmente com o planejamento e desenvolvimento das ações educativas no pré-natal. O educador pode atuar na área de saúde buscando facilitar que os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem compreendam melhor diferentes aspectos que dizem respeito à promoção de sua própria saúde, aumentando, assim, sua autonomia.

Segundo Costa e López (1996 apud ALVES, 2004/2005), “a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde”. Trata-se de um recurso através do qual o conhecimento científico é transmitido às pessoas, atingindo sua vida cotidiana, visto que a compreensão dos fatores envolvidos no processo saúde-doença oferece subsídios para a modificação ou a aquisição de novos hábitos e condutas de saúde.

As primeiras práticas de educação em saúde no Brasil ocorreram no final do século XIX, final do século XX, eram voltadas para as classes mais pobres e se caracterizavam por

um discurso biologicista, pelo autoritarismo, com a imposição de normas e de medidas de saneamento a fim de se controlar doenças e evitar epidemias. A partir da década de 40, surgiu a tendência de envolver a população no processo educativo, porém foi só por volta de 1970 que houve a organização de movimentos sociais contrários às práticas educativas autoritárias, propondo um novo paradigma. Dentre esses movimentos, destaca-se o Movimento da Educação Popular em Saúde, que nasce, primordialmente, a partir da insatisfação de profissionais de saúde com os serviços oficiais e da aproximação desses profissionais em relação às classes populares e aos movimentos sociais locais (ALVES, 2004/2005).

Na Educação Popular em Saúde, as trocas interpessoais são muito valorizadas, já que o usuário deixa de ser visto como sujeito passivo e passa a ser encarado como detentor de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer um diálogo com o serviço de saúde. Nessa comunicação dialógica, há a intenção de aproximar e integrar o saber técnico/científico do popular, diminuindo o fosso cultural existente entre os serviços de saúde e a população assistida e horizontalizando a relação profissional-usuário. Esse modelo dialógico propõe que práticas educativas sejam baseadas nas necessidades dos usuários e, para tanto, é fundamental que se conheça suas crenças, hábitos e papéis e que ele seja encarado em sua totalidade, como sujeito biopsicossocial. Além disso, é muito importante envolvê-los nas ações, a fim de desenvolver a autonomia e a responsabilidade desses indivíduos em relação à própria saúde, o que caracteriza tais práticas educativas como emancipatórias (ALVES, 2004/2005).

3. 4. Considerações sobre posições de parto

Primeiramente será feita uma comparação entre partos realizados na posição vertical e na horizontal. Posteriormente, serão apresentados os tipos de parto existentes no Brasil e serão expostos os malefícios e benefícios que cada um deles apresenta.

Como já foi dito anteriormente, antes do advento da obstetrícia moderna, a grande maioria das mulheres davam à luz na posição vertical, por esta ser uma posição que facilita muitas funções fisiológicas envolvidas no parto. De acordo com Kitzinger (1996), as parteiras costumavam encorajar a alternância entre as posições e a movimentação ativa das parturientes, visto que isso facilitava a descida da cabeça do bebê.

O próprio Mariceau, cirurgião-parteiro francês considerado o primeiro a incentivar a posição horizontal no parto (1668 apud DUNN, 2000, p.28) escreveu:

“ (...) as mulheres sempre tiveram trabalhos de parto mais difíceis quando permaneceram demasiado tempo em suas camas durante o trabalho de parto, (...) do que quando lhes foi permitido andar e movimentar-se, suportando sua barriga sob os braços se necessário; pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama; suas dores suas dores serem menos fortes e freqüentes, e seu trabalho de parto muito mais curto”.

Porém, conforme o parto foi passando a ser realizado em hospitais, foram sendo introduzidos novos métodos de monitoração eletrônica materno-fetal e para que eles pudessem ser utilizados com maior comodidade pelos médicos, era interessante que a parturiente ficasse estática e deitada. A partir de então, a posição materna supina dorsal passou a ser aceita como normal no parto, tanto sob o ponto de vista médico, quanto sob o ponto de vista da sociedade (DUNN, 2000; SABATINO, 2000).

Atualmente, no Brasil, a grandessíssima maioria dos partos “normais” hospitalares ocorre com a parturiente deitada de costas na posição de litotomia: tronco na horizontal ou parcialmente inclinado, pernas elevadas, coxas flexionadas sobre suportes metálicos usados na parte posterior do joelho e pés apoiados para facilitar o esforço de puxo.

De acordo com SABATINO (2000) nos últimos 80 anos, têm sido realizados muitos estudos que mostram as desvantagens e riscos da posição supina, sendo que há menor eficiência das contrações uterinas na dilatação do colo uterino, o que prolonga a duração dos períodos de dilatação e expulsão e também aumenta a probabilidade de um parto operatório ter que ser realizado, quer através do uso de instrumentos como o fórceps, quer pela realização de cesáreas ou até mesmo pela administração de medicações ocitócicas, analgésicas, anestésicas.

O autor também afirma que, na posição vertical, a força da gravidade direciona o peso do feto e do líquido amniótico para baixo, o que aumenta a eficiência das contrações uterinas na dilatação da cérvix, pois a força gravitacional coincide com a direção do canal de parto. Quando a parturiente é colocada em posição de litotomia, a força da gravidade se dá em direção perpendicular ao canal de parto e na realidade, a parturiente tem que fazer uma força muito maior para que a cabeça do feto atinja a abertura vaginal (SABATINO, 2000).

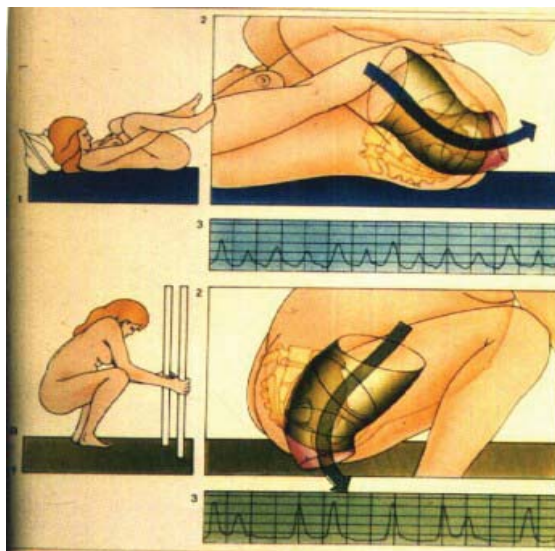


Figura 1: Seta indica a direção do canal do parto nas posições horizontal e vertical, sendo que esta última favorece a descida do feto.

Devido à influência de hormônios, na gravidez avançada os ligamentos dos ossos da pélvis ficam mais maleáveis e no momento do parto, o encaixe da cabeça do feto na bacia materna causa um afastamento dos ossos pélvicos, sendo que o sacro é deslocado para trás e, assim, a saída do canal de parto fica aumentada. Porém, se a parturiente estiver em litotomia, ou mesmo semi-deitada, tal deslocamento é impossibilitado, pois os pesos da mãe e do feto impedem o que o sacro vá para trás. O autor destaca ainda que, em posição de cócoras, há um aumento da bacia, o que propicia 28% a mais de espaço para o passagem do feto pelo canal do parto (SABATINO, 2000; 2010).

Na posição horizontal, o peso do útero grávido comprime a veia cava inferior contra a coluna vertebral, resultando em uma diminuição do aporte de oxigênio à placenta, o que freqüentemente gera sofrimento fetal. Porém, o feto obtém significativa melhora se a mãe deita sobre um dos lados de seu corpo ou se assume a posição vertical, visto que há desobstrução no fluxo sanguíneo (SABATINO, 2000; 2010).

Dunn (2000) afirma que “as posições horizontais de parto são utilizadas para tornar mais fácil ao médico fazer seu trabalho” (p.27). Sobre este mesmo assunto Sabatino (2000) defende que “se a posição vertical resulta em um trabalho de parto mais confortável, menos doloroso, de menor duração e mais seguro para a mãe, feto e recém-nascido, certamente que o bem-estar do obstetra passa a ter importância secundária” (p.22). Porém, infelizmente, muitas vezes os obstetras ainda atuam visando seus próprios interesses e desrespeitando as reais necessidades fisiológicas maternas e, conseqüentemente, fetais.

O pioneiro do parto de cócoras no Brasil foi o obstetra Moysés Paciornik (1991), que estudou comunidades indígenas e resgatou esta forma de parto. Criou com seu filho, Dr.

Cláudio Paciornik uma cadeira para ser usada em hospitais, que permite várias posições para a mãe, sem comprometer o conforto do médico. Embora não haja necessidade de cadeiras especiais para que a mulher assuma essa posição, muitos profissionais afirmam que não fazem partos de cócoras porque no hospital não existe "a cadeira para parto de cócoras" à disposição (DUARTE, 2011).

O parto realizado dentro da água foi mais divulgado através das modificações e inovações instauradas pelo obstetra francês Michel Odent em uma maternidade de Pithiviers, na França, na década de 60. Dentre as inovações, estava uma banheira água quente a fim de oferecer conforto às parturientes, que ficavam livres para parir na água. Estudos científicos comprovam que o uso da água quente no trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor (ODENT, 2002a).

Nas maternidades da Europa, as banheiras são oferecidas às parturientes tanto para o alívio das dores do trabalho de parto, como para o parto em si. No Brasil, ainda existem pouquíssimas clínicas e médicos que oferecem essa opção de parto às parturientes. Porém, a maioria dos partos domiciliares acontece na água, em banheiras ou em piscinas infláveis (DUARTE, 2011).

3. 5. Parto no Brasil hoje

No Brasil, os dois tipos de parto oferecidos majoritariamente pelo Sistema Único da Saúde são o parto normal, realizado na posição de litotomia - já descrita anteriormente – e a cesárea.

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Todos estes fatores contribuem para que ela se sinta insegura, amedrontada e sozinha. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso e, muitas vezes, o tratamento é frio e impessoal, sendo que os sinais que os obstetras recebem e interpretam não vêm diretamente do corpo das mulheres, mas sim dos monitores e de outras máquinas presentes na sala de parto (KITZINGER, 1996; BRASIL, 2001).

3. 5. 1. Cesáreas: partos cirúrgicos

Barbosa (2003) afirma que a cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, caso haja complicações durante a gravidez ou o parto que representem riscos para a mãe, o bebê ou ambos. Porém, por ser um procedimento cirúrgico, só deve ser realizada em casos de emergência, pois pode ser maléfica para a saúde materno-infantil (BUONO, 2011).

Embora o Conselho Federal de Medicina (CFM) proíba a realização de cesáreas como procedimento eletivo, a PNDS realizada em 2006 constata que, dos partos cirúrgicos realizados no Brasil, 48,3% foram previamente marcados (BRASIL, 2009). Esse dado indica que ainda há profissionais que indicam a intervenção assim que a gravidez completa 38 semanas, sendo que uma gestação normal pode durar, seguramente, 42 semanas. Esse procedimento pode acarretar nascimentos de fetos prematuros – prematuridade iatrogênia -, com pulmões ainda imaturos, o que faz com que muitos recém-nascidos sejam encaminhados para a UTI neonatal e fiquem em incubadoras, onde serão expostos a riscos de infecção e problemas respiratórios (BENATTI, 2008; BRASIL, 2011d). De acordo com o Ministério da Saúde, estudos demonstram que fetos prematuros nascidos entre 36 e 38 semanas de gestação têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos (BRASIL, 2011b).

Para as mães, as cesáreas representam chances maiores de ocorrer hemorragias ou infecções no pós-parto, além da recuperação mais difícil, visto que a cirurgia envolve o corte de muitos tecidos corpóreos. Existe a possibilidade de laceração acidental de algum órgão, como bexiga, uretra e artérias, ou até mesmo do bebê, durante o corte do útero. Há também a chance de a gestante ter problemas de cicatrização, que podem afetar sua próxima gestação. A incidência de morte materna associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no parto normal (BRASIL, 2011d).

A cesárea também pode interferir no vínculo estabelecido entre a mãe e o filho no momento do nascimento, visto que há uma separação abrupta e precoce entre eles num momento primordial para este estabelecimento (BRASIL, 2011b).

No Brasil, ainda há a idéia de que após a realização de uma cesárea, as mulheres ficam impossibilitadas de ter um parto normal. Contudo, já existem estudos comprovando a possibilidade de ter filhos pela via vaginal, mesmo depois de a parturiente ter tido um parto cirúrgico. O que não é recomendado é a indução do parto, que consiste no uso de alguma

substância, geralmente a ocitocina sintética, que acelera o trabalho de parto, aumentando a força das contrações e diminuindo os intervalos entre elas (BRASIL, 2011d).

O País registra muito mais cesáreas do que os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a PNDS realizada em 2006 (BRASIL, 2009), a proporção de cesáreas já se mostrava alta há 20 anos e elevou-se ainda mais na última década, chegando a 43,8%. O parto cirúrgico já se tornou mais frequente que o normal nas regiões Sudeste e Sul, tendo sido realizado, respectivamente, em 51,7% e 51,6% dos nascimentos. A pesquisa mostra ainda que a percentagem de partos cesáreos elevou-se em função do aumento da escolaridade e da classificação econômica das parturientes. Portanto, foi no sistema privado de saúde (incluídos os convênios) que a taxa de cesarianas atingiu seu ápice (80,8%), frente a 33,6% no sistema público.

Um fator que contribui decisivamente para que as taxas de cesáreas sejam tão elevadas no Brasil é que a cirurgia, quando comparada ao parto normal, é muito mais rápida - enquanto um trabalho de parto pode durar 12 horas ou mais, a cesárea se resolve em menos de uma hora. Além disso, muitas vezes o médico é beneficiado financeiramente com a realização de cesáreas. Outro fator determinante para a realização excessiva de cesáreas, na opinião do obstetra Pedro Pablo Chacel, corregedor do Conselho Federal de Medicina (CFM), é que muitos médicos não estão preparados para realizar o parto normal e, portanto, optam pela cesárea. Sobre o assunto, o obstetra Jorge Kuhn, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), comenta que “Cesariana é uma técnica. Parto normal, uma arte” (BENATTI, 2008; BUONO, 2011).

3. 5. 2. Parto normal hospitalar

Os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe como para seu bebê. Vão desde uma melhor recuperação da mulher e redução dos riscos de infecção hospitalar até uma incidência menor de desconforto respiratório do bebê. Ainda que o Ministério da Saúde incentive as mulheres a reivindicar “o direito de dar à luz por meio do parto normal, com autonomia e segurança” (BRASIL, 2011b), percebe-se que, principalmente no sistema público de saúde, a mulher perde seu papel de protagonista no próprio parto, ficando sujeita a uma maneira padronizada e desconfortável de dar à luz.

No parto normal hospitalar, a mulher tem que passar por uma série de procedimentos de rotina que muitas vezes interferem ou inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto. Dentre tais procedimentos estão a raspagem dos pêlos pubianos,

lavagem intestinal, episiotomia (corte no períneo para facilitar a passagem do bebê), ocitocina sintética (substância usada para intensificar as contrações), anestesia e ruptura artificial da bolsa das águas. Embora seu uso de rotina esteja listado entre as práticas consideradas ineficazes ou prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), elas continuam sendo amplamente utilizadas (BENATTI, 2008).

Além disso, a parturiente tem que assumir a posição de litotomia, uma posição constrangedora, humilhante e desconfortável, ficando imobilizada na posição horizontal, sem poder ficar em pé, caminhar ou mesmo mudar de posição na cama. No entanto, durante o trabalho de parto é muito importante que a mulher possa se movimentar livremente, pois essa movimentação espontânea permite que os ossos da bacia se abram à medida que o bebê desça ao longo do canal de parto (KITZINGER, 1996; DUNN, 2000).

Apesar de o parto normal ser mais seguro para a mãe e para o bebê, mesmo assim a quantidade relativa de cesáreas ainda é alta no país (BRASIL, 2011d). Talvez porque, infelizmente, o parto normal hospitalar ainda esteja muito longe de ser um parto natural e prazeroso, a cesárea acabe sendo encarada como uma opção mais segura e indolor. Porém, como já foi esmiuçado acima, a cesárea envolve uma série de riscos, podendo ser danosa à saúde materno-infantil.

3. 5. 3. Humanização do parto e nascimento

Diante desse quadro, podemos perceber a necessidade urgente de uma mudança de paradigma na atenção ao parto, que devolva a mulher sua real autonomia e a possibilidade de vivenciar ativa e prazerosamente esse evento tão importante em sua vida e na vida de seu filho. Já existem hoje movimentos em prol da humanização do parto e nascimento em nível mundial.

Um desses movimentos é o Movimento pelo Parto Ativo, que surgiu na década de 70, quando Janet Balaskas (1993) e outras mulheres do norte da Inglaterra, começaram a tentar parir em posições verticais e, diante de inúmeras oposições por parte dos obstetras, no ano de 1982, escreveram o Manifesto pelo Parto Ativo. Foram adeptos do movimento Michel Odent, obstetra francês e Sheila Kitzinger, renomada antropóloga social britânica, sendo que ambos são ativistas pelo parto natural.

Desde então, os hospitais da Inglaterra apresentam estrutura adequada para acomodar parturientes que optam pelo parto ativo. Segundo Balaskas (1993), o parto ativo é um termo

que descreve um trabalho de parto e um parto normais, que ocorrem quando a parturiente tem liberdade de seguir os próprios instintos e a lógica fisiológica de seu corpo, é protagonista de seu processo de parto e não um objeto de uma “condução ativa” do parto pela equipe obstétrica (p.23).

Além de Janet Balaskas, outros profissionais da área começaram a questionar as convenções vigentes no cenário obstétrico da época (décadas de 60 e 70), preconizando o respeito ao direito de serem donas de seus próprios corpos e partos. Na França, Frédérick Leboyer e Michel Odent, ambos obstetras, começaram a mostrar e divulgar ao mundo a necessidade de resgatar o parto como um evento o mais natural possível. Nos Estados Unidos, Ina May Gaskin realizava um trabalho de formação de parteiras e acompanhantes de parto em uma comunidade *hippie*. No Brasil, os médicos Cláudio e Moysés Paciornick, de Curitiba e Galba Araújo, do Ceará lançaram os primeiros ecos da humanização (FADYNHA, 2003).

Então, em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), cujo documento fundador foi a Carta de Campinas, que critica veementemente “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente às condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO, 1993). A carta faz as seguintes considerações sobre parto e nascimento:

Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas. Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência, alienação e dor.

Segundo Dias e Domingues (2005), o conceito de humanização da assistência ao parto é bastante amplo e complexo e envolve diversos fatores. Um deles está relacionado a uma mudança na cultura hospitalar para que se organize e realize uma assistência realmente focada nas necessidades e bem-estar das mulheres e de suas famílias. Outro fator diz respeito à estrutura física do hospital, mais especificamente das salas de pré-parto e parto, que deve proporcionar conforto, acolhimento e segurança às parturientes.

Além desses aspectos, os autores ressaltam que a humanização do parto envolve também uma mudança na postura por parte dos profissionais de saúde que atendem a parturiente, sendo necessário que eles reconheçam a autonomia da mulher durante todo o processo, respeitem os aspectos fisiológicos da mesma, não realizem intervenções desnecessárias, compreendam os aspectos sociais e culturais envolvidos no parto e

nascimento e ofereçam o suporte emocional que a mulher e sua família necessitam, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. É importante também que a mulher tenha os seus direitos de cidadania respeitados, seja informada sobre todos os procedimentos a que será submetida e possa ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto (DIAS, 2005).

Atualmente, é proposta uma série de medidas para melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e humanizar os partos no país. Dentre estas medidas estão: o direito a ter um acompanhante de sua escolha no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto; métodos não invasivos para alívio da dor no trabalho de parto; acompanhamento por doulas e possibilidade de deixar o ambiente do parto mais acolhedor (BRASIL, 2011a).

3. 5. 3. 1. Acompanhantes

De acordo com diversos estudos científicos brasileiros e internacionais, as gestantes que contam com um acompanhante no parto e no pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, o que traz grandes benefícios à saúde das mesmas. A presença do acompanhante contribui para redução no uso de medicações para alívio da dor, na duração do trabalho de parto e no número de cesáreas. Além disso, também reduz a possibilidade da paciente sofrer de depressão pós-parto, doença que hoje atinge cerca de 15% de todas as mães do mundo. No pós-parto, o acompanhante pode auxiliar a mulher nos cuidados com o recém-nascido, visto que a mãe encontra-se em fase de reabilitação (BRASIL, 2006; 2011a).

No Brasil, já há uma lei que garante que toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua livre escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços públicos e particulares de assistência à saúde. Esse direito é assegurado pela Lei 11.108, de abril de 2005 (Anexo A). No mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou a Portaria MS/GM Nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (Anexo B) para regulamentar essa lei. Tal portaria define como “pós-parto imediato” o período de 10 dias após o parto e dá cobertura para que o acompanhante possa ter acomodação adequada e receber as principais refeições (KONDO, 2011).

Para os atendimentos realizados no setor privado pelos planos de saúde, é ilegal a cobrança de taxas adicionais para a entrada do acompanhante, visto que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) acrescentou a cobertura do acompanhante ao rol de procedimentos e eventos em saúde na Resolução Normativa nº211, em 11 de janeiro de 2010, como consta a seguir:

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências: I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

Porém, apesar de o prazo para adequação dos hospitais ter terminado em 2006, muitos hospitais públicos e privados ainda não permitem que a parturiente seja acompanhada em sua internação. De acordo com a PNDS realizada em 2006 (BRASIL, 2009), a presença de um acompanhante no parto foi pouco freqüente (16,3%), possivelmente em decorrência de limitações na infraestrutura de grande parte das maternidades brasileiras para acolher um(a) acompanhante, sem invadir a privacidade de outras parturientes e também da resistência por parte das instituições, por temerem que a presença de acompanhante atrapalhe a rotina de trabalho já estabelecida.

3. 5. 3. 2. *Doulas*

Doula é uma palavra de origem grega que significa serva ou mulher que serve. Atualmente, é a denominação dada a mulheres que se dedicam a ajudar outras mulheres durante o parto (FADYNHA, 2003). No entanto, tanto o termo doula, quanto seu papel ainda são desconhecidos pela maioria dos profissionais de saúde e da população (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

A doula é uma acompanhante de parto treinada para oferecer suporte físico, emocional e afetivo. Durante o trabalho de parto e parto, pode auxiliar a parturiente de diversas formas como, por exemplo: orientando-a a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações; favorecendo a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade; auxiliando na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos; orientando a mulher sobre métodos para alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários; estimulando a participação do marido ou companheiro em todo o processo; apoiando e orientando a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada (BRASIL, 2001, p.67).

Um estudo realizado por Klaus e Kennell (1992) na Guatemala, em 1976, mostrou que a presença contínua de uma mulher não treinada junto às mães em trabalho de parto tornava as mães mais tranquilas e calmas, além de diminuir significativamente a incidência de complicações nos partos. O apoio oferecido às parturientes por tais mulheres consistia em contatos físicos (segurar a mão, massagear as costas), conversas e em uma companhia

amigável que permanecia ali durante todo o trabalho de parto. Em um segundo estudo, tais resultados foram confirmados e, além disso, constatou-se que a presença da doula diminui o número médio de horas do trabalho de parto, a necessidade de aplicação de analgesia, e melhora a formação do vínculo entre mãe e bebê.

Uma revisão realizada por Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005) sobre os efeitos do suporte à mulher durante o trabalho de parto/parto por profissionais de saúde, mulheres leigas e doulas mostra resultados favoráveis, destacando-se redução da taxa de cesarianas, da analgesia/medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da aplicação de ocitocina sintética e aumento na satisfação materna com a experiência vivida. Quando o provedor de suporte não era oferecido por um profissional de saúde, os benefícios foram mais acentuados.

Uma metanálise realizada por Klaus e Kennel (1997) com 11 estudos randomizados desenvolvidos na África do Sul, Bélgica, Canadá, EUA, França, Finlândia, Grécia e Guatemala analisou as conseqüências que o suporte físico e emocional não médico oferecido por uma doula trazia para o parto. Os resultados corroboraram com os obtidos por Bruggemann (2005), mas além deles, foi diagnosticado que até seis semanas depois do parto as mães estavam amamentando, demonstrando uma auto-estima mais elevada, com menor incidência de depressão e maior cuidado com seus bebês, em comparação com o grupo controle. Outro aspecto positivo da presença da doula é que os parceiros das gestantes também recebiam apoio, ficando mais tranquilos e, assim, conseguindo oferecer maior suporte pessoal para as mães.

O serviço de doulas pode ser voluntário ou particular. No Brasil, as maternidades Sofia Feldman-MG e a maternidade do Hospital Universitário de Montes Claros-MG, que apresentam um programa de serviço voluntário de doulas, geralmente mulheres da comunidade que recebem treinamento e se dispõem a oferecer apoio às parturientes, principalmente as que estão sozinhas (MOTTA, 2003). Além disso, o Ministério da Saúde tem investido na qualificação de doulas e já treinou 350 doulas em 13 cursos (2011a).

3. 5. 3. 3. *Outras medidas*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o alívio da dor no trabalho de parto deve ser realizado por meios não invasivos e não farmacológicos, como massagens e técnicas de relaxamento (BUONO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), “um ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, conduz ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante e equipe de profissionais e indica qualidade da assistência”, sendo que a música e as cores são dois recursos que podem contribuir na formação desse ambiente.

4. METODOLOGIA

4. 1. Tipo de pesquisa

Essa é uma pesquisa com abordagem Qualitativa e Descritiva, do tipo Pesquisa-ação. No que se refere à pesquisa qualitativa, Gaskell (2007) afirma que o principal objetivo deste tipo de pesquisa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar a gama de opiniões e as diversas representações que os sujeitos da pesquisa apresentam sobre o assunto em questão (p.68).

Para Chizzotti (2001), a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica e um vínculo indissociável entre o mundo real (objetivo) e os atores sociais, dotados de particular subjetividade (p.79). Considerando essa afirmação, o papel do pesquisador é atuar como um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (p.80), que por serem tão complexas não se revelam sem que haja uma busca intensa e profunda pelo não aparente. Nesse interim, o pesquisador deve ter contato com o espaço e o tempo vividos pelos sujeitos da pesquisa e partilhar de suas experiências e vivências, a fim de descobrir o sentido que esses atores sociais dão a elas (p.82). Sendo assim, o conhecimento obtido na pesquisa qualitativa não consiste apenas em um conjunto de dados, explicados por uma teoria; o pesquisador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado (CHIZZOTTI, 2001, p.79).

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo incluídas nesse grupo as pesquisas que visam levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (p.44).

Thiollent (2008) define a pesquisa-ação da seguinte forma:

(...) a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (p.16).

O autor afirma que a configuração de uma pesquisa-ação depende dos seus objetivos e do contexto no qual é aplicada. Vários casos podem ser distinguidos. Há situações nas quais os objetivos são voltados para a tomada de consciência dos atores sociais envolvidos na atividade investigada. Nesse caso, não se trata de resolver um problema imediato e sim

desenvolver a consciência de tais atores a respeito dos problemas importantes que enfrentam, almejando tornar mais evidente aos mesmos a natureza e a complexidade de tais problemas (p.21).

De acordo com Gil (1999), a pesquisa-ação se caracteriza pelo envolvimento dos pesquisadores e dos pesquisados no processo da pesquisa, sendo que o relacionamento entre ambos não se dá como mera observação do primeiro pelo segundo, e sim pela interação entre eles, que acabam se identificando (p.47).

4. 2. Aspectos éticos

O projeto foi elaborado respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL,1998) e enviado ao Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho de Rio Claro, em 12 de novembro de 2009, sendo aprovado em 02 de dezembro de 2009 (Anexo C).

Após receber a aprovação do Comitê de Ética, o projeto foi enviado à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMSRC) para que a realização da pesquisa fosse autorizada e para que fosse feito o encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). A pesquisa foi autorizada pelo Secretário de Saúde de Rio Claro em 12 de julho de 2010 (Anexo D). Uma funcionária da Fundação entrou em contato com as enfermeiras responsáveis pelas Unidades de Saúde e nos encaminhou para as seguintes Unidades de Saúde da Família (USF):

- USF Palmeiras I/II - "Dr.Gilson Giovanni" rua 8, 1102 - Jd. Das Palmeiras
- USF Benjamin de Castro - av. 8, 420 - Jd. Centenário
- USF Jardim das Flores - "Dr. Moacir Camargo" av. M-51 - Jd. Das Flores
- USF Panorama - "Dr. Osvaldo Akamine" - Av. 64 PA, 1390 - Jd. Panorama

4. 3. O cenário

O município de Rio Claro está localizado no Centro-Leste do estado de São Paulo, na Bacia do Corumbataí, nas coordenadas 22° 05' e 22° 40' S, 47° 30' e 47° 55' W. Com uma extensão territorial de 499,9 km², faz divisa com os seguintes municípios: Corumbataí e Leme - (Norte), Piracicaba - (Sul), Araras e Santa Gertrudes - (Leste), Ipeúna e Itirapina - (Oeste).

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2010, Rio Claro possui 186.299 habitantes, sendo estes distribuídos em 90.708 homens e 95.591 mulheres. Quanto à população urbana e rural, 181.766 habitantes integram a população urbana e 4.533, a população rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

4.3.1. Atenção à saúde em Rio Claro

Conforme consta na página virtual da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO, 2011), a Atenção à Saúde engloba todos os cuidados com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, a atenção à saúde está estruturada em níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, visando o melhor planejamento das ações e serviços do sistema.

A Atenção Básica envolve um conjunto de ações individuais ou coletivas, oferecendo as especialidades básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e sendo realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e também pelas Unidades de Saúde da Família (USF).

As USFs possuem uma equipe composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que pode haver a presença de profissionais de apoio, tais como: pediatras, ginecologistas, etc. ou de uma equipe de Saúde Bucal, composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário. As equipes das USFs são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas na área de abrangência de cada unidade.

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organização da atenção básica, visando o estabelecimento de um vínculo de coresponsabilização entre as equipes e a população contemplada pelo Programa.

No município de Rio Claro a Atenção Básica é desenvolvida por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por nove Unidades de Saúde da Família (USF).

4.4. Os atores sociais

A pesquisa teve como sujeitos 15 gestantes, sendo que os critérios para a seleção das mesmas foram: ter idade entre 18 e 40 anos, estar em qualquer estágio gestacional, ser usuária

do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Rio Claro e fazer o acompanhamento do pré-natal oferecido em uma das quatro Unidades de Saúde da Família (USF) indicadas pela Fundação Municipal de Saúde para a realização da pesquisa. A caracterização e apresentação das gestantes entrevistadas são feitas no item “Apresentando as participantes – Caracterização e descrição dos sujeitos”.

4. 5. Coleta dos dados

4. 5. 1. Instrumentos utilizados

4. 5. 1. 1. Entrevistas

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas que de acordo com Gil (1999), pode ser definida como a técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à pesquisa. Sendo assim, a entrevista é uma forma de interação social (p.117).

Na opinião de Queiroz (1991), em uma entrevista há uma partilha de emoções que permite um conhecimento mais íntimo do conteúdo obtido e do sujeito a quem se deve o material. A entrevista, segundo Selltitz *et al.* (1967), é a técnica mais adequada para a revelação de informação sobre assuntos complexos, emocionalmente carregados ou para verificar os sentimentos que permeiam certas opiniões apresentadas.

De acordo com Gaskell (2007), há um número máximo de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar. Para cada pesquisador, este limite é algo em torno de 15 e 20 entrevistas individuais (p.71). No presente estudo, o número definido de entrevistas foi 15.

O tipo de entrevista adotado foi a entrevista semi-dirigida ou semi-estruturada, que é aplicada a partir de certo número de perguntas pré-determinado, sendo que outras questões podem ser formuladas durante a entrevista e as irrelevantes podem ser desconsideradas (RIZZINI *et al.*, 1999, p.63).

O roteiro utilizado (Anexo E) foi elaborado a partir das reflexões baseadas na revisão bibliográfica e na “experiência piloto”, abaixo descrita. O roteiro apresentou questões que permitiram compor o perfil das entrevistadas e também questões abertas, onde as mulheres responderam livremente sobre o assunto.

As entrevistas foram gravadas com o uso de um gravador digital, sendo que o áudio era passado para o computador com o auxílio do programa “Voice Manager”. A vantagem de

gravar as entrevistas é conservar com maior precisão a linguagem do narrador, a ordem que deu às idéias, suas pausas e emoções (QUEIROZ, 1991, p. 3).

4. 5. 1. 2. Diário de campo

O outro instrumento utilizado na coleta de dados foi o “diário de campo” que, segundo Rizzini (1999), é uma técnica que consiste em um relato escrito daquilo que o entrevistador presenciou, observou, ouviu e pensou durante o recolhimento dos dados, propiciando captar o contexto e significado da entrevista. A autora afirma que este instrumento, que deve ser feito de forma precisa e bem detalhada, é fundamental e complementar a outras técnicas de coleta de dados na pesquisa qualitativa (p.73).

O diário de campo, também conhecido como “caderno de campo”, na opinião de Queiroz (1991) tem como função esclarecer mudanças perceptíveis nas entrevistas, e atribuíveis às condições específicas em que se realizaram; também fornece mais detalhes descritivos e pessoais a cerca do entrevistado, particularidades do relacionamento entre pesquisador e informante e observações a respeito da aplicação das técnicas, suas facilidades e dificuldades, seus aspectos positivos, satisfatórios, negativos. O autor ressalta, ainda, que tais anotações devem ir além da simples descrição, sendo dotadas de um significado crítico (p.64).

4. 5. 2. Procedimento para a coleta de dados e intervenção (orientação)

Uma etapa que antecedeu a coleta dos dados que serão analisados neste trabalho foi a “experiência piloto”, que segundo Queiroz (1991, p.66), é uma primeira tomada de contato com os problemas e público que se quer pesquisar, para verificar a exequibilidade e adequação dos instrumentos ao que se objetiva conhecer.

Foram realizadas três entrevistas-piloto com gestantes que a pesquisadora conhecia para que fosse testado o roteiro, o conjunto de imagens utilizado na orientação das gestantes e o gravador de fita cassete.

Com base nessa experiência, foram feitas algumas adaptações e modificações:

- optamos por utilizar um gravador digital, visto que o outro estava com mal contato e as fitas cassete são mais frágeis e suscetíveis a danos;
- foi acrescentada ao conjunto de imagens uma imagem que mostrasse exercícios físicos simples que podem ser feitos por gestantes em sua própria casa, com o objetivo de aliviar possíveis dores nas costas ou mesmo fortalecer a região pélvica para o

momento do parto. A decisão de acrescentar tal imagem foi decorrente de uma questão feita por uma das gestantes que participou da experiência piloto;

- foram acrescentadas três novas questões ao roteiro inicial de entrevista. São elas: I) Em que parte do seu corpo você acha que o bebê fica?; II) Como você acha que o bebê se alimenta?; III) O que você acha que é o trabalho de parto? O que acontece no corpo. Nas entrevistas-piloto a pesquisadora sentiu falta de questões que abordassem os conhecimentos que as gestantes apresentavam a respeito do próprio corpo e dos processos que ocorrem durante a gestação (alimentação do bebê) e parto (trabalho de parto).

As gestantes entrevistadas acharam que as questões eram pertinentes e responderam a todas elas. Todas elas disseram ter gostado muito da orientação e afirmaram que as imagens e informações recebidas ajudaram; a sanar algumas de suas dúvidas.

Durante a coleta de dados propriamente dita, em primeiro lugar, em cada uma das USFs a pesquisadora se apresentava para a enfermeira responsável, explicava quais eram os objetivos e finalidades da pesquisa e entregava uma cópia da autorização da Fundação Municipal de Saúde. Em seguida, as gestantes que preenchiam os critérios de inclusão já descritos eram encaminhadas para a pesquisadora pelo profissional responsável pelo agendamento do pré-natal na unidade em questão.

As gestantes eram gentilmente convidadas a participar da pesquisa, se disponibilizando a responder as questões de forma sincera e livre após serem informadas sobre a intenção e objetivos da pesquisa. Antes de participarem das entrevistas, as gestantes liam e assinavam o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F), elaborado de acordo com a Res. CNS 196/96.

As entrevistas eram gravadas nas próprias Unidades de Saúde da Família (citadas no item 4.2.), em salas cedidas pelas enfermeiras responsáveis por cada unidade. As salas variaram quanto ao tamanho, movimentação de pessoas e nível de silêncio.

Após a finalização das entrevistas, era oferecida uma orientação às entrevistadas com a intenção de abordar assuntos relacionados ao sistema reprodutor feminino, fecundação, gestação, desenvolvimento fetal, trabalho de parto e parto, além de esclarecer algumas das dúvidas apresentadas por elas. A orientação foi elaborada e formulada com base na revisão bibliográfica e realizada com o auxílio ilustrativo de um conjunto de imagens selecionadas previamente pela pesquisadora. As imagens foram impressas coloridas para melhorar a

visualização e compreensão, e foram plastificadas para facilitar o manuseio e aumentar a durabilidade das mesmas (Anexo G).

Terminada a orientação, era ofertado às gestantes um CD contendo a cartilha para gestantes “Celebrando a Vida” elaborada pela enfermeira Luciana Magnoni Reberte em sua dissertação de mestrado (REBERTE, 2008). A cartilha, que já recebeu a aprovação do Ministério da Saúde, foram entregues às entrevistadas com o intuito de complementar e reforçar as informações transmitidas oralmente na orientação.

4. 6. Análise dos dados

Ao analisar os dados obtidos em uma pesquisa qualitativa, é preciso ir além de sua aparência imediata para descobrir a sua essência, encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto, buscando entender a experiência que os sujeitos têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram (CHIZZOTTI, 2001, p.84).

Bardin (2010) afirma que, atualmente, e de um modo geral, a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.44).

Sobre as mensagens, Franco (2007) afirma que elas são o ponto de partida da análise de conteúdo, podendo ser verbais (oral ou escrita), gestuais, silenciosas, figurativas, documentais ou diretamente provocadas (p.12).

Minayo (1994) também afirma que a análise de conteúdo visa ir além dos significados manifestos e explícitos, atingindo um nível mais aprofundado em relação à literatura de primeiro plano, o que valoriza o material a ser analisado. Segundo a autora, a análise de conteúdo:

(...) relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (p.203).

A autora ainda destaca “a necessidade de unir na análise todo o material escrito, como as observações, o contexto estruturado e todo o sentido “evasivo”, “dinâmico”, “complexo” das relações sociais” (p.231). Nesse sentido, podem ser incluídos na análise do material

escrito obtido através das entrevistas, os registros realizados em um diário de campo, como foi feito neste trabalho.

Franco (2007) afirma que, ao analisar o conteúdo, é importante que o pesquisador leve em consideração que a emissão das mensagens está necessariamente vinculada às condições contextuais de seus produtores e afirma que esta contextualização é um dos principais requisitos para garantir a relevância dos sentidos de tais mensagens (p.16). Dentre as condições contextuais apresentadas pela autora estão:

A evolução histórica da humanidade; as situações econômicas e socioculturais nas quais os emissores estão inseridos, o acesso aos códigos lingüísticos, o grau de competência para saber decodificá-los o que resulta em expressões verbais carregadas de componentes cognitivos, subjetivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis. (p.12).

Minayo (1994) descreve em seu livro “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde” as diferentes técnicas de Análise de Conteúdo, dentre elas a Análise Temática, que foi utilizada neste estudo, e que consiste em “descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p.209). A autora afirma que, operacionalmente, a análise temática é realizada em três etapas principais: *A) Pré-análise*, *B) Exploração do material* e *C) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação* (p.209-211). Esta forma de organização também é proposta por Bardin (2010, p.121-128) e por Franco (2007, p.41-68). A seguir, com base nestes três autores, serão explicitadas as três etapas acima mencionadas.

A) Pré-análise - é a fase de organização propriamente dita e inclui:

- a constituição do corpus, ou seja, a escolha dos documentos a serem analisados (nesse caso, as entrevistas e o diário de campo) e a organização deste material, respeitando as regras de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência*;

- a transcrição e digitalização das entrevistas, assim como, o estabelecimento de um primeiro contato (leitura “flutuante”) com as mesmas e também com o material de observação (diário de campo), a fim de conhecer o texto e as mensagens nele contidas, deixando-se invadir por impressões, orientações e emoções;

- a retomada das hipóteses e dos objetivos propostos no início da pesquisa, reformulando-os diante do material coletado. As hipóteses iniciais devem ser flexíveis, a fim de permitir o surgimento de hipóteses emergentes a partir da releitura exaustiva do material, caracterizando um procedimento exploratório;

- a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Segundo Bardin (2010), “devem ser determinadas operações de *recorte do texto* em unidades comparáveis de *categorização* para análise temática e de modalidade de *codificação* para o registro dos dados” (p.126). Nas palavras de Minayo (1994), “determinam-se a unidades de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise” (p.210).

É importante que fiquem claras as definições de unidade de registro e de unidade de contexto. A unidade de registro é a menor parte do conteúdo, podendo ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um item. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser uma palavra, uma sentença, um conjunto delas ou um parágrafo (MINAYO, p.208; FRANCO, 2007, p.42). Segundo Franco (2007), o tema é considerado “a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo. Indispensável em estudos sobre representações sociais, opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças” (p.43). Bardin (2010) ainda complementa que “as respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base” (p.131).

A unidade de contexto é a unidade mais ampla do conteúdo, inclui as unidades de registro e pode ser explicitada através de Tabelas de Caracterização, o que visa facilitar e auxiliar o processo de análise, já que organiza os dados, permitindo uma melhor visualização e compreensão dos mesmos (FRANCO, 2007, p.49) . De acordo com Bardin (2010):

A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Esta pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema (p.133).

B) Exploração do material – esta fase envolve as operações de codificação, decomposição e enumeração, com base em regras previamente estabelecidas e com o intuito de encontrar o núcleo de compreensão do texto, transformando os dados brutos (BARDIN, 2010). Esta etapa inclui, segundo Minayo (1994, p.210):

- o recorte do texto em unidades de registro;
- a escolha das regras de contagem e a construção de índices que permitam alguma forma de quantificação;

- a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que guiarão a especificação dos temas. Essa escolha das categorias é denominada categorização e é realizada somente após serem definidas as unidades de análise.

A categorização é definida por Franco (2007), em seu livro “Análise de Conteúdo”, como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (p.59). Segundo a autora, a criação de categorias é o ponto crucial na análise de conteúdo. Quanto às categorias, Bardin (2010) afirma que são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, sendo que este agrupamento é baseado em características comuns destes elementos.

As categorias podem ser definidas *a priori*, o que representa um processo fechado, visto que as categorias e seus indicadores são previamente determinados em função da busca de respostas específicas pelo pesquisador. Podem também ser definidas *a posteriori*, o que representa um processo exploratório, visto que as categorias são criadas a partir da leitura do material de análise, emergindo da “fala” dos sujeitos, do discurso, do conteúdo das respostas, exigindo constantes idas e vindas entre os dados e a teoria. Em um primeiro momento, cria-se algumas categorias com base em uma amostra (certo número de respostas) e, assim, define-se um código que guia a leitura do restante do material. É importante ressaltar que apesar de terem sido criadas algumas categorias, outras vão sendo criadas conforme há necessidade, ou seja, à medida que surgem nas respostas. Posteriormente, o conteúdo presente nas categorias é interpretado à luz de teorias explicativas (FRANCO, 2007, p.60-62).

Há uma tendência a criar uma grande quantidade de categorias com reduzida amplitude no início do processo de categorização, o que fragmenta o discurso e prejudica a análise do todo. Caso este fato ocorra, é necessário encontrar alguns princípios organizatórios, a fim de agrupar essas categorias pequenas (moleculares) em categorias mais amplas (molares). Assim, “as categorias iniciais fragmentadas e extremamente analíticas, passam a ser *indicadoras* de categorias mais amplas que, ao serem formuladas, passaram, igualmente, a incorporar pressupostos teóricos” (FRANCO, 2007, p.63).

Segundo Bardin (2010) um conjunto de categorias satisfatórias deve seguir os seguintes requisitos: *exclusão mútua* (cada unidade de registro não pode ser incluída em mais de uma categoria), *homogeneidade* (um único princípio de classificação deve governar a categorização), *pertinência* (categorias devem estar adaptadas ao material de análise escolhido e ao quadro teórico definido), *objetividade e fidelidade* (as diferentes partes de um mesmo

material de análise devem ser codificadas da mesma maneira, conforme uma determinada matriz de categorias) e *produtividade* (categorias devem fornecer resultados férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados que propiciem o aprofundamento de teorias e que apontem para uma prática crítica, construtiva e transformadora).

C) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação

Nesta fase, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples (percentagens, por exemplo) ou complexas, a fim de que as informações obtidas fiquem mais claras e sejam evidenciadas. A partir daí, o pesquisador propõe inferências e interpretações previstas em seu embasamento teórico (revisão bibliográfica) ou que sugiram novas dimensões teóricas, provenientes da leitura do material (MINAYO, 1994, p.210)

Quanto às inferências, Franco (2007) afirma que “produzir inferências em Análise de Conteúdo tem um significado bastante explícito e pressupõem a comparação dos dados, obtidos mediante discursos e símbolos, com os pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo, de indivíduos e de sociedade” (p.31). A autora considera que a inferência é o procedimento intermediário entre a descrição (enumeração e resumo das características do material de análise) e a interpretação (significação atribuída a tais características).

Sobre o assunto, Minayo (1994) defende que os adeptos das técnicas qualitativas de análise buscam ir além do alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, por meio da inferência, uma interpretação mais profunda. Nas conclusões sobre a fase de análise dos dados, Minayo (1994) conclui:

As duas etapas anteriores – ainda que o marco teórico esteja presente o tempo todo – fazem uma inflexão sobre o material empírico, que é como dissemos, o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação. Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando o concreto pensado. (p. 237)

Na presente pesquisa, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, sendo considerada como unidade de contexto cada entrevista e como unidade de registro, o tema. O tema, neste caso, consistiu nas sentenças ou conjuntos de sentenças presentes na fala das entrevistadas e que eram relacionadas ao assunto de cada categoria.

As categorias foram definidas *a posteriori*, emergindo do discurso das mulheres durante as diversas leituras do conjunto de entrevistas transcritas. Foram obtidas, então, duas grandes categorias, que possuem seus respectivos núcleos temáticos que, por sua vez, foram divididos nas seguintes subcategorias:

I) Nível de Conhecimento

1. Planejamento familiar
 - 1.1. Planejamento da gravidez
 - 1.2. Métodos contraceptivos
2. Com relação à informação
 - 2.1. Veículos de informação
 - 2.2. Participação em grupo de gestantes
 - 2.3. Pessoa com quem divide dúvidas
 - 2.4. Principal dúvida
 - 2.5. Necessidade de mais informação
3. Com relação ao desenvolvimento fetal
 - 3.1. Noção quanto à localização do feto
 - 3.2. Noção quanto à alimentação
 - 3.3 Quanto à comunicação intra-uterina
4. Com relação ao trabalho de parto e ao parto
 - 4.1. Noção sobre o trabalho de parto
 - 4.2. Quanto aos tipos de parto

II) Sentimentos, percepções e expectativas

1. Com relação à gravidez
 - 1.1. Lembranças das outra(s) gravidez(es)
 - 1.2. Sensação de apoio e preparo
 - 1.3. Mudanças decorrentes da gravidez
2. Com relação ao parto
 - 2.1. Experiência(s) anterior(es)
 - 2.2. Preferência pelo tipo de parto
 - 2.3. Posição de parto imaginada
 - 2.4. Sensação de preparo para o parto
3. Com relação à amamentação
 - 3.1. Intenção e motivo de amamentar

Uma vez definidas as categorias, os dados foram agrupados e organizados em Tabelas de Caracterização, como proposto por Franco (2007), que são quadros compilatórios que permitem uma visualização mais geral e ampliada das categorias e unidades temáticas. No

“Anexo H” é apresentada a tabela referente à unidade temática “1. Com relação à gravidez”, pertencente à categoria “*II) Sentimentos, percepções e expectativas*”.

Com as tabelas prontas, deu-se início à etapa de elaboração de inferências e da interpretação dos dados propriamente dita.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. 1. Considerações sobre o método e a coleta de dados

Durante a etapa de coleta de dados, que foi realizada na própria unidade de saúde, através da entrevista semi-estruturada, a confecção de um diário de campo e a realização de uma orientação baseada em um conjunto de imagens, muitas considerações e reflexões foram feitas.

Quanto aos instrumentos de coleta de dados utilizados, foi possível perceber que a modalidade semi-estruturada para a realização de entrevista é muito rica, uma vez que apesar de haver um roteiro com certo número de questões - o que deixa o entrevistador (ainda mais quando é principiante) mais seguro e fiel aos objetivos da pesquisa - permite que novas perguntas sejam formuladas de acordo com a pertinência diante de assuntos que vão surgindo no decorrer da entrevista. Assim, foi possível conhecer melhor a história de vida de cada entrevistada, o que contribuiu muito com a pesquisa como um todo.

Consideramos, também, que a construção de um diário de campo foi extremamente positiva, pois permitiu-nos, como proposto por Queiroz (1991) e Rizzini (1999): captar o contexto, o significado e as particularidades de cada entrevista; anotar detalhes descritivos e pessoais a cerca dos entrevistados e, com isso, apresentar aos leitores suas características e histórias; fazer observações a respeito da aplicação das técnicas, suas facilidades e dificuldades, seus aspectos positivos, satisfatórios, negativos.

Quanto ao uso do material pedagógico através de imagens (Anexo G), utilizadas nas orientações individuais, notamos que foram de substancial importância para que as gestantes compreendessem e entendessem melhor os assuntos e conseguissem concretizar as explicações. Permitiu-nos experienciar o princípio de que o aluno aprende de forma significativa quando ele pode transformar a informação aprendida em algo que seja concreto, sendo que as imagens auxiliam nessa concretização (PIAGET, 1973).

As gestantes afirmaram que gostaram da orientação, que foi útil para sanar algumas dúvidas e que gostariam que houvesse mais momentos assim durante o pré-natal. Algumas mostraram mais interesses que outras, foram mais questionadoras e se abriram mais. Elas também agradeceram muito a entrega da cartilha em forma de CD, que possibilitará futuras consultas e poderá servir, ainda, para informar outras mulheres do círculo de convívio das gestantes entrevistadas nessa pesquisa.

Foi também muito interessante perceber a importância da orientação ter sido realizada somente após uma investigação sobre os conhecimentos das gestantes a respeito dos assuntos a serem abordados, sua história, suas vivências, experiências, aprendizados e expectativas. Tal investigação possibilita que as explicações sejam mais pertinentes e coerentes com a realidade dessa mulher, seja ela solteira, casada, mãe, permitindo que sua vida seja valorizada e tratada com o merecido respeito. Vigotsky (1995) ressalta a importância de contextualizar os sujeitos, visto que as condições históricas e sociais atuam sobre os processos biológicos e naturais dos mesmos, sendo que a cultura origina formas especiais de conduta, modifica a atividade das funções psíquicas, edifica novos níveis no sistema do comportamento humano.

Para citar um exemplo, lembraremos o caso de Papoula que já havia perdido uma filha e que relata não ter o apoio de ninguém, nem da família, nem do pai da criança. Uma das orientações previstas era a de sugerir a participação do companheiro durante o trabalho de parto, por exemplo, através da massagem para aliviar suas dores. No entanto, não teria sentido neste contexto. Esta informação de nada serviria, quando a demanda dela era outra.

No mesmo caso, a gestante afirmou que preferia fazer o parto através da cesárea. Poderia lhe informar que o parto normal tem inúmeros benefícios, que a cesárea tem muitos riscos envolvidos, porém, correr-se-ia o risco dela se calar e se sentir recriminada e julgada por sua escolha. Além disso, esta mulher tinha motivos para querer a cesárea, pois passou por uma experiência traumática: ela teve sofrimento no parto, foi maltratada por médicos e enfermeiras, se sentiu sozinha, não teve apoio. Como se não bastasse, sua filha, nascida desse parto, morreu oito meses depois.

Diante disso, ressaltamos a extrema relevância de que as atividades educativas realizadas no pré-natal levem em conta os aspectos psicossociais, emocionais e culturais das gestantes envolvidas, para que haja cuidado nas palavras, valorização de seu conhecimento, respeito pelas suas experiências de vida, muitas vezes dolorosas e traumatizantes. Tais atividades devem ser organizadas e desenvolvidas de uma forma ética, pautada pelo respeito aquela mulher, sem julgamentos, sem “certos e errados”.

Foi possível perceber também que a dinâmica da pesquisa, principalmente de cunho qualitativo e envolvendo seres humanos, é repleta de fatores imprevistos e, por vezes, desconcertantes. Como relatado nas apresentações dos perfis das participantes, algumas delas estavam acompanhadas pelo/a(s) filho/a(s), o que pareceu interferir no seu envolvimento e concentração. Temos a consciência da atitude correta, ou seja, que as mães deveriam estar sozinhas, mas neste caso a ponderação deve ser feita e se levar em conta as condições reais da

pesquisa. Assim, o que está em jogo é o quanto aquela mulher poderia se beneficiar da orientação.

Ainda que os acompanhantes possam fazer com que as respostas à entrevista não sejam tão completas, que a orientação não seja tão detalhada, acreditamos que conhecer essa mulher, contribuir para seu entendimento sobre seu próprio corpo e sobre os processos que nele estão ocorrendo durante a gestação e ocorrerão no parto transcende a preocupação com o rigor das condições ideais exigidas na coleta dos dados, que não deveria apresentar fatores que gerem interferências nos dados.

Outro fato que ocorreu durante a pesquisa foi o de funcionários entrarem repentinamente na sala. Podemos explicar esse fato por estarmos nas dependências das Unidades de Saúde da Família, em que não é previsto uma infra-estrutura para pesquisa. Mais uma vez, podemos dizer que estes imprevistos fazem parte da pesquisa com seres humanos, de cunho qualitativo e no universo dos sujeitos. Esta foi uma experiência rica, que servirá de exemplo para o planejamento de outras pesquisas.

5. 2. Apresentando as participantes – Caracterização e descrição dos sujeitos

Valorizando a relevância de vincular o conteúdo das mensagens a serem analisadas aos fatores que determinam suas características, é importante que se leve em consideração o contexto e as variáveis culturais e psicossociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como as circunstâncias nas quais tais mensagens foram produzidas (MINAYO, 1994). Essa contextualização visa enriquecer a análise do material, tornando seu sentido mais claro e relevante (FRANCO, 2007).

Sendo assim, além da caracterização e descrição dos sujeitos, serão apresentadas suas histórias de vida (algumas com maior nível de detalhes), ainda que um encontro tenha sido suficiente para conhecê-los apenas minimamente. Além disso, serão relatados os contextos e as peculiaridades mais relevantes de cada entrevista e orientação. A fim de manter o anonimato das entrevistadas, a cada uma delas foi atribuído o nome de uma flor. As flores, assim como as mulheres, apresentam inúmeras belezas e sutilezas, possuindo características que lhe são peculiares.

Quanto ao perfil das mulheres (Quadro 1), a idade variou entre 20 e 36 anos, com maior incidência entre 20 e 24 anos (73,3%) e média de 23,67 anos. Quanto à etnia, 53,3% eram brancas, 40% pardas e 6,7% negras. Quanto ao estado civil, 40% eram casadas, 33,3 %

solteiras e 26,7% amasiadas. Com relação ao nível de escolaridade, 6,7% concluíram apenas até a 4ª série, 40% concluíram o ensino fundamental, 46,6% concluíram o ensino médio e 6,7% concluíram o ensino superior.

Quanto à ocupação, a maior parte das gestantes não trabalhava fora (73,3%), sendo que apenas 26,7% tinham um emprego. Quanto à profissão, 60% eram “do lar”, 13,3% eram auxiliares de produção e as demais tinham as seguintes profissões: açougueira, costureira, doméstica e médica veterinária. Com relação à gestação, 40% estavam grávidas pela primeira vez, 33,3% pela segunda vez e 26,7% pela terceira vez. Quanto ao mês gestacional, 20% estavam no primeiro trimestre da gestação, 40% no segundo trimestre e 40% no terceiro trimestre.

Quadro 1 – Perfil das mulheres de acordo com a idade, a etnia, a escolaridade, a profissão, a ocupação e a gravidez.

Sujeito	Idade	Etnia	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Trabalha ou não	Ordem da gravidez	Mês gestacional
Violeta	20	B	C	E.M.C.	Do lar	Não	1ª	5º
Tulipa	20	B	C	E.F.C.	Do lar	Não	1ª	6º
Acácia	20	B	S	E.M.C.	Do lar	Não	1ª	7º
Papoula	21	P	S	E.M.I.	Do lar	Não	3ª	8º
Petúnia	21	P	S	E.F.C.	Do lar	Não	3ª	6º
Rosa	21	P	C	E.M.C.	Açougueira	Sim	2ª	7º
Magnólia	22	P	S	E.F.C.	Do lar	Não	3ª	7º e 1/2
Camélia	22	B	A	E.M.C.	Costureira	Sim	1ª	7º e 1/2
Alfazema	23	B	A	E.M.C.	Do lar	Não	2ª	1º e 1/2
Orquídea	24	B	C	E.M.C.	Aux.de prod.	Sim	2ª	3º
Margarida	24	B	C	E.M.I.	Do lar	Não	2ª	5º
Hortênsia	25	N	C	E.M.C.	Do lar	Não	2ª	3º
Azaléia	27	P	A	E.F.C.	Doméstica	Não	1ª	4º
Dália	29	B	S	E.S.C.	Méd. vet.	Não	1ª	9º
Perpétua	36	P	A	E.F.C - ciclo I	Aux.de prod.	Sim	3ª	4º e 1/2

Legenda: Etnia (B = Branca; P = Parda; N = Negra); Estado civil (S = Solteira; A = Amasiada; C = Casada); Escolaridade (E.F.I. = Ensino Fundamental Incompleto; E.F.C. = Ensino Fundamental Completo; E.M.I. = Ensino Médio Incompleto; E.M.C. = Ensino Médio Completo; E.S.C. = Ensino Superior Completo); Profissão (Aux. de prod. = Auxiliar de produção; Med. vet. = Médica veterinária).

Com as apresentações a seguir, temos a intenção de permitir que o leitor, possa ter um contato com tais mulheres, perceber as peculiaridades de cada uma delas, conhecê-las primeiramente, para que, então, caminhe conosco por suas falas, investigando e conhecendo seus sentimentos, pensamentos, percepções, emoções, lembranças, medos, dúvidas, conhecimentos e expectativas.

5. 3. 1. Violeta

Vinte anos. Casada. Moça de pele clara, cabelos castanhos e enrolados, presos. Vestia uma blusa preta de mangas compridas e calça jeans. Moça muito tímida, recatada e insegura. No momento da abordagem, a gestante estava sentada esperando a consulta com sua mãe, que apresentava um semblante sério e vestimentas masculinizadas (blusa de moletom larga, calça jeans larga e cabelos presos), parecendo ser “brava” e dominar a filha. Quando convidada a participar da entrevista, a moça disse que não sabia se participaria e sempre antes de responder consultava a mãe com os olhos, parecendo pedir permissão. Por fim, aceitou participar.

A mãe fez questão de entrar na sala junto com a filha no momento da entrevista, causando certo constrangimento. A moça parecia envergonhada, talvez por estar respondendo às perguntas na presença de sua mãe ou por estar tendo que tratar de assuntos pessoais com uma pessoa estranha (entrevistadora).

Durante a entrevista, a mãe respondia às questões em voz baixa, o que atrapalhou um pouco. Porém, as respostas que foram levadas em consideração foram somente as da entrevistada, sendo que na maioria das vezes, ela não soube responder e a mãe ajudava. As respostas da mãe foram ignoradas.

A moça era casada, mas aparentava ser muito dependente da mãe e demonstrava uma posição de conformismo e passividade diante da gravidez, que segundo ela foi planejada. Não esboçou nenhuma emoção de felicidade, nem de tristeza, apenas de resignação.

5. 3. 2. Tulipa

Vinte anos. Casada. Uma moça com pele branca, cabelos morenos e encaracolados, um pouco abaixo dos ombros, presos. Vestia uma camisetinha branca e calça jeans. Era muito tímida, mantinha sempre o olhar baixo, falava em um tom bem suave e não discorria muito sobre os assuntos. Na entrevista, manteve uma postura bem fechada, falou muito pouco e deu respostas curtas, sendo que houve vários momentos de silêncio.

Nascida em Pernambuco, ela mora em Rio Claro há três anos. Disse sentir muitas saudades da mãe e, apesar de ser casada e o marido ter aceitado bem a gravidez, não pareceu existir entre eles uma relação de companheirismo, já que ela afirmou se sentir muito sozinha. Falou também que tinha vontade de voltar a estudar, mas não conseguiu. Aparentava ser uma moça bastante imatura, ingênua e insegura.

Durante a entrevista, uma funcionária da unidade de saúde entrou na sala sem pedir licença e, não bastasse isso, ligou uma impressora, que fazia um forte barulho. Avisei que estávamos gravando uma entrevista e pedi, gentilmente, que ela se retirasse. Parecendo não gostar, ela saiu da sala, mas tal situação pode ter contribuído para entrevistada ficar ainda mais retraída e envergonhada.

5. 3. 3. *Acácia*

Vinte anos. Solteira. Moça de pele clara, cabelos castanhos encaracolados, presos. Vestia uma blusinha azul com uma estampa brilhante na frente e bermuda de malha. Aparentava ser bem despojada e decidida. Na entrevista, falou bastante, explicando bem suas opiniões e sua história. Apesar de ter definido seu estado civil como solteira, durante a entrevista ela se referiu ao companheiro como “marido”, com quem estava morando junto.

Era sua primeira gestação e ela falou que não planejava engravidar, mas seu marido queria e, nesse desentendimento, “acabô acontecendo”. Não parecia entender muito bem o significado de um filho, mas já demonstrava sentir as conseqüências em se tornar mãe. Afirmou que a principal mudança que a gravidez gerou em sua vida foi a perda da liberdade, pois ela gostava muito de sair de casa e após ter engravidado, não saiu mais. Relatou também que a gravidez apaziguou sua relação com os pais e também com o marido, visto que as brigas eram muito freqüentes e não são mais.

Demonstrou ter muitos medos em relação ao parto, dos problemas que poderiam ocorrer nesse momento, do tratamento dos médicos e enfermeiras, e em saber se seria parto normal ou cesárea. Parecia conformada com a gestação, mas não completamente satisfeita.

5. 3. 4. *Papoula*

Vinte e um anos. Solteira. Uma mulher mulata, com cabelos curtos e presos, vestia um vestido verde com flores brancas e já apresentava a barriga bem grande, pois estava no oitavo mês de gestação. Sua história de vida é bastante conturbada.

Ela relatou que fugiu da casa dos pais aos treze anos de idade e foi morar com um homem em Campinas. Aos dezesseis, descobriu que estava grávida e que esperava um menino, cujo parto foi em Rio Claro. Foi um parto normal, mas ela afirmou não ter gostado nem do atendimento, nem do médico.

Quando seu primeiro filho tinha um ano, ela engravidou de novo, agora de uma menina. O pai da criança queria que ela abortasse, mas eles decidiram ter. O parto da filha foi, para ela, extremamente traumatizante! Ela relatou na entrevista os detalhes das falas do médico e das enfermeiras e seu sofrimento diante desta situação, afirmando que no parto desse filho que estava em vias de nascer ela desejava fazer cesárea, pois disse que não suportaria tanto sofrimento de novo!

Aos oito meses de idade, sua filha teve convulsão “do nada” e ficou internada na UNICAMP durante três meses. Morreu, segundo opiniões dos médicos, de encefalite, mas ainda não foi comprovada a causa da morte. A mãe acha que pode ser em decorrência da demora que ocorreu no parto, o que retardou o nascimento da menina.

Após a morte da filha, seu marido começou a se afastar dela, até que ambos decidiram se separar. Ela, então voltou para Rio Claro e conheceu um rapaz, que parecia ser boa pessoa e com ele, namorou durante dois meses. Engravidou pela terceira vez.

Ela descobriu que ele é traficante de drogas, que manda pessoas para segui-la e afirmou que imagina que não terá sossego depois que o neném nascer. Disse que gostava muito de sair à noite, mas que sabe que isso não será mais possível. Afirmou também que não conta com o apoio de ninguém, nem da família, nem do pai da criança. Aparentava estar desiludida, mas conformada com a situação.

Um ponto interessante da orientação foi que ao ver e ler a prancha sobre os benefícios do parto normal para a mãe e para o bebê e os possíveis riscos associados a uma cesárea (quando esta cirurgia não for realmente necessária), ela ficou surpresa e disse que desconhecia essas informações e os riscos envolvidos. Afirmou que, sabendo disso tudo, preferia o normal mesmo. Mas vale destacar que sua preferência pela cesárea não era por receio de seu corpo falhar ou de ela sentir dor simplesmente, seu medo era psicológico. Ela afirmou que temia ter que fazer outro parto com o mesmo médico, ser novamente mal-tratada por ele e pelas enfermeiras e, por isso, ter que passar dor e esperar muito pelo parto.

Uma fala muito marcante dela foi a de ter dito que achava que a filha dela morreu aos oito meses de idade em decorrência da demora na hora do parto, que atrasou seu nascimento. Estes pensamentos parecem perturbá-la, já que contradizem o argumento do médico e que, possivelmente, sua suposição nunca poderá ser provada.

5. 3. 5. *Petúnia*

Vinte e um anos. Solteira. Cabelos castanhos na altura dos ombros, presos. Vestia um shorts jeans justo e curto e uma blusinha preta justa, mostrando a barriga. Moça bastante tímida. Tem dois filhos, sendo um de cinco anos e um de três. Ambos nasceram de partos normais, que foram demorados e doloridos. Mas, afirmou preferir o normal, ainda que tenha medo da dor.

Falou que fumava e bebia muito e que parou na gravidez. Disse não saber se dá para se comunicar com o bebê na barriga, mas acha que ele é capaz de sentir algo. Ela relatou passar a mão na barriga, mas disse que não fala muito com ele porque, segundo ela, não é muito de ficar conversando. Na entrevista, falou pouco, dizendo que não sabia o que falar, mas não deixou de responder a nenhuma questão.

Na entrevista e orientação, ela estava acompanhada de seu filho de três anos, o que acabou atrapalhando um pouco o andamento da entrevista, visto que o menino chamava por ela o tempo todo, tentava sair da sala, mexia nas coisas e, com certeza, dispersou um pouco de sua atenção.

5. 3. 6. *Rosa*

Vinte e um anos. Casada. Moça com semblante sério, morena, com cabelos negros e encaracolados, presos. Não tinha um dos dentes da frente. Usava um vestido preto com alguns desenhos em branco. Demonstrou estar feliz com a gestação, pois afirmou que o bebê foi uma coisa boa que aconteceu em sua vida e que vai fazer companhia para ela e para seu primeiro filho, de quatro anos. Quanto às lembranças da primeira gestação, disse que não lembrava quase nada, e sobre o parto, disse que foi tudo normal, mas não deu muitos detalhes em suas falas.

Pareceu cansada e comentou que sente mais dores e desconfortos do que sentiu na primeira gravidez, possivelmente devido ao fato de trabalhar (é açougueira) e já estar no sétimo mês da gestação. Afirmou não saber se participaria de um grupo de gestantes, ainda que tivesse a oportunidade, porque já sente dor na barriga por ter que ir a pé às consultas de pré-natal e acha que tais dores poderiam aumentar. Este fato ilustra a dificuldade de algumas mulheres em participar de um grupo de gestantes, ainda que lhes seja disponibilizado. Mostra a dificuldade de deslocamento, por falta de transporte, ou mesmo de tempo.

5. 3. 7. *Magnólia*

Vinte e dois anos. Solteira. Uma mulher de olhos verde-amarelados, com cabelos encaracolados, de cor loiro-escuro, na altura do ombro, presos. Vestia uma blusa azul decorada com algumas pedras (miçangas) e parecia ser bem vaidosa. Já é mãe de duas meninas, uma com oito anos e outra com seis. As duas nasceram de parto normal, sendo que a mais nova nasceu no carro, a caminho do hospital.

Ela morava em Minas Gerais, era casada, se separou e veio para Rio Claro para trabalhar. Pareceu ser muito desprevenida e corajosa, visto que mudou de cidade e de estado inclusive, com as duas filhas pequenas, a fim de tentar uma nova vida. Então, conheceu seu atual companheiro, com quem mora junto. Apesar de ter definido como estado civil solteira, ela afirmou que esta gestação foi planejada e que tem um relacionamento estável, sendo, portanto, amasiada.

Aparentava já ser bastante madura (apesar da pouca idade) e estar bem resolvida com a gestação, que foi planejada. Disse que seu sonho sempre foi ter um “menino homem” e que estava realizando nesta gestação. Durante toda a entrevista, chamou à atenção a forma como me olhava diretamente nos olhos. A orientação foi tranquila e ela disse sempre gostar de aprender coisas novas.

5. 3. 8. *Camélia*

Vinte e dois anos. Amasiada. Uma mulher com a pele bem branca, rosto arredondado, cabelos claros, alourados, compridos e presos. Vestia uma blusa vermelha com mangas curtas e uma calça legging preta. Algumas características marcantes dela são a simpatia, a espontaneidade e o bom humor. Esta era sua primeira gravidez e ela demonstrava estar muito feliz, pois já estava tentando há meses, mas tinha produção de prolactina, o que a impossibilitava de engravidar. Afirmou que “estava nas nuvens”, tamanha era a alegria que sentia em estar grávida.

Tanto a entrevista, quanto a orientação foram marcadas por um clima descontraído. Na entrevista, ela deu respostas longas e detalhadas. Na orientação, se mostrou muito interessada, perguntou muitas coisas, prestou muita atenção, tirou dúvidas, deu muitas risadas e não estava com pressa, se mostrando despreocupada com o tempo de duração da orientação, que durou bem mais que uma hora.

Nessa orientação, devido ao seu interesse e questionamentos, foram dadas explicações sobre diversos conceitos de biologia, abordando com detalhes todo o processo de fecundação, implantação do embrião no útero, hormônios envolvidos na gestação e trabalho de parto, capacidade de percepção e sentidos do feto, genética e deficiências decorrentes de erros no número de cromossomos.

5. 3. 9. *Alfazema*

Vinte e três anos. Amasiada. Uma mulher pequena (pouco mais de um metro e meio de altura), de pele branca, cabelos negros levemente ondulados na altura dos ombros, soltos. Face com traços delicados e olhos grandes. Apesar da aparência frágil e da pouca idade, ela se mostrou, em seus relatos e falas, uma mãe cuidadosa, muito carinhosa, preocupada e dedicada. Tem um filho de seis anos de idade e engravidou pela segunda vez por ter atrasado quinze dias em tomar um anticoncepcional injetável. Afirmou saber que ter dois filhos será um trabalho dobrado, que terá que dar atenção para ambos e prestar atenção ao que um gosta e outro não.

Tem consciência de que, em seu primeiro parto, que foi normal, era muito “molona”, só queria sua mãe e acha que deu trabalho para as enfermeiras. Quanto ao parto, afirmou acreditar que a mulher que faz parto normal “se sente mais mãe”, que suas amigas que fizeram cesáreas deixam seus filhos em casa, saindo passear sem eles e que ela não consegue fazer isso, que leva seu filho junto, sempre.

Outro ponto marcante em seu discurso foi sua fala sobre a amamentação. Ela amamentou seu filho mais velho até cinco anos e disse que o que está para nascer ela pretende amamentar até os dois, mas que, segundo ela, vai depender de seu dó, pois quando o filho vem pedindo, a mãe acaba cedendo. Tanto a entrevista como a orientação ocorreram de forma tranqüila e satisfatória.

5. 3. 10. *Orquídea*

Vinte e quatro anos. Casada. Uma mulher de pele bem branca, olhos azuis, cabelos naturalmente loiros, usava um vestido verde até os joelhos. Tem uma filha de quatro anos, nascida de uma cesárea. Ela demonstrou ser traumatizada com este parto, que foi muito dolorido, demorado, houve perda de líquido amniótico e teve que ser cesárea. Ela relatou que quando chegou ao hospital, apesar de ela estar com muita dor, o médico a mandou voltar para

a casa. Um dos piores acontecimentos no parto, segundo ela, foi ter ficado sozinha no hospital, sem nenhum acompanhante, apesar de ser um direito garantido por lei.

Ela disse que, ao descobrir que estava grávida pela segunda vez, ficou bastante preocupada, triste, visto que sua primeira filha fica muito doente, vai muito a médicos e exige muitos cuidados. Mas afirmou que estava melhor, mais animada e que quando ouviu o coraçãozinho, ficou muito contente.

Demonstrou ser uma mãe muito preocupada, carinhosa e cuidadosa e disse que vai sair do serviço para cuidar exclusivamente dos filhos, pois não confia em outras pessoas. Também pareceu ser muito perceptiva e intuitiva, pois afirmou que conversava com sua primeira filha na barriga, sentia ela responder e sabia que ela era uma menina antes mesmo de fazer o ultrassom.

Estava acompanhada de sua filhinha de quatro anos, que estava com catapora. A menina ficou muito tranqüila e quietinha, o que possibilitou que a entrevista e a orientação fossem concluídas com tranqüilidade, sem pressa. Ela se interessou muito pelas explicações que foram dadas na orientação, demonstrando muita atenção e se esforçando para entender o que estava sendo dito. Perguntou sobre gêmeos e demonstrou bastante interesse pelos hormônios envolvidos no trabalho de parto (adrenalina X ocitocina). Após tais explicações, ela afirmou que conseguia perceber que ela não deixou seu corpo se abrir (dilatação), pois sentia muito medo e estava muito nervosa (ação da adrenalina, que inibe a ocitocina, principal hormônio responsável pelas contrações uterinas) e que acredita que a presença de um acompanhante da família ou mesmo de uma mulher (por exemplo, doula) que a apoiasse e amparasse durante o trabalho de parto teria ajudado muito, pois se sentiria mais segura.

5. 3. 11. Margarida

Vinte e quatro anos. Casada. Uma mulher com a pele clara, cabelos castanhos soltos um pouco abaixo dos ombros. Falava em um tom baixo e parecia ser tímida. Na entrevista, deu respostas curtas e falou pouco. Tem uma filha de cinco anos e disse que na primeira gestação passou muito mal, vomitava muito e que “passava mais tempo no hospital do que em casa”. Quanto ao parto, foi normal e segundo ela, traumatizante. Afirmou que não planejava ter mais filhos, mas que engravidou, pois a vasectomia do marido reverteu inesperadamente. Disse que, apesar de não terem planejado, ela e o marido estavam felizes com a notícia.

No momento da entrevista e orientação, ela estava acompanhada de duas crianças: a filha e a irmã, de dez anos. Porém, como entrevistadora, fiquei em uma situação delicada, já

que as crianças não poderiam ficar separadas da gestante, pois não havia mais ninguém que pudesse cuidar delas naquele momento.

Após a entrevista, foi apresentado o conjunto de imagens usado na orientação e a menina mais nova falou: “Mãe, quero ir embora!”. O celular dela tocou algumas vezes durante a orientação, ela atendeu todas e era alguém pedindo que ela fosse embora. Contudo, ela demonstrou certo interesse pelas explicações e, apesar de a orientação ter sido concisa e rápida, foi possível abordar todos os assuntos.

5. 3. 12. Hortênsia

Vinte e cinco anos. Casada. Uma mulher negra, bem alta (mais de um metro e oitenta), com cabelos curtos e presos, semblante tranqüilo e calmo. Vestia uma blusa de mangas curtas azul e uma calça legging preta.

Tem um filho de um ano de idade e afirmou que engordou em excesso na primeira gravidez, que tinha muito desconforto porque a barriga cresceu demais e o bebê mexia bastante e, por isso, teve que tomar muito remédio para dor. Ela engravidou em um período de troca de pílulas, pois havia parado de amamentar seu filho e o médico falou para dar um intervalo entre um anticoncepcional e outro. Ela parou de trabalhar para ficar em casa cuidando da criança.

Ela teve que fazer cesárea devido à pressão alta. Disse que entrou em trabalho de parto e chegou a sentir algumas contrações, mas fez a cesárea, pois “já estava marcada”. Quando questionada se a opção pela cirurgia foi pessoal ou uma escolha médica, ela afirmou que “o médico recomendou”. Relatou que foi uma experiência traumatizante, não pela operação em si, mas pelo “pós-operatório, que é bem doloroso”.

Ela participou de um grupo de gestantes no Bairro do Estádio, ministrado na Igreja Bom Jesus. Apesar disso, não soube responder como o bebê se alimenta na barriga da mãe durante a gestação.

Ela não se mostrou muito animada quanto à gestação, talvez porque ainda está no terceiro mês, mas parecia conformada. Estava receosa quanto ao ganho de peso, crescimento excessivo da barriga e em relação ao parto (ter que fazer outra cesárea).

5. 3. 13. Azaléia

Vinte e sete anos. Amasiada. Uma mulher simpática, vestia uma camisetinha branca, uma jaquetinha de moleton e calça jeans. Apresentava um sotaque nordestino, parecia ser uma pessoa alegre e espontânea. Ela falou que a gravidez foi planejada, que havia parado de tomar o anticoncepcional há dois meses e que estava realmente muito feliz. Disse que antes de engravidar era uma pessoa triste, sem motivos para viver e que agora era diferente! Que seu bebê trouxe alegria e mudou tudo em sua vida!

Ela relatou ter sido abandonada pela mãe em uma fazenda quando tinha sete anos e teve que cuidar de seus dois irmãos, sendo que o mais novo tinha apenas seis meses de idade. Teve que assumir muitas responsabilidades e trabalhar bastante. Agora está feliz por ter seu próprio bebê.

Não é casada, mas mora junto com o companheiro e ressaltou o quanto é importante tê-lo ao seu lado, recebendo seu apoio e também do restante da família. Ela demonstrou bastante interesse durante a orientação, ficava muita atenta durante as explicações e falava sempre com muito amor de seu bebê. Se emocionou ao falar da amamentação, definida por ela como uma forma de carinho entre mãe e filho.

5. 3. 14. Dália

Vinte e nove anos. Solteira. Uma mulher morena, de cabelos longos e negros, vestia moleton, calça de malha e tênis. Estava de cabelos presos. É formada em veterinária, única entrevistada com ensino superior completo. Foi a gestante com mês gestacional mais avançado (9º mês). Apesar de ter definido como estado civil “solteira”, ela tinha um companheiro com quem iria morar junto em breve e tinha um relacionamento estável.

Afirmou que a gravidez não foi planejada, mas que ficou feliz com a notícia. Estava com planos de se mudar para o Pará por volta de três meses depois do parto, pois seu namorado já estava lá há dois meses e abrira uma clínica veterinária. Morava com a sogra e disse que sua mãe era falecida. Ela optou por concluir o pré-natal e parir em Rio Claro, pois fez todo o acompanhamento na cidade. Estava com 37 semanas de gestação, o bebê estava sentado (pélvico) e ela parecia bem conformada com a possibilidade de fazer uma cesárea.

5. 3. 15. Perpétua

Trinta e seis anos. Amasiada. Uma mulher parda, com cabelos na altura do ombro, presos, usando um vestido preto. Tinha uma aparência cansada, sofrida. Foi a entrevistada mais velha e ao mesmo tempo, com menor nível de escolaridade. Já era mãe de duas meninas, uma de oito anos e uma de cinco. Ambos os partos foram normais, sendo que, segundo ela, o parto é uma “hora terrível”.

Ela demonstrou um pouco de receio em participar da entrevista, desconfiada. Perguntou se teria que participar outros dias ou não. Depois que entendeu melhor o objetivo da pesquisa, ela aceitou. Pedi, então, que preenchesse o TCLE, mas percebi que ela ficou constrangida e afirmou “ter preguiça” de escrever. Provavelmente era uma analfabeta funcional. Me ofereci para preencher o campo de nome, endereço e número de seu RG e ela preferiu assim. Depois, assinou.

Demonstrou estar inconformada com o fato de estar grávida, pois afirmou que fazia uso de preservativos e que realmente não sabe como aconteceu. Tinha até dúvidas quanto a veracidade da gravidez porque não sentia o bebê mexer, mas iria confirmar fazendo o ultrassom. Parecia estar infeliz com a gravidez, disse que se sentia muito cansada, que estava trabalhando e que tinha sentido mudanças em sua “maneira de estar”.

Ela sabia muito pouco sobre os assuntos abordados na orientação e relatou sentir falta de várias informações, apesar de já ter tido duas filhas. Teve um pouco de dificuldade em entender o significado de algumas perguntas da entrevista. Falou que tinha diversas dúvidas sobre o desenvolvimento do bebê, que tinha vontade de saber a respeito. Tirou muitas de suas dúvidas durante a orientação, perguntou sobre coisas que a mãe dizia (por exemplo, se o umbigo do bebê é ligado ao umbigo da mãe durante a gravidez), sobre uma sensação de taquicardia que ela tem após as refeições e sobre o porquê de uma gestação ser considerada de risco em mulheres de mais de trinta e cinco anos.

5. 3. Analisando os depoimentos

A análise feita a seguir será realizada de acordo com a seqüência e a relação de categorias apresentada no final do item “4.6. Análise dos dados”.

I) Nível de Conhecimento

1. Planejamento familiar

1.1. Planejamento da gravidez

Apenas quatro gestantes afirmaram que a gestação havia sido planejada. Dentre as entrevistadas que afirmaram não haver planejado, seis responderam apenas “Não”. A gravidez não planejada pode ter acontecido em uma situação de discordância entre homem e mulher quanto ao desejo de ter um filho:

"(...) Meu marido queria e eu não. Aí acabô que (...) nesse desentendimento acabô acontecendo." (Acácia)

Ou a mulher esperava engravidar no futuro, mas não no momento atual:

"Ah... Eu planejava mais pra frente né, mas..." (risos). (Rosa)

É possível perceber também a aceitação da gestação, de uma maneira tranqüila para algumas:

"Desejada não, mas depois que eu fiquei sabendo, aí sim." (Dália)

"Foi uma surpresa assim! Não que a gente planejou. A gente não tava pretendendo, mas já que veio... Então... Que venha com saúde né." (Alfazema)

"Nós num pretendia ter mais filho, mais... Já que veio a gente ficou feliz." (Margarida)

A gravidez também apareceu como motivo de surpresa e de indignação quando o casal fez uso de algum método contraceptivo, que falhou:

"Não foi. Realmente não foi, não sei... Porque eu usava preservativo né. Num sei como que aconteceu, é sério..." (Perpétua)

Perpétua foi a mulher que mais demonstrou ter ficado inconformada com a gravidez, possivelmente porque fazia uso de preservativo, mas também porque era mais velha, estava se sentindo muito cansada e sobrecarregada por conta do trabalho. As demais gestantes, tendo ou não planejado a gestação, se mostraram conformadas com a situação, umas mais felizes, outras menos.

1.2. Métodos contraceptivos

A maioria das entrevistadas (onze) afirmou que não planejava engravidar e, ainda assim, onze delas não estava fazendo uso de nenhum método contraceptivo no momento em que engravidou. Às vezes, a mulher não fazia uso de nenhum método porque tinha um problema de saúde que não a permitia engravidar ou porque o marido era vasectomizado:

"(...) eu descobri que eu tinha um hormônio chamado prolactina (...), o médico garantiu que eu num engravidava. Aí eu num evitei." (Camélia)

"(...) Meu marido fez uma vasectomia e a cirurgia dele reverteu." (Margarida)

Os anticoncepcionais orais (pílulas) e injetáveis foram citados por seis gestantes. Em alguns casos, a mulher interrompeu o uso do anticoncepcional por algum motivo, como, por exemplo, a vontade de engravidar. Outros motivos que apareceram foram a estética:

"Eu tomei acho que pílula uma vez só. Aí eu comecei a engordá, aí eu parei." (Acácia)

E também a saúde:

"É, eu usava a Mesigyna (anticoncepcional injetável mensal) fazia um mês, aí eu passei mal, tinha que mudá, o médico falô que não podia né, aí eu mesma parei e usei preservativo e engravidei." (Orquídea)

Ou a gravidez ocorreu em um período em que a mulher parou de tomar determinada pílula, pois iria começar a tomar outra:

"Eu ia trocar né. (...) Aí tinha que dá um intervalo e aí nesse intervalo eu engravidei." (Hortênsia)

Em outros casos, a mulher estava fazendo uso de algum anticoncepcional, mas, ou o fez de forma errada, ou atrasou alguns dias:

"Usava a pílula. (...) tomava um dia sim, um dia não." (Dália)

"Então, eu usava a deprovera que era (...) uma injeção que eu tomava a cada três meses. Só que por quinze dias que eu atrasei, (...) eu fiquei sem tomar e engravidei." (Alfazema)

O preservativo masculino foi citado por duas mulheres apenas (Perpétua e Orquídea).

A partir desses dados, é possível notar que não houve um planejamento familiar efetivo, pois essas mulheres não queriam engravidar e, mesmo assim, não souberam se prevenir dessa gravidez indesejada, o que mostra um conhecimento insuficiente dos métodos contraceptivos, visto que mesmo as que faziam uso, o fizeram de forma falha.

O planejamento familiar é "um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos" (BRASIL, 2009, p.6), regulamentado na Lei nº 9.263 e que deve ser garantido pelo governo. No entanto, nossos resultados mostram que tal direito não está sendo assegurado devidamente, o que corrobora com os dados obtidos por Osis e colaboradores (2006), que afirmam que a atenção ao planejamento familiar no Brasil não é tratada como parte da atenção básica à saúde, ainda está distante de um patamar satisfatório e que "continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos

serviços públicos de saúde, e pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área”.

Outra questão importante a ser discutida é o fato de apenas duas mulheres terem relatado o uso de preservativo (camisinha), único método anticoncepcional que evita doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS. Este fato mostra que as mulheres parecem ainda não terem consciência dos riscos a que estão expostas em relações sexuais desprotegidas e, de acordo com Trindade e Schiavo (2001), há diversos fatores que são empecilhos para a prevenção feminina como, por exemplo, a diminuição do prazer sexual, o conhecimento dos parceiros sexuais, a crença na fidelidade, o envolvimento emocional e o estado conjugal, sendo que negociar o uso da camisinha com parceiros ainda é difícil, principalmente nas relações estáveis, o que coloca estas mulheres em situação de vulnerabilidade em relação à AIDS e outras DSTs.

2. Com relação à informação

2.1. Veículos de informação

Quando a mulher está grávida, é muito comum que ela tenha muitas dúvidas, questionamentos e medos. Para saná-los, as gestantes procuram se informar através de diferentes meios a fim de melhor compreenderem processos da gestação (o que está acontecendo em seus corpos e com seus bebês) e também do parto.

As fontes de informação menos citadas foram escola (4%), televisão (4%), internet (8%), revistas e livros (8%) e curso de gestantes (8%)¹:

"A maioria das coisas assim que eu sei sobre isso, eu aprendi na escola (...)" (Margarida)

"Tem um livro em casa... Livro, sabe, eu leio. Eu sempre procuro tá me informando. Tipo comentário que eu vejo na televisão, se eu vejo assim eu procuro tá assistindo." (Azaléia)

"Mas tem revista, internet, a gente sempre tá fuçando, lê né..." (Hortênsia)

Uma das duas fontes mais citadas foram os postos de saúde (30%), locais onde é realizada a assistência pré-natal, o que ressalta a importância de tal serviço, sendo que as dúvidas das gestantes podem ser sanadas tanto pelas enfermeiras como pelos médicos:

1 - As porcentagens foram calculadas em relação ao número total (25) de fontes de informação que foram citadas e não em relação ao número total de gestantes.

"Busco as informações sempre aqui no posto. (...) Algumas coisas eu pergunto pras enfermeiras, algumas com a médica mesmo." (Papoula)

As enfermeiras aparecem como figuras mais atenciosas, abertas a conversas e dispostas a transmitir informações sobre aspectos da gravidez e também da amamentação:

"Com as enfermeira aqui no posto, elas fala bastante..." (Perpétua)

"Quando vem aqui no posto ela (enfermeira) entrega uns papéis falando sobre amamentação, aí eu venho aqui também tem palestra sobre o desenvolvimento da criança." (Violeta)

Algumas vezes, há preferência em tirar as dúvidas com o próprio médico, principalmente para confirmar e investigar a respeito da veracidade de informações colhidas em fontes que não parecem muito confiáveis à gestante:

"Assim, quando eu tenho alguma dúvida eu deixo pra tirar com o médico. Aí chega aqui e fala: "Aí eu vi isso", pra saber se é verdade. Tem muita coisa que é mito." (Hortênsia)

"Bom, (...) as dúvidas que tenho eu pergunto, prefiro perguntá pro médico (...)" (Acácia)

As fontes de informação mais citadas foram as pessoas mais experientes e/ou mais velhas (32%), como colegas, conhecidos ou familiares, ou que já tenham passado pela experiência da maternidade ou paternidade, contribuindo com seus próprios aprendizados e vivências, ou que tenham mais conhecimento em relação aos procedimentos médicos e hospitalares envolvidos no parto como, por exemplo, uma enfermeira:

"Ah eu converso mais com pessoas que já tiveram, com pessoas antigas que tem mais experiência." (Tulipa)

"Na verdade, eu pergunto pra umas pessoas que são mais velhas que eu, (...) pra minha mãe, pras minhas irmãs (...), pra minha cunhada também, que ela é enfermeira né (...)" (Alfazema)

"Eu tenho uma colega, (...) ela trabalha na Santa Casa, ela trabalha no centro cirúrgico, com parto, essas coisas... E ela me informa bastante as coisas." (Camélia)

A escola foi citada por apenas uma gestante, possivelmente porque os assuntos abordados em sala de aula são basicamente os sistemas reprodutores masculino e feminino e os métodos anticoncepcionais e contraceptivos, não sendo focados aspectos detalhados da gravidez, desenvolvimento do feto e parto, até porque poderia ser um conteúdo demasiadamente específico para adolescentes (BRASIL, 2006). A televisão também foi pouco citada.

As revistas e livros podem ter sido pouco citados devido à falta de hábito da leitura dentre a população amostrada ou também porque o acesso a tais meios de comunicação seja

de alguma forma, limitado, tanto pela dificuldade de deslocamento às bibliotecas municipais, quanto pelo alto custo envolvido na aquisição de tais itens.

Quanto à internet, vale ressaltar que, apesar de, atualmente, ela ser uma riquíssima fonte de informações, que está se tornando cada vez mais acessível e popular, ainda são muitas as pessoas que não a usufruem. Na cidade de Rio Claro, desde o dia 30 de junho de 2011, passou a ser disponibilizado à população sinal gratuito de internet, sendo que o serviço engloba e beneficia cerca de 60% da área territorial do município e possui velocidade de conexão de 128 kps. Segundo o prefeito de Rio Claro, Du Altimari, a iniciativa visa garantir o acesso da população de baixa renda a tal recurso, diminuindo a desigualdade social. Segundo ele, as classes média e alta têm condições de comprar computador e pagar internet, mas isso não acontece com a classe trabalhadora, que muitas vezes consegue comprar o computador, mas não têm condições de pagar mensalidade para ter o serviço (SILVA, 2011). No entanto, a compra do computador pode ser outro fator limitante. Algumas das entrevistadas, por exemplo, não possuíam computador em suas casas, o que inviabiliza o acesso à internet.

Em relação aos cursos de gestantes, os dois que foram mencionados eram ministrados em igrejas ou em centros comunitários. Este assunto será abordado mais detalhadamente no item a seguir: “2.2. Participação em grupo de gestantes”.

As fontes mais citadas foram as unidades de saúde e as pessoas conhecidas e que fazem parte do convívio dos sujeitos, sendo que ambas são fontes de informação de livre acesso às gestantes, ou seja, não envolvem custos. O Sistema Único de Saúde oferece gratuitamente a assistência pré-natal na rede pública de saúde, sendo que as consultas podem ser realizadas em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e também em alguns hospitais, desde que apresentem infra-estrutura e corpo de funcionários adequados para um bom atendimento (BRASIL, 1998). As falas das entrevistadas confirmam a importância desse serviço de saúde, visto que, além de garantir o monitoramento da saúde materno-fetal, também transmite informações às gestantes.

O fato de as pessoas terem sido as fontes mais citadas dentre todas as outras mostra que o conhecimento popular é muito valorizado, visto que é resultante, na grande maioria das vezes, de experiências e fruto de aprendizados construídos a partir de vivências. Jorge Larrosa (BONDÍA, 2002) levanta diversas questões e expõem pertinentes considerações sobre a experiência e o saber da experiência, a começar pelo significado e origem da palavra.

Experiência vem do latim *experiri*, que significa provar (experimentar). O saber proveniente da experiência é algo particular, individual, relativo, subjetivo, uma vez que

envolve a elaboração do sentido ou do sem-sentido a determinado acontecimento na vida de certa pessoa. Bondía (2002) salienta o caráter pessoal e único da experiência, que nasce a partir de vivências:

Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. No saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece. (p.27)

Ainda que duas pessoas vivenciem um acontecimento comum, ambas não fazem a mesma experiência, que é singular e irrepetível. Sendo assim, a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade. São as experiências que vão contribuindo para a construção dos indivíduos e, portanto, suas histórias de vida devem sempre ser consideradas e valorizadas, assim como os conhecimentos adquiridos e construídos a partir de experiências devem ser muito respeitados. O fato de as pessoas terem sido as fontes de informação mais consultadas e citadas pelas entrevistadas confirma este respeito e valorização.

2.2. Participação em grupo de gestantes

A maioria das entrevistadas (dez) nunca havia freqüentado um grupo de gestantes, sendo que muitas delas demonstraram interesse em participar de algum:

"Não, mas gostaria de freqüentar" (Papoula)

"Seria legal debater, conversar com outras pessoas, saber o que pensam..." (Magnólia)

A dificuldade em relação ao tempo apareceu na fala de mulheres que não participavam de nenhum grupo, seja por conta do trabalho, seja devido ao deslocamento até o local do curso (USF), que além de envolver a questão do tempo gasto no trajeto, engloba também as dores e desconfortos decorrentes do esforço físico despendido na caminhada.

"Como eu trabalho na Ludival é muita correria sabe? Mas, se tivé uma oportunidade um dia né, que eu passá no médico... Nossa! Eu gostaria sim." (Orquídea)

"(...) Ah, eu num sei se eu teria tempo né, por causa que da minha casa até aqui (USF) eu venho deapé, então... Já sinto bastante dor na barriga, e pode aumentar..." (Rosa)

Três gestantes já haviam freqüentado algum grupo, sendo que uma delas participou em sua primeira gravidez:

"Eu freqüentei. Aqui na avenida 20. Tem até um cartazinho ali fora. (...) No daqui também eu vim dois dias, no do posto." (Dália)

"Freqüentei, aqui no posto, uma vez. (...) Gostei" (Violeta)

"Eu freqüentei, na 1ª gestação, lá na igreja Bom Jesus (Bairro do Estádio). Agora eu vou começar a freqüentar aqui né (no posto)." (Hortênsia)

O grupo de gestantes que Dália freqüentou é oferecido pela Casa da Gestante "Pascoalina Bruneli Pasternak", um departamento assistencial da Casa dos Espíritas de Rio Claro, localizada na Avenida 20, nº 695, Bairro Santa Cruz, funcionando em sede própria desde setembro de 1989. Hoje, segundo a diretora da Casa da Gestante, Janete Ferro, o objetivo principal é realizar ações educativas direcionadas às gestantes carentes do município, por meio de cursos sobre a gestação e o bebê, sobre os direitos da gestante e sobre todos os cuidados e precauções pertinentes a esta fase da vida da mulher, a fim de que ela aprenda a cuidar do seu bebê e, também, de si (ATIBAIA, 2010).

Cada curso tem duração de três meses e meio e, ao final, as mães recebem enxoval completo para o bebê e uma bolsa com produtos de higiene pessoal. Os encontros são realizados às quartas-feiras, das 14h às 15h30, sendo ministrados por diversos profissionais como psicólogos, dentistas, médicos e advogados. A Casa da Gestante, não recebe ajuda financeira de nenhum órgão, sobrevivendo de doações, promoções e de um trabalho voluntário intenso, principalmente na confecção das peças do enxoval (ATIBAIA, 2010).

O grupo mencionado por Hortênsia é oferecido na Igreja Bom Jesus, localizada na Avenida da Saudade, sem número, no Bairro do Estádio.

Apenas duas gestantes estavam freqüentando algum grupo, sendo que um deles era o da Igreja Bom Jesus e o outro é ministrado no Centro Comunitário Beija Flor, localizado na Rua M-7, nº 411, no Bairro Cervezão. Neste centro comunitário, são desenvolvidas diversas atividades com o intuito de atender toda a comunidade, entre elas o "Clube de Mães" e o "Mães Gestantes" (GODOY, 2011). Ambos ocorrem semanalmente. Camélia deu sua opinião a respeito do grupo de gestantes que freqüentava:

"Eu tô freqüentando, lá no Centro Comunitário do Cervezão. Toda quarta. São duas orientadoras, mulheres. Eu gosto. A gente troca as experiências, ela explica também o que que vai acontecer... É bom... É legal." (Camélia)

Nessa fala pode-se perceber que ela estava satisfeita, que estava gostando de participar do grupo. Esta gestante foi uma das que mais se interessou pela orientação oferecida após a entrevista, sendo que demonstrou um conhecimento satisfatório sobre diversos aspectos da gestação e parto, permitindo um maior detalhamento e aprofundamento das explicações.

Os grupos ministrados nos postos de saúde foram mencionados por seis gestantes, sendo que quatro delas realizavam o pré-natal na USF Palmeiras (três já haviam participado e uma afirmou que iria começar a freqüentar), uma na USF Jardim das Flores (iria começar a

participar) e uma na USF Benjamin de Castro, que apesar de saber da existência do grupo de gestantes na unidade, não o freqüentava, pois vinha pouca gente:

“Aqui no posto tem, mas aqui quase ninguém vem... É legal quando tem bastante gente né!”
(Margarida)

Nenhuma atividade educativa foi mencionada pelas gestantes da USF Panorama.

Diante desses dados, inferimos que nenhuma das USFs oferecia atividades grupais semanalmente, como os outros grupos mencionados (Casa da Gestante, Centro Comunitário Beija Flor e Igreja Bom Jesus), e sim esporádicas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) propõe a criação e a implementação de grupos de apoio, que envolvem a participação de diversos profissionais (enfermeiro/a, psicólogo/a, educador/a) em atividades educativas, que visam complementar o atendimento realizado na assistência pré-natal oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais atividades têm como objetivo ajudar a mulher a lidar com as vivências, cuidar de si durante a gravidez e a se preparar para o parto e maternidade, abordando os aspectos cognitivos, emocionais e afetivos envolvidos no estado gravídico e no parto visando diminuir seus medos e ansiedades. Visa também proporcionar conhecimento sobre seu próprio corpo, possibilitando uma atuação mais positiva e ativa no seu gestar e parir, com mais tranquilidade e segurança.

As ações educativas podem ser ministradas em grupo ou individualmente, sendo interessante que o profissional de saúde utilize uma linguagem clara e compreensível, atuando como um facilitador e evitando monopolizar a fala (estilo palestra). Assim, permite-se que questões pertinentes e relevantes aos participantes emergjam durante as atividades, que representam espaços de compartilhamento de experiências, tanto entre os componentes do grupo, como entre eles e os profissionais de saúde. As gestantes representam o foco principal do processo de aprendizagem em tais atividades, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares (BRASIL, 2006).

Apesar do que é defendido pelo Ministério da Saúde, ainda há muito que ser feito para que se atinja o que é proposto. Cardoso, Santos e Mendes (2007) realizaram uma revisão bibliográfica sobre as ações educativas implementadas no pré-natal no cenário atual brasileiro. Os artigos analisados refletem o distanciamento que existe entre os discursos oficiais e as ações realizadas na prática assistencial, sendo que algumas das críticas são falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde; práticas educativas inadequadas, que enfatizam o fornecimento de informações, sem levar em conta as raízes psicossociais das gestantes; atividades com abordagem superficial, sem uma

participação ativa das gestantes frente às orientações. Três estudos avaliaram as ações educativas no pré-natal e diagnosticaram que tais ações são superficiais e eventuais, caracterizando uma prática rotineira e condicionadora, sendo que os profissionais apresentaram desempenho insatisfatório quanto ao oferecimento de orientações de saúde.

Nossos dados corroboram com os obtidos por Moura e Rodrigues (2003) que, ao investigarem as atividades de comunicação/informação em saúde implementadas no pré-natal por enfermeiros do Programa de Saúde da Família, no Ceará, constataram escassez de atividades grupais e deficiência no planejamento de tais atividades.

No presente trabalho, os cursos de gestantes realizados nas unidades básicas de saúde foram pouco mencionados e quando citados, as gestantes afirmaram ter participado de, no máximo, dois encontros. A fala de Margarida nos leva a refletir sobre a divulgação e organização das atividades grupais realizadas na USF Benjamin de Castro, quando diz que no grupo do posto “quase ninguém vem”. A atratividade de participantes é, sem dúvida, uma dificuldade na realização de atividades grupais. A fim de minimizar esta questão, a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) “Oreste Armando Giovanni”, localizada na Avenida 29, nº 1311, no Bairro do Estádio, tem realizado reuniões mensais com gestantes da rede municipal de saúde e ao final de cada encontro são sorteados brindes, doados por comerciantes locais ou confeccionados pelos próprios funcionários da UBS. A iniciativa tem dado certo, visto que em um dos encontros, realizados em março de 2011, estavam presentes 40 gestantes (BERGAMASCHI, 2011).

Ressaltamos, então, a necessidade de que mais atividades educativas sejam realizadas nas unidades de saúde e que as equipes de tais unidades se empenhem mais em organizá-las e realizá-las, visto que elas complementam as consultas de pré-natal e podem proporcionar às gestantes, aos maridos e familiares a possibilidade de vivenciar a gestação e parto de uma maneira mais consciente e harmônica.

2.3. Pessoa com quem divide dúvidas

As gestantes afirmaram dividir suas dúvidas com amigas (6%), sogra (6%), consigo mesmas (12%), irmã (18%), mãe (23%) e marido (35%). Os maridos foram os mais citados, possivelmente porque estão vivenciando e dividindo a mesma experiência, estando diretamente envolvidos com a gravidez. A proximidade do marido também é um motivo:

"Ah, com o meu marido né. Acho que é a pessoa que tá mais próxima agora." (Acácia)

As figuras femininas citadas são, em sua grande maioria, integrantes da família e/ou mulheres que já passaram pela experiência da maternidade:

"Com as amigas que já teve filho, com a minha mãe..." (Margarida)

"Mais com a minha irmã. Ela é mãe, ela é mãe de três filhos. (...) Ela me dá muita força. Um dia eu estava chorando muito, ela... É... Ela que me ajuda, ela ajuda na comida, fazendo sabe... Então ela me dá muita força mesmo." (Orquídea)

O depoimento de Orquídea mostra que a irmã a ajuda tanto no aspecto psicológico, dando conselhos no momento de um choro, quanto no aspecto operacional do cotidiano, com as divisões de tarefas domésticas, como fazer comida, por exemplo.

A inexistência de alguém com quem seja possível dividir as dúvidas também foi mencionada:

"Com ninguém." (Papoula)

"Comigo mesma." (Perpétua)

Nesses dois casos, as gestantes demonstraram não ter ninguém para compartilhar suas dúvidas, tendo que dividi-las consigo mesmas. No caso de Papoula, ela afirmou que não recebia apoio de ninguém. Pelo contrário, afirmou que foi humilhada na gestação pelos pais e não possuía apoio do companheiro, não tendo com quem compartilhar as descobertas, temores e dúvidas, tão comuns na gestação.

No caso de Perpétua - mulher casada que veio do Nordeste já depois de adulta, após ter tido sua primeira filha na Bahia - pode ser que não exista uma relação de diálogo aberto com o marido ou que não tenham sido formados, aqui no sudeste, vínculos de amizade tão estreitos como os de longa data (nordestinos) e como os familiares e, devido a isso, ela sinta que não tem com quem dividir suas dúvidas, visto que sua família e amigos próximos continuaram morando em sua terra natal.

Quanto ao envolvimento paterno na gestação, Maldonado, Nahoum e Dickstein (2000) destacam que os pais podem apresentar diferentes graus de envolvimento com a gravidez, mas é inegável que este evento tem repercussões importantes na vida destes homens. Os autores propõem o termo "casal grávido" para ressaltar essa participação do pai na gravidez e o compartilhamento, entre homem e mulher, de um momento de extrema relevância e importância na vida: a geração de um filho.

Esses diferentes graus de envolvimento do pai na gestação também foram salientados por Piccinini e colaboradores (2004), sendo que a pesquisa mostrou que alguns pais estavam

emocionalmente conectados à gestante e ao bebê, enquanto outros ainda encontravam dificuldades quanto ao envolvimento com seu filho, parecendo não percebê-lo como real e apresentando uma baixa ligação emocional com a gestação.

2.4. Principal dúvida

Quando questionadas sobre suas principais dúvidas, apenas quatro gestantes expuseram-nas. As demais, ou afirmaram não ter mais nenhuma dúvida, ou não conseguiram se lembrar de nenhuma. Dentre os assuntos levantados por elas, constavam a questão do ganho de peso da mãe, a formação e o desenvolvimento do bebê:

“Assim, é a questão do ganho de peso. Tem médico que fala que não tem problema, tem médico que já fala que dois quilos já é demais... E da formação da criança, como é que funciona, se... Igual, na minha 1ª gravidez... Eu faço relaxamento, então eu queria saber com que mês eu podia já voltar a fazer. Se essas coisas intervêm ou não na gravidez, se prejudica ou não a criança... Essas coisas assim são as minhas dúvidas.” (Hortênsia)

Nessa fala nota-se a preocupação da mãe em relação ao seu ganho de peso, visto que em sua primeira gestação ela engordou muito, sentiu muito desconforto e dores devido ao crescimento excessivo de sua barriga. Além disso, ela disse que alguns médicos são categóricos ao afirmarem que o ganho de dois quilos a mais do que o previsto pode colocar em risco a saúde do bebê. Os cálculos de ganho de peso gestacional são feitos com base no estado nutricional pré-gestacional, medido pelo Índice de Massa Corporal (IMC) (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2005).

Realmente, o ganho de peso excessivo na gestação pode trazer algumas conseqüências negativas tanto para a saúde da mãe como para a do feto, como por exemplo, retenção de peso pós-parto, obesidade ao longo da vida, estrias, edemas, pré-eclâmpsia, desordens hipertensivas, diabete gestacional, distocias, macrossomia, parto cirúrgico e hemorragias (COSTA *et al.*, 2006).

A macrossomia ocorre quando o recém-nascido apresenta valores de peso ao nascer \geq 4.000g e tem sido associada a um aumento de risco de cesáreas, trauma no parto e morbidade infantil, principalmente quando associada ao diabetes gestacional (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2005).

Apesar de ser muito importante que a gestante saiba de todas essas informações e conheça os possíveis riscos do ganho excessivo de peso, não é aconselhável que o médico a amedronte em demasia, visto que ela ficará ansiosa, nervosa e angustiada, o que não será

positivo nem para ela e nem para seu bebê, que é capaz de sentir o estado emocional da mãe (VERNY, 1989).

Hortência também demonstrou preocupação com relação aos riscos envolvidos ao uso de produtos químicos capilares utilizados no relaxamento dos fios. Segundo Abraham e colaboradores (2011), durante a gravidez e amamentação, não é recomendado o uso de nenhum tipo de química capilar para tingimento, permanente ou alisamento, pois não há garantia alguma quanto à segurança no uso destas técnicas e substâncias em relação ao conceito.

O final da gestação e o parto também foram motivos de dúvidas e preocupações, seja por curiosidade sobre qual tipo de parto seria realizado, seja pelo medo da solidão no momento do parto, que são apreensões comuns a muitas gestantes:

"Acho que a dúvida maior agora é perguntá do parto." (Acácia)

"Eu só fico meio preocupada é na hora de eu ganhá o nenê tal, de tá lá, sozinha... Mais né, eu tenho força sim, porque é meu filho, tem que tá comigo né." (Alfazema)

O tipo de parto é mesmo uma incógnita a todas as gestantes, por ser um momento imprevisto, único e que envolve diferentes fatores. É comum também aparecer o medo da solidão no momento do parto. No entanto, a Lei de nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (Anexo A), garante às gestantes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, o que evitaria a sensação de solidão.

Por fim, uma dúvida apresentada por uma gestante foi sobre a veracidade da gravidez. Ela afirmou que não tinha certeza se estava mesmo grávida, pois falou que não sentia o bebê:

"Eu tenho um pouco de dúvida. Eu num sei se realmente... Será que eu to grávida mesmo? Ai dessas aí (outras filhas) eu num tinha dúvida. Mas desse neném eu tenho... Eu num sei se é porque eu num sinto ele mexê, num sinto ele... Tipo assim, você dá aquele toquinho e você num sente..." (Perpétua)

Apesar de Perpétua estar no quarto mês de gestação, de acordo com sua ficha de pré-natal, ela ainda demonstra ter dúvida sobre estar ou não grávida, mesmo após uma confirmação clínica como o teste de gravidez. Tal sensação de dúvida é, segundo Maldonado (1988), uma das manifestações mais comuns da ambivalência vivenciada na gravidez, principalmente no primeiro trimestre, envolvendo uma mistura de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, às vezes, franca rejeição. Essa foi, para Perpétua, uma gravidez completamente inesperada, pois fazia uso de preservativo e já tinha 36 anos de idade. Ela

demonstrou estar se sentindo bastante cansada e desanimada, pois trabalhava como auxiliar de produção, cuidava da casa e tinha outras duas filhas.

2.5. Necessidade de mais informação

A maioria das gestantes (dez) afirmou não sentir falta de nenhum tipo de informação, pois se consideravam bem informadas, seja através da leitura de livros, seja por orientações recebidas da mãe:

"Não. Eu leio bastante..." (Azaléia)

"Não, porque minha mãe me orienta bastante, porque ela já teve quatro filhos (...)" (Rosa)

Novamente, as enfermeiras foram referidas como figuras atenciosas e competentes, que falam bastante e que informam as gestantes, pacientemente:

"Não... Até agora não. As meninas que atende aqui atende bem." (Hortênsia)

"Acho que muito não, que elas me fala bastante, me informa bastante, fala o que é de comê, o que é bom pra criança... (...) Então eu sinto que eu tô um pouco bem informada." (Orquídea)

Dentre as que afirmaram sentir necessidade de receber mais informações, ficou claro o sentimento de não saber onde buscá-las, visto que, algumas vezes, os pais da gestante não as detêm e os médicos, que poderiam informar as gestantes sobre diferentes aspectos da gestação e do parto, assumem uma postura fria e distante, não tendo paciência em oferecer explicações frente aos questionamentos destas mulheres, que optam, muitas vezes, por se calar e se resignar:

"Ah com certeza. Tem horas que agente precisa até de uma informação e não sabe, na verdade, a quem procurar né." (Magnólia)

"Sim. Porque eu to lá com os meus pais e eles não sabem né. " (Papoula)

"Às vezes sim. Às vezes eu pergunto pra minha médica e ela me responde. Eu acho ela bastante seca nessa parte." (Camélia)

"É, eu sinto. Porque eu assim, eu gostaria de... De saber como que é formado o neném... O tempo, dois mês, três mês. Sabe... É muito bom a gente saber né. Mas num tem onde buscar... Num tem, fica assim mesmo. Eu fico imaginando sabe?" (Perpétua)

Vale lembrar que Perpétua já era mãe de duas outras meninas, já havia feito o pré-natal nas duas gestações anteriores e ainda assim demonstrava falta de conhecimento sobre diversos aspectos da gestação, como o desenvolvimento do bebê, um dos temas que foram abordados em nossa orientação (Anexo G).

Acreditamos que toda mulher tem o direito de conhecer seu próprio corpo e saber sobre o que está ocorrendo nele, já que a compreensão sobre os processos de gestação e parto, aliada a uma escuta ativa por parte dos profissionais de saúde que dão assistência às gestantes, contribuem muito para a autonomia das mesmas, estimulando-as a participar da promoção de sua saúde e de seu filho (BRASIL, 2000; MOURA, 2003).

3. Com relação ao desenvolvimento fetal

3.1. Noção quanto à localização do feto

Quando foram questionadas sobre a localização do bebê em seus corpos, duas gestantes não souberam responder, ainda que tivessem concluído o ensino médio. Uma delas, Acácia, afirmou nunca ter pensado nisso, apesar de freqüentar o grupo de gestantes da Igreja Bom Jesus e ter participado uma vez no posto:

"E agora... Eu nunca pensei nisso pra falá a verdade." (Acácia)

A maioria das entrevistadas demonstrou ter alguma noção à respeito, sendo que sete delas mencionaram o útero, órgão do sistema reprodutor feminino que se localiza na cavidade pélvica, entre a bexiga e o reto, e é o local de implantação do óvulo fertilizado e do desenvolvimento do feto durante a gravidez até o momento do trabalho de parto. (TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Apenas uma delas chegou a citar a bolsa, de líquido amniótico:

"Dentro do útero não é? Dentro da bolsa." (Camélia)

Vale lembrar que Camélia participava de um grupo de gestantes em um centro comunitário e foi a única que chegou a fazer menção a tal estrutura. A bolsa do líquido amniótico é, na verdade, a denominação popular para o conjunto formado pelo âmnio e pelo líquido amniótico. O âmnio é uma fina membrana protetora que delimita a cavidade amniótica, no interior da qual se encontra o embrião e que é preenchida pelo líquido amniótico, que tem a função de proteger o feto absorvendo os choques, ajudando a regular sua temperatura e ajudando a evitar o ressecamento e as adesões da pele fetal com os tecidos adjacentes (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Outras seis gestantes descreveram a localização do bebê mencionando barriga, cavidade abdominal, lados direito e esquerdo, porção da barriga abaixo do umbigo. Todas elas

estão corretas, mas essas mulheres não souberam nomear o órgão onde o feto estava localizado:

"Na barriga." (Papoula)

"Na cavidade abdominal, do lado direito ela fica... Ela tá sentada." (Dália)

"Ah ele fica um pouco mais pra baixo do umbigo, por aqui assim (mostrando a barriga)."
(Violeta)

Ainda que essas três últimas respostas não estejam erradas, elas estão não fazem referência ao útero. É de se estranhar o fato, já que o sistema reprodutor feminino está presente no conteúdo programático previsto para o Ensino Médio (BRASIL, 2006). Talvez isso tenha ocorrido devido a uma falha na transmissão dessa informação no contexto escolar ou talvez porque o conteúdo não foi plenamente assimilado pelas alunas. Talvez a razão disso seja a educação massificada que a escola tem, com um número excessivo de alunos na sala de aula, o que pode prejudicar o aprendizado. Outro aspecto pode estar relacionado ao fato de a informação transmitida não se transformar em conhecimento, pois, de acordo com Becker (2001), muitas vezes, o aluno não aprende por que o conhecimento não faz sentido para ele naquele momento.

3.2. Noção quanto à alimentação

Quando questionadas sobre como o bebê se alimentava na barriga da mãe, quatro gestantes não souberam responder como o alimento chegava até ele:

"Ah, eu num faço a mínima idéia." (Perpétua)

Tulipa demonstrou ter dúvida a respeito, mas mesmo assim demonstrou ter alguma noção sobre a forma que o alimento chega ao bebê:

"Ah num sei... Acho que de líquido num é? Só vai o líquido pra ele num é?" (Tulipa)

A noção de que é a mãe que provê o alimento ao bebê também foi apresentada por outras entrevistadas:

"Das coisas que eu como e vai pra ele." (Alfazema)

"Ah eu acho que através da minha alimentação." (Magnólia)

"Através de mim. Do alimento que eu como, vai passando tudo pra ele, através do umbigo né? Do cordão umbilical?" (Azaléia)

Azaléia mencionou em sua fala, além da questão do alimento que a mãe ingere e que é transferido ao feto, também os meios através dos quais acontece essa transferência: o umbigo e o cordão umbilical. Houve certa confusão entre estes termos nas falas abaixo, tanto na grafia, quanto no sentido das palavras:

"E agora... Acho que é pelo imbiguinho eu acho que é, num é? Pelo imbigo?" (Orquídea)

"Eu acho que é pelo umbigo umbilical né, eu acho." (Acácia)

Orquídea citou "imbigo", mas apesar de ser um nome comum popularmente, é uma palavra que não consta no dicionário. O substantivo masculino umbigo é definido, no "Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa", como uma "cicatriz no meio do ventre, originada pelo corte do cordão umbilical" (FERREIRA, 2004, p.2017). De acordo com o mesmo autor, cordão umbilical é um "órgão semelhante a um cordão, que liga o feto à placenta e lhe assegura a nutrição por meio de vasos sanguíneos durante a gestação" (p.551).

Tanto o umbigo, como o cordão umbilical, estão relacionados sim à nutrição e alimentação do feto no ventre materno e a maioria das entrevistadas demonstrou ter noção sobre este fato. Realmente, os nutrientes que alimentam o bebê durante toda a gestação são fornecidos pelo organismo materno, sejam eles provenientes do endométrio no momento da implantação e nas primeiras semanais da gestação, sejam advindos da placenta no restante da gravidez².

A placenta é um órgão formado durante a gestação com a finalidade específica de garantir o desenvolvimento do embrião e é o único local onde ocorre a troca de substâncias (por processo de difusão ou por transporte ativo) entre a mãe e o feto, através do intercâmbio de gases, nutrientes e resíduos metabólicos. A placenta é provida de inúmeros vasos sanguíneos, que convergem para três grandes vasos umbilicais: duas artérias e uma veia. Tais vasos formarão o cordão umbilical, que é a verdadeira via de transporte entre a placenta e o embrião, e mais tarde o feto (CULCLASURE, 1973a, TORTORA; GRABOWSKI, 2006; CARREIRO; CORREA, 2010). Os processos de formação da placenta e de transporte de nutrientes entre mãe e feto são explicados detalhadamente no tópico "Desenvolvimento embrionário e fetal" (p.13), encontrado no item.

Tulipa afirmou, sem muita segurança, que o bebê é alimentado por um líquido. Ela pode ter imaginado que tal líquido chega até ele através do cordão e não soube explicar, ou

2 - Ver mais detalhes no tópico "3. 1. 1. 2. Fecundação e implantação".

pode ainda ter imaginado que o bebê se alimenta do líquido amniótico, pelo qual é circundado e onde fica imerso durante a gravidez. Realmente o feto chega a engolir o líquido amniótico (de constituição muito similar ao fluido dos tecidos fetais), que é absorvido pelos tratos respiratório e digestivo. Apesar disso, este líquido não apresenta caráter nutricional, que é garantido pela transferência de nutrientes provenientes do sangue da mãe, sendo que o transporte dos mesmos se dá através da placenta. Vale ressaltar que não há troca sanguínea entre mãe e feto, sendo que o transporte ocorre, principalmente, por difusão e também por transporte ativo (MOORE; PERSAUD, 2008).

3.3. Quanto à comunicação intra-uterina

Todas as gestantes afirmaram crer na possibilidade de comunicação intra-uterina. As formas de comunicação citadas foram: fazer carinho (12%), sentir tudo o que a mãe sente (16%), passar a mão na barriga (28%) e conversar com o feto (44%). Apenas uma mãe demonstrou não acreditar muito na possibilidade de se comunicar com o bebê através de palavras, mas afirmou demonstrar seu carinho de outra forma:

"Ah, eu num sei (tom de desconfiança). Tem gente que fala que é, que você conversando ele entende, você falando... Mais num sei né.(...). Num sô muito de ficá conversando. (...) Eu fico passando a mão." (Petúnia)

Por outro lado, uma entrevistada afirmou crer na possibilidade de o bebê entender inclusive a língua em que lhe falam. Outra citou também a capacidade de audição:

"Ai, você passando a mão na barriga é um gesto de tá se comunicando, você conversando também, você falando... Eu acho que a língua, eu acho que ele entende." (Acácia)

"Eu acho que o bebê até ouve dentro da barriga." (Margarida)

A forma de comunicação mencionada acima como "sentir tudo o que a mãe sente" foi incluída, pois nas falas de algumas mães ficou claro que para elas, seus bebês sentem o que elas sentem e que, por isso, algumas demonstram preocupação em tentar ficar menos nervosas, e caso fiquem, procuram demonstrar seu amor e carinho pelo filho e conversar com ele para que se acalme e não absorva tais sentimentos:

"Ah, eu tento passar menos nervoso né, num estressar muito, porque tudo que você faz o bebê passa também né." (Rosa)

"(...) Tem mãe que xinga, que num qué o filho... Então eu acho que eles sentem tudo. Quando você dá o carinho também eu acho que eles também sentem bastante, que vai sê amado pelos pais. (...) Desde que ele começa a formá ele já começa a sentir muitas coisa né." (Alfazema)

"Sim. Porque quando eu tô triste eu sinto que ele não mexe...muito assim, sabe? Ou quando eu tô nervosa ele fica agitado também, aí eu paro e converso com ele." (Papoula)

"Ah, eu converso com ele... Quando eu estou nervosa (...), eu falo com ele, pra ele ficar calminho, pra ele não pegar as coisas ruins que eu estou sentindo... Pra não chorar... (muitos risos)" (Camélia)

Além de possuírem a noção de que o feto é capaz de sentir, todas as mães se mostraram muito perceptivas aos sinais que seus bebês lhe enviavam, parecendo traduzir suas preferências e gostos (por exemplo, água do banho), confirmando intuições em relação ao sexo dos bebês, principalmente através dos movimentos que apresentavam à medida que conversavam com eles ou realizavam certos gestos e atividades:

"Gestos de carinho, fico fazendo carícia na barriga, conversando e eu sei que ele responde porque ele fica pulando" (Papoula)

"Eu acho que sim. Ah, tipo quando você passa a mão ele tá sentindo (...), quando eu vô tomá banho ele se mexe muito na hora que água bate na barriga (...) quando você começa a conversá, ele começa a se mexê. Eu acho que ele sente o que você tá falando." (Acácia)

"Eu falo sim, falo. Com a 1ª, eu falava com ela (risos). As minhas irmãs falavam que era menino e eu falava: "É menina!". Aí eu conversava com ela, ela mexia, sabe? Ela chutava assim, aí eu falei: "Ela entende!". (...) Agora eu sinto que é um menino." (Orquídea)

A comunicação dos pais com os bebês também foi citada duas vezes:

"Ah eu converso. Meu marido conversa também..." (Tulipa)

"Ah eu converso bastante com ele, o pai dele também... Sempre quando o pai dele chega do trabalho, no portão ele fala: "Filho papai chegou!" aí, juro, ele não para de mexer." (Camélia)

Este é um dado muito positivo, pois mostra que as mães estão conscientes de que o feto é capaz de sentir e que elas se comunicam com ele de diferentes formas. Segundo Verny (1989) o estado emocional da mãe é percebido pelo feto, que é capaz de apresentar sentimentos e percepções. Por volta da quinta semana após a concepção, o feto já apresenta os componentes básicos de seus sistemas nervoso e sensorial, o que lhe possibilita os sentidos da audição, visão, tato, paladar e olfato (CHOPRA, 2005).

4. Com relação ao trabalho de parto e ao parto

4.1. Noção sobre o trabalho de parto

As três únicas gestantes que afirmaram não saber o que era o trabalho de parto estavam grávidas pela primeira vez. Outras duas, apesar de já terem parido duas vezes (a

gestação atual era a terceira), não souberam explicar muito bem em que consistia o trabalho de parto e o que acontecia em seus corpos nesse momento:

"Ah, num sei... Sei que é uma hora terrível! É uma hora que só Deus né... É muito... Sabe? Eu num sei explicar." (Perpétua)

"Então, num sei (risos). Sinceramente, eu num sei. Ah... Sei lá, é estranho." (Petúnia)

Nota-se que, apesar de elas não terem conseguido se expressar muito bem a respeito, fica claro que, para ambas, o trabalho de parto representa um momento estranho, complicado, terrível, provavelmente por conta da dor, e que elas não compreendem com muita clareza, apesar de já terem vivenciado.

Os aspectos físicos do trabalho de parto foram ressaltados por quatro gestantes, sendo que apenas uma delas não havia parido ainda (Camélia). Dentre os aspectos mencionados estavam a dilatação, as contrações, as dores, a sensação de abertura dos quadris:

"É o começo né. O começo pra criança vim ao mundo. São as contrações, às vezes a bolsa estôra... Ai, eu acho que é muita dor né! Se for parto normal eu acho que eu vou sentir dor, contração, essas coisas eu acho." (Camélia)

"(...) Quando você vai nascer, eu acho que muita coisa assim tipo as parte das cadeira assim, ela deve abrir um pouco porque... Pro nenê passar né." (Alfazema)

"É, assim, que o corpo vai abrindo né, vai dilatando... Porque, eu sentia muita dor nas costa né, então eu sentia que eu já tava pra ganhá! Então eu sentia que eu tava entrando na... Na hora do parto mesmo." (Orquídea)

O trabalho de parto foi definido também como o momento certo, ideal para o nascimento da criança, já que ela e o corpo da mãe estão preparados:

"Ai, é o... Que nem, chegou o momento do bebê nascer é o próprio corpo já... Eliminando a criança pra ela saber nascer né." (Margarida)

"Acho que o trabalho de parto ele é o momento certo da criança nascer. A cesárea acho que é muito prematuro, tira a criança muito antes... É, o trabalho de parto acho que é a hora certa, o corpo já tá preparado pra isso. Eu acho que o parto normal é a hora certa." (Hortênsia)

"Ah o trabalho de parto eu acho que, (...) é a hora exata que o você vai ter a oportunidade de ver um fruto seu, uma coisa que foi gerada dentro de você... Uma hora muito emocionante!" (Magnólia)

Cinco gestantes salientaram que o trabalho de parto é uma mudança ou que acontecem no corpo muitas modificações:

"É uma mudança. O corpo muda tudo, você muda, seu corpo muda, sei lá, você muda por completo. É difícil né! Mas deve ser muito gostoso também. Tem lá sua parte negativa, mas também tem positiva." (Azaléia)

"Renascimento pra mim. Por que a partir do momento que você tá ali, não vejo a hora dele nascer, ou ela né... Então, aquela esperança. (...) Acho que muda tudo né. Tanto seus sentimentos, quanto sua... o corpo... muda tudo." (Papoula)

Diante dos depoimentos dessas mulheres, podemos perceber que foram mencionados tanto os aspectos fisiológicos do trabalho de parto como os emocionais e psicológicos. Quanto às questões fisiológicas, o trabalho de parto é dividido em três estágios: o primeiro é o de dilatação ou abertura do colo do útero até a dilatação total; o segundo é o período expulsivo, que se segue até o nascimento do bebê e o terceiro, se estende do momento em que o bebê nasce até a saída da placenta (BALASKAS, 1993).

O primeiro estágio geralmente é iniciado por contrações brandas progressivas. À medida que os músculos uterinos se contraem, o colo do útero começa a afinar e a se abrir. Pode ser que seja expelida uma substância gelatinosa, esbranquiçada, às vezes acompanhada por estrias de sangue, que é o tampão mucoso (membrana que tem como função proteger o útero de microorganismos existentes na vagina) (LINS, 1988).

As contrações uterinas aumentam em força e duração, até que o colo uterino esteja completamente dilatado, com aproximadamente dez centímetros. Pode ser que “estoure a bolsa”, ou seja, ocorra o rompimento do âmnio e a saída do líquido amniótico. O segundo estágio se inicia as contrações tendem a diminuir em frequência e intensidade e a mulher sente fortes impulsos de empurrar, caracterizando o período expulsivo. Após o nascimento, a placenta começa a descolar da parede uterina, o que leva de dez a trinta minutos, e as contrações a expellem naturalmente (CHOPRA, 2005).

A questão de o parto ser uma mudança ou causar muitas mudanças citada por algumas gestantes é explicitada por Maldonado (1988), que afirma que, diferentemente da gravidez, um processo de mudanças lento e gradual, o parto é um evento abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas, por envolver uma repentina e nova transformação no esquema corporal da mulher e por representar a separação física e emocional entre dois seres anteriormente unidos. Na fala de Magnólia é possível perceber esta separação entre mãe e filho no momento do parto, quando ela fala da “oportunidade de ver um fruto seu”, que foi gerado dentro de você.

Azaléia afirmou que a mulher muda por completo no parto e Papoula, que o parto significa renascimento para ela, trazendo mudança no corpo e também nos sentimentos. O trabalho de parto é, realmente, uma oportunidade de autoconhecimento, onde as mulheres têm a chance de aprenderem mais a respeito de si mesmas e descobrirem a força e a sabedoria presente em seus corpos (CHOPRA, 2005).

Segundo Kitzinger (1987), o ato de dar à luz simboliza uma possibilidade para que se alcance maior plenitude espiritual e psicológica. Porém, na opinião da autora:

(...) muitas mulheres, ainda hoje, às vésperas de dar à luz, ignoram seu papel no trabalho de parto e não têm o menor preparo emocional para as enormes transformações físicas e emocionais que se operam. Para muitas, gravidez e parto são uma coisa que lhes acontece, e não algo que planejam conscientemente e com alegria. (p.IX).

4.2. Quanto aos tipos de parto

Todas as entrevistadas afirmaram conhecer o parto normal e a cesárea (também chamada de cesariana), sendo que apenas quatro delas mencionaram outros tipos de parto:

"Aquele de coqs lá, mas assim, só de ouvir mesmo. E na água né, uma coisa assim." (Dália)

"Eu já li né... o de cócoras, na água..." (Hortênsia)

"(...) e já vi falar também do... fórceps lá, num sei o nome." (Margarida)

Dália não soube como pronunciar o parto de cócoras e, possivelmente, não conhecia a maneira como é realizado. Todas elas demonstraram não ter muita certeza a respeito desses tipos de parto ao afirmar que já ouviram falar, leram a respeito e que não sabem o nome direito. Este fato ocorre porque as duas únicas modalidades possíveis de partos oferecidos pelo SUS no município de Rio Claro são o parto normal, em posição de litotomia, e a cesárea³.

O parto de cócoras é um parto realizado na posição vertical, o que traz inúmeros benefícios tanto para a mãe como para o bebê (PACIORNIK, 1991; SABATINO, 2000)⁴. Outro tipo de parto, citado por Hortênsia, foi o parto na água. No Brasil, esta opção ainda é pouco realizada, sendo mais comum em partos domiciliares (DUARTE, 2011).

O fórcepe, na realidade, não é um tipo de parto em si, mas sim um instrumento metálico (similar a um par de colheres metálicas ligadas entre si) utilizado em partos vaginais desde a Antiguidade com o objetivo de auxiliar a saída da cabeça do bebê do canal de parto. Atualmente, os médicos utilizam o "fórceps de alívio" ou fórceps baixo, usado somente

3 - Mais explicações sobre tais tipos de parto no item "3. 5. Parto no Brasil hoje".

4 - Mais detalhes sobre a comparação entre partos verticais e horizontais são encontrados no item "3. 4. Considerações sobre posições de parto".

quando o bebê já está mais baixo no canal de parto e tem como função evitar a hipóxia fetal, abreviando o período expulsivo e minimizando os riscos de sofrimento fetal e seqüelas neurológicas (BRASIL, 2001). O uso rotineiro é desaconselhado e seu uso é extremamente raro em partos de baixo risco (DUARTE, 2011).

Houve uma fala, de Perpétua, muito forte e que ilustra muito bem a visão passiva da mulher diante da figura do médico, que dá ordens à gestante, que controla e faz o parto. Diante disso, o papel da mulher consiste apenas sentir a dor e seguir as ordens dadas por ele:

"Só normal memo que eu conheço. Num é bem que eu conheço, que eu passei né... Mas quem conhece é o médico que faz né, porque você só sente a dô, ali você também só... Vai escutá as ordens que ele fala o que você tem que fazê né." (Perpétua)

Para Odent (2002a), "a história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa das mães de seu papel central no processo do nascimento" (p.11). A obstetrícia moderna tem suas raízes na França do século XVII, os médicos assumiram o papel tradicional das parteiras e, a partir de então, passou a ser exigido que as mulheres dessem à luz deitadas de costas, visando, assim, facilitar o uso de instrumentos (fôrcipe, por exemplo) pelos médicos, garantindo a eles o controle do parto. A posição dorsal e a passividade forçada que ela impõe à parturiente, difundiram-se entre as sociedades industrializadas.

Sobre a questão da passividade da parturiente, Kitzinger (1996) afirma que é mais fácil para o obstetra fazer seus exames e intervir no parto quando a paciente está deitada. A posição de litotomia adotada como rotina no parto normal hospitalar, deixa a mulher com as pernas levantadas (apoiadas em suportes metálicos) e sem possibilidade de movimento, indicando que quem "faz" o parto é o médico e que a mulher não é considerada como alguém que dá à luz de forma ativa.

Uma revisão realizada por Mamede, Almeida e Clapis (2004) sobre movimentação e deambulação no trabalho de parto mostra que a posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, pois diminui o tempo do trabalho de parto e do parto, melhora a contratilidade uterina, proporciona mais conforto e menos dor às parturientes e assegura os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal (AU). Além destes benefícios, as posições verticais, em especial a de cócoras, favorece o primeiro contato materno-infantil, pelo simples fato da proximidade entre as mãos da mãe e o recém-nascido (PACIORNIK, 1991).

Portanto, são necessárias mudanças no cenário obstétrico atual brasileiro a fim de devolver à mulher o papel de protagonista do próprio parto e garantir a ela a liberdade de movimentos necessária, possibilitando que ela assuma posições verticais se desejar.

II) Sentimentos, percepções e expectativas

1. Com relação à gravidez

1.1. Lembranças da(s) outra(s) gravidez(es)

Das 15 mulheres entrevistadas, nove já tinham outros filhos, sendo assim, já haviam vivenciado a experiência de gestar e parir. Quando questionadas sobre o que se lembravam da(s) gravidez(es) passada(s), houve casos em que a gestante não se lembrava de muitos detalhes, devido à idade em que vivenciou a primeira gravidez, afirmando que era muito nova. Por outro lado, algumas se lembravam de cada detalhe:

"Ah eu não lembro quase nada. Porque eu casei e engravidei né, engravidei com 16 anos, era um pouco criança ainda (...)." (Rosa)

"Todas as minhas gravidez foram sossegadas (...). Não teve complicação nenhuma nem durante a gravidez, nem no parto... Ah, eu me lembro de cada detalhe de cada uma, então é difícil." (Magnólia)

Dentre as lembranças positivas apresentadas estavam o momento em que o bebê começou a mexer na barriga e o fato de as gestações terem sido normais, “boas”, “sossegadas”, sem complicações:

"Foi uma gestação boa, primeira vez que ele começou a mexer, com três meses ele começou a mexer." (Alfazema)

Também foram relatados sentimentos ambivalentes, ou seja, repletos de lembranças tanto positivas, quanto negativas, relatando que apesar de ter havido sofrimento, foi uma experiência boa, gostosa e emocionante:

"Ah, muita emoção né. Foi muito bom, sofri um pouco no parto, mas... (...) Foi muito gostoso viu. E quando você vê, meu Deus! É, muito bom." (Orquídea)

Porém, infelizmente, as lembranças negativas prevaleceram e estavam relacionadas a desconfortos oriundos da gravidez como, por exemplo, ânsia de vômito; crescimento excessivo da barriga; movimentos bruscos e freqüentes do bebê; incômodo para dormir:

"Ah (...) eu passei muito mal, vomitei os nove meses... Passava mais tempo no hospital do que em casa." (Margarida)

"Ele mexia bastante e tal, até que foi... Eu num conseguia dormir muito porque eu fiquei muito barriguda, muito gorda então eu tinha trabalho pra dormir." (Alfazema)

No caso de Papoula, a lembrança mais marcante que ela tinha das outras duas gestações foi o falecimento da filha, aos oito meses de idade. Além disso, ambos os partos tinha tido complicações:

"Ah, toda as gravidez foi parto complicado né. Mas assim, das outras gravidez é minha filha que faleceu. É o mais marcante né." (Papoula)

Quanto à lembrança positiva em relação aos primeiros movimentos do bebê, Maldonado (1988) afirma que esta é uma experiência impactante para a gestante no segundo trimestre da gestação, visto que “é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela e, no entanto, tão dependente, mas já com características próprias” (p.34). Estudos mostram que a percepção dos movimentos fetais favorece inclusive a aceitação da gravidez e constitui uma das etapas iniciais da relação materno-filial, onde, para a mãe, o feto já apresenta características próprias e “se comunica” com ela através de seus movimentos (MALDONADO, 1988).

Na fala de Orquídea, fica clara a sensação de ambivalência, muito presente na gravidez. Segundo Maldonado (1988), a ambivalência afetiva pode se manifestar de diferentes formas durante a gravidez e também depois do parto, caracterizando uma oscilação entre querer e não-querer aquele filho. Este é um fenômeno natural e caracteriza todos os relacionamentos interpessoais significativos, pois diversos sentimentos podem coexistir.

Dentre as lembranças negativas, foram citados os desconfortos físicos comuns na gravidez como o peso da barriga, movimentos do bebê e a dificuldade em dormir. Quanto aos enjoos e vômitos freqüentes, eles podem ser influenciados por aspectos fisiológicos (detalhados no item 1.3. Mudanças decorrentes da gravidez), como as mudanças hormonais. Porém, alguns autores sugerem a influência de fatores psicológicos, sendo que os sintomas as náuseas podem ser resultantes de uma rejeição inconsciente da gravidez, por tensão emocional ou ainda por fortes oscilações entre a aceitação e a rejeição da gestação. Na fala de Margarida, notamos que ela sofreu bastante com estes sintomas e talvez ela tenha tido hiperemese gravídica, um grau patológico dos vômitos da gravidez que freqüentemente requer hospitalização e pode representar um risco à saúde da mãe e do bebê (MALDONADO, 1988).

1.2. Sentimento de apoio e preparo

Quatro gestantes afirmaram não se sentir preparadas para vivenciar a gravidez, sendo que o principal motivo de preocupação e temor foi o parto. Algumas, por já terem vivenciado a experiência de parir e terem sofrido com ela, outras por nunca terem parido e ouvir diversas opiniões a respeito da dor:

"Olha, nessa gravidez eu já tô com medo. Porque na 1ª eu num sabia como que era, mas agora eu já sei como que é, então..." (Margarida)

"Ai, pro parto não... Porque muita gente fala... fala (...) que parece que vai morrer na hora (...). Outras pessoas já falam que não, que é mais calmo, que é tipo uma cólica, (...) que passa rápido. Eu me preocupo mais é em saber se vai sê parto normal ou cesárea né, agora." (Acácia)

As demais entrevistadas (onze), ou seja, a maioria, afirmaram que se sentem preparadas para a gestação, sendo que apenas uma delas não demonstrou muita segurança na afirmação:

"Ah, sei lá. Acho que sim. Ah, num sei dizê... (silêncio) Mas eu acho que sim." (Tulipa)

Outras relataram que a sensação de preparo é oriunda das experiências anteriores ou do fato de, por terem outros filhos, sentirem a necessidade de serem mais fortes e firmes:

"Sinto sim. É, que eu já tive um né, então eu já sei mais ou menos como que é, então eu fico preparada já." (Rosa)

"No começo eu num tava muito preparada, mais agora eu to mais firme, mais preparada. (...) agora eu tenho que ser mais forte né, não tão molona porque... você tem uma criança de seis anos e vai vim um nenê, então o trabalho é mais complicado (...)" (Alfazema)

Oito gestantes destacaram que se sentem preparadas devido ao apoio que recebem, da assistência oferecida à saúde (31% - enfermeiras, médicas, pronto socorro) e/ou da família (69% - pais, sogra, irmã, companheiro), o que lhes dá a sensação de segurança:

"Sim, me sinto, me sinto confortável, eu tenho assistência médica, se precisar tem o pronto socorro na santa casa, meu marido tá do meu lado." (Hortênsia)

"Ah eu me sinto sim. Ah que nem aqui no posto, a M. (enfermeira), ela explica muito bem sabe? Tira dúvidas, quando a gente consulta com ela, ela pergunta se ficou alguma dúvida, explica tudo certinho. E aí eu moro com a minha sogra e ela que me ajuda né." (Dália)

"Ai, eu fico pensando: "Será que vai sê igual?". Aí a médica fala pra mim: "Não, num vai sê igual. Um é diferente do outro". Aí eu fico mais animada, pra enfrentá. Mais assim, quando eu descobri que tava grávida eu fiquei pensando no passado. (...) Porque eu sofri muito. Então aí, graças a Deus, minha irmã deu muito conselho pra mim, agora eu tô preparada." (Orquídea)

"Ôôô... E como. Tenho o apoio dos meus pais, meu marido principalmente. Ah, eu tô... Tô nas nuvens!" (Camélia)

As gestantes, de maneira geral, demonstraram preparo para vivenciar essa gravidez, seja por conta da experiência e do amadurecimento resultante dela, seja por se sentirem apoiadas. As que afirmaram não estarem preparadas relataram ter medos relacionados ao parto, sendo que esta questão será mais bem analisada no item: “2.4. Sensação de preparo para o parto”.

Quanto ao apoio recebido, foi destacado o suporte oferecido pela rede de assistência à saúde, formada por médicos e enfermeiras das unidades de saúde e também do “Pronto Socorro”. Na fala de Dália, é mencionado o fato da enfermeira também realizar consultas do pré-natal nas unidades de saúde e, novamente, a figura da enfermeira foi destacada como uma figura atenciosa e disposta a informar.

Rios e Vieira (2007) realizaram uma análise sobre as consultas de enfermagem como um espaço para a educação em saúde no pré-natal. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a ação educativa realizada pelas enfermeiras em tais consultas se caracteriza como uma prática rotineira, com predominância informativa e pouco participativa. Apesar de existir um bom propósito de educar por parte das enfermeiras, as consultas normalmente são realizadas com o intuito de vacinar as gestante e aliviar a demanda, sendo, muitas vezes, prejudicadas por ruídos e interrupções, o que gera ausência de privacidade e descontinuidade na comunicação. Portanto, ainda há alguns obstáculos à educação em saúde relacionados ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da instituição.

Apesar do apoio da assistência à saúde ter sido citado, o recebido da rede familiar preponderou, o que corrobora com a pesquisa realizada por Tsunechiro e Bonadio (2006), onde a família também foi destacada como provedora de apoio às gestantes, sendo que elas reconheceram e mencionaram o apoio do marido ou pai da criança e de outros parentes consanguíneos bem como pessoas não pertencentes ao contexto familiar. Os autores concluíram que os membros da família ocupam importante espaço na rede de apoio da maioria das gestantes.

1.3. Mudanças decorrentes da gravidez

Todas as gestantes reconheceram algum tipo de mudança em si mesma, seja de ordem social ou psicológica, seja de ordem fisiológica. Algumas dessas mudanças são incontrolláveis, independentemente da escolha da gestante (por exemplo, cansaço ou enjoos), enquanto outras são resultantes de alterações eletivas nos hábitos (por exemplo, para de fumar

ou de trabalhar). Algumas entrevistadas afirmaram que a gestação trouxe mudanças, mas não souberam defini-las, afirmando apenas que “mudou tudo”.

As mudanças fisiológicas citadas foram cansaço, enjôos, alterações na alimentação, aumento na prática de exercícios físicos, abandono do hábito de fumar e/ou ingerir bebidas alcoólicas:

"Ai mudou (tom de desânimo)... A maneira de estar né... Cansada, me sinto muito cansada. Porque das outras eu num trabalhava né. E eu tô trabalhando." (Perpétua)

"Ah eu tô comendo mais fruta, verdura... Sabe, fazendo mais exercício." (Azaléia)

"A alimentação também mudou bastante. Porque antes eu comia tanta coisa... Nessa gravidez eu num como muuita coisa assim, que eu tenho enjôo, tenho nojo também." (Margarida)

"Ah, eu bebia e fumava muito, daí eu parei, (...) porque faz mal mesmo pra criança." (Petúnia)

A sensação de cansaço relatada por Perpétua é muito comum, principalmente no primeiro trimestre da gravidez e pode ser decorrente da hipersonia, ou seja, de uma maior necessidade de dormir e repousar do que normalmente (MALDONADO, 1988). Além disso, Perpétua já tinha 35 anos e também trabalhava, o que pode ter contribuído para que se sentisse cansada.

É possível perceber que as alterações na alimentação podem ser pela exclusão de alimentos devido a enjôos e nojo, ou da tentativa de incluir novos itens alimentares como frutas e verduras. A questão das náuseas e vômitos podem estar relacionadas a diversos fatores como predisposição genética, disritmias gastrintestinais, hipersensibilidade olfativa, padrões de sono, hormônios da tireóide, hCG e estrogênio, assim como, estado físico e emocional da gestante. O enjôo também pode ser decorrente da carência de nutrientes (zinco e complexo B, por exemplo) ou ainda um sintoma de hipoglicemia, oriunda de erros alimentares como ficar longos períodos sem comer, comer excesso de carboidratos refinados ou ainda ingerir grande quantidade de comida de uma vez só, dentre outros (CARREIRO; CORREA, 2010).

Quanto à inclusão de itens alimentares, é muito importante que a gestante se preocupe com seu hábito alimentar na gestação, já que ele interfere diretamente na formação e desenvolvimento de todos os órgãos e sistemas do feto, que se nutre através da placenta, recebendo tudo o que a mãe ingere (comida, bebida, aditivos químicos, drogas, tabaco, álcool, medicamentos e suplementos). Notamos em algumas entrevistadas a preocupação em ingerir mais frutas, legumes e verdura, o que é muito positivo, visto que estes alimentos fornecem ao

organismo materno e fetal vitaminas, minerais, fibras, fitoquímicos e enzimas digestivas (CARREIRO; CORREA; 2010). Além disso, tais alimentos são ricos em fibras, o que facilita o funcionamento intestinal, evitando a prisão de ventre, também muito comum na gravidez (FADYNHA, 2006).

O abandono dos hábitos de beber e de fumar também é necessário, visto que não se tem conhecimento sobre níveis seguros de consumo de tais substâncias durante a gestação e amamentação. A ingestão de bebidas alcoólicas na gravidez traz inúmeras repercussões negativas tanto para a mãe como para o feto. Na mãe, o consumo pode resultar em doenças cardiovasculares, câncer, depressão e distúrbios neurológicos, além de estar associado ao baixo peso na gestação (CARREIRO; CORREA; 2010). No feto, os efeitos alcoólicos podem causar a síndrome alcoólica fetal (SAF), gerar anomalias físicas (por exemplo, alterações craniofaciais), deficiência no crescimento, disfunções do sistema nervoso central e diminuição na capacidade intelectual (KAUP, 2001; FREIRE, 2005).

O hábito de fumar também é muito prejudicial, visto que filhos de grávidas fumantes têm o dobro de chances de apresentar baixo peso ao nascer, o que aumenta a propensão a sérias doenças e condições congênitas, como paralisia cerebral, retardo mental e problemas de visão (CARREIRO; CORREA; 2010). A gestação é uma ocasião especial para a promoção do abandono do tabagismo. A preocupação com a saúde do feto gera uma motivação extraordinária na gestante, porém, estima-se que por volta de 12% a 15% das gestantes que conseguem parar de fumar na gravidez, seja de forma espontânea ou com auxílio, recaem ainda durante a gestação. No período pós-parto, os riscos aumentam ainda mais (LEOPÉRCIO, GIGLIOTTI, 2004).

As mudanças sociais durante a gestação foram: a necessidade de parar de trabalhar e de assumir diversos papéis; impedimento para voltar a estudar; abandono da vida social noturna, ficando mais “caseira”:

"Ah, mudo muita coisa... (...) Agora vindo o terceiro vai mudar tudo... Eu trabalhava. Dai eu parei de trabalhar..." (Petúnia)

"Eu queria estudá... Voltá a estudá. Mais num deu." (Tulipa)

"Eu saía bastante de casa, gostava bastante de dançar, hoje eu não faço mais isso, sou mais caseira." (Magnólia)

"Agora eu penso né, que agora não é só mais um, são dois né que eu vô tê que tomá conta, eu vô tê que dá carinho pra duas criança agora. Vô tê que me dividi bastante pra podê... Porque aí é filho, marido, casa... Então, é bastante..." (Alfazema)

A questão do papel da mulher na sociedade atual, que coleciona diferentes funções fica clara na fala de Alfazema. No caso dela, seu desafio seria cuidar da casa, dar atenção ao marido e aos dois filhos. Além de todas as funções no lar, há mulheres que ainda têm que trabalhar fora para sustentar a família, como Perpétua, que apesar do cansaço e da idade, tinha que trabalhar como auxiliar de produção.

A maternidade provoca repercussões intensas na vida das mulheres como fenômeno social, por ter uma dimensão simbólica, ideológica, emocional, religiosa, política e econômica. Hoje a mulher, muitas vezes, se sente sobrecarregada, devido à separação entre o *locus* da produção e o *locus* da reprodução, sendo que ela tem que atuar em ambos (RODRIGUES, 2008).

Quanto às mudanças psicológicas foram relatadas alterações no estado de espírito, algumas vezes com sentimentos ambivalentes, sensação de estar realizando um sonho, alterações na personalidade e nos planos, perda da liberdade, apaziguamento das relações interpessoais, vivência de um período de crise:

"Ah, muita coisa. (...) Eu era uma pessoa triste... Minha vida mudou de tudo... Depois que eu descobri parece que tinha aqui dentro uma nova vida já! Transforma tudo." (Azaléia)

"Então, aí no começo eu fiquei muito triste, tinha dia que eu chorava muito. Aí, quando eu ouvi o coraçãozinho que começou a bater, aí eu animei mais sabe, mudou pra mim, aí mudou. Eu fiquei muito contente, mais um choque foi..." (Orquídea)

"Mudou bastante coisa porque... era meu sonho ter um menino homem. E já com essa gravidez realizar um sonho é bem gostoso." (Magnólia)

"(...) Desde o momento que eu peguei o exame e deu positivo... Tudo! Meu jeito, é, o modo de... (...) É... Os projetos meus já são outros, é tudo pra ele agora." (Camélia)

"Ai tudo né. Porque você perde um pouco de... da sua liberdade (...) Eu com a minha mãe não se dava bem, a gente acabô se aproximando (...) Eu com o meu namorado não se dava muito bem, a gente vivia brigando por ciúmes, agora até que se aproximô, a gente foi mora junto tudo. Mudô bastante coisa." (Acácia)

"Tudo, porque nessa gravidez eu fui rejeitada, fui humilhada, fui assim... Procurei ajuda dos meus parentes mais próximos e não tive. Então é eu sozinha. Assim, mesmo morando com os meus pais, mas é eu sozinha. Eu falo assim que nessa gravidez eu cresci, que nas outras eu era criança ainda, tinha 16, pra 17... E nessa aqui mesmo acho por tudo que eu passei, por ser humilhada tudo, me fez ver que eu sou mais forte do que eles pensam." (Papoula)

Estes dados estão em concordância com o fato de que ao viver uma gestação, a mulher passa por mudanças não só biológicas e somáticas, mas também psicológicas e sociais, que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante. Muitas das mudanças relatadas pelas gestantes entrevistadas coincidem com os resultados obtidos por Piccinini e

colaboradores (2008), que investigaram os sentimentos das gestantes sobre a gestação e maternidade. Uma das mudanças coincidentes foi a sensação de perda da liberdade, que é natural, visto que a mulher passa a abrigar um ser totalmente dependente dela, que vive sob sua responsabilidade, e caso ocorra algum problema com a gestação e com o bebê, a mãe é encarada como a principal culpada (PICCININI et al., 2008).

Outra questão coincidente foi o crescimento psíquico relatado por Papoula. Apesar da situação adversa que estava vivenciando, ela demonstrava estar calma, tranqüila e se sentindo fortalecida. Klaus e Kenel (1992) consideram que a gestação seja um momento potencialmente propício para o crescimento emocional. Kitzinger (1987) também tem uma visão parecida e acredita que o ato de dar à luz é uma experiência que permite que se alcance maior plenitude espiritual e psicológica.

Segundo Maldonado (1988), “a gravidez é uma transição que faz parte de processo normal do desenvolvimento” (p.22) e envolve reestruturações em várias dimensões, gerando mudanças na identidade, como, por exemplo, no modo de se vestir e de portar (caso de Camélia), no estado de espírito e no humor (caso de Azaléia) e também uma nova definição de papéis: a grávida, além de mulher e filha agora será mãe e, caso ela já tenha outro(s) filho(s), terá que se “reformular” como mãe.

As transições podem ou não envolver crises, que são perturbações temporárias de um estado de equilíbrio e a gravidez como um período de transição representa uma possibilidade de atingir novos níveis de amadurecimento e expansão da personalidade (MALDONADO, 1988). Algumas gestantes passam por essa transição existencial - descoberta e aceitação de uma gravidez – de uma maneira mais tranqüila e suave. Outras a vivenciam como crises, que podem ser decorrentes de uma superposição de transições. Esse é o caso de Papoula. Ela, mãe solteira, já tendo vivenciado a morte de uma filha, morando com os pais, se envolveu com um rapaz e engravidou. Não obteve apoio da família, nem do pai da criança. Não bastasse, descobriu que o rapaz era traficante de drogas e decidiu que não queria sua ajuda na criação de seu filho. Apesar disso, demonstra que a experiência a fez amadurecer e “crescer”, se sentir mais segura de suas decisões e disposta a enfrentar essa situação, ainda que sozinha.

Como podemos perceber, a gravidez realmente gera inúmeras mudanças físicas, sociais, psicológicas, emocionais, que alteram sua identidade, seu comportamento e seus hábitos. Queremos ressaltar que, assim como Piccinini et al. (2008), acreditamos que a maneira como as gestantes encaram e vivenciam estas mudanças traz repercussões intensas na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê. Portanto, é de fundamental importância

que seja realizado um bom trabalho de educação no pré-natal, que auxilie as gestantes a compreenderem o momento pelo qual estão passando, que possibilite a elas a chance de atuarem de forma consciente e inteira em sua gestação e em seu parto.

Para finalizar, seguem algumas palavras de Piccinini *et al.* (2008) sobre a gestação:

Assim, diferentemente de alguns autores, não se poderia pensar a gestação como um mero período de preparação para a maternidade e apenas o nascimento como o marco efetivo do seu exercício propriamente dito. Tratar-se-ia, sim, de entender o período gestacional como uma importante etapa da constituição da maternidade, na qual se estabelece um exercício cada vez mais ativo do papel materno, cujo ápice se dará após o nascimento do bebê. Neste contexto a maternidade não é futura, é presente. (...) Não se trata de uma futura mãe, nem de um feto, mas de uma mãe e do seu bebê, e assim deve ser tratada a gestação. (p.70)

2. Com relação ao parto

2.1. Experiência(s) anterior(es)

Nove das 15 gestantes já haviam passado pela experiência do parto e, apenas duas delas apresentavam mais lembranças positivas a cerca deste momento, por terem tido partos normais e rápidos, com pouco sofrimento e um bom tratamento nos hospitais:

"Foi normal, eu não sofri muito. Porque tem mulher que sofre bastante com o parto. Eu não, foi super tranquilo. Foi rápido! De uma não deu tempo nem de chegar no hospital (risos). Porque eu morava no sítio e não deu tempo. Era meia hora mais ou menos de casa pro hospital. (...) Tava meu marido e minha vizinha. Então, aí nós paramos, aí ela pegou o bebê, normal, aí terminamos de chegar no hospital. Já estava quase chegando. Aí chegamos lá e a equipe médica veio e cortou direitinho. Ai a outra eu já estava dentro da cidade mesmo, aí deu tempo. Mas foi chegar e passar direto pra mesa de parto. (...) Deu tudo certo, foi super tranquilo." (Magnólia)

"Foi normal. (...) Foi rápido. Eu falo que menino homem tem bastante dor né. Eu fui pra lá umas 9 e pouco fiquei na sala. Depois quando eu fui lá pra sala de parto rapidinho eu ganhei. Fui bem tratada." (Rosa)

Houve relatos mistos, com sentimentos ambivalentes, mesclando aspectos positivos, com alguns negativos (dor “triste” e tratamento grosseiro por parte das enfermeiras e dos médicos). Coincidentemente, Alfazema e Perpétua relataram seus primeiros partos e ambas carregavam a impressão de que “deram trabalho” para as enfermeiras:

"Olha o primeiro parto meu, por sê o primeiro, eu fui muito molona. Foi normal, parto normal. Eu tinha 17 anos, queria só minha mãe, minha mãe... Acho que eu dei um pouco de trabalho pras enfermeiras sim. Muitas pessoas às vezes fala que é uma dor insuportável, mas eu num achei assim tão insuportável. Assim, é uma dor triste, mais não tão insuportável que você num possa aguentá ela... Foi meio complicado assim, mas... Depois o resultado foi bom." (Alfazema)

"Normal... Foi rápido. O da 1ª foi mais demorado um pouco né. Mais o de segunda foi rápido. (...) Assim, na Bahia são um pouco mais grossa... Eles são mais grossos. Eu num sei se é porque também é marinheiro de primeira viagem né, num sabia muita coisa, pode ser que na hora eu tenha dado trabalho pra elas né... Por isso que elas foi mais grossa. Mais a segunda foi mais... Tranquilo... E rápido também." (Perpétua)

As lembranças negativas prevaleceram, para cinco gestantes, por terem vivenciado partos com muito sofrimento, dolorosos, desconfortáveis e traumatizantes, apesar de, em algumas vezes, terem sido bem tratadas:

"Ah, foi meio... Traumatizante. É, porque o parto normal é... é bem desconfortável pra mulher né. Foi dolorido mas deu pra suportá. Fui muito bem atendida... O local assim tava muito limpo, tava tudo bem organizado." (Margarida)

"Foram partos normais. Eu sofri pra caramba! Fiquei a noite inteira... Com os dois eu fui internada às 8 horas da noite e sai, eu e ele, às 10 horas da manhã, fiquei a noite inteira com dor. O outro eu ganhei às 7 da manhã. Mas fiquei a noite inteira com dor." (Petúnia)

Houve um relato de uma cesárea, sendo que, neste caso, a dor não foi no momento do parto em si (cirurgia, neste caso), e sim no pós-operatório:

"Foi cesárea, foi traumatizante (risos nervosos). Ah, eu não recomendo pra ninguém. Tive que fazê por causa que eu tive pressão alta, então eu não podia fazê o parto normal. Não pela operação, que foi bem tranqüilo... Mas o pós operatório, que é bem doloroso. E você toma muito remédio pra dor (...)" (Hortênsia)

Os relatos dos partos de Papoula e Orquídea serão transcritos integralmente, visto que há muitos detalhes e que suscitam inúmeras questões para serem aqui discutidas. Os dois relatos trazem exemplos de descaso por parte dos médicos, para com as dores e reclamações das parturientes, que sofreram, choraram e tiveram suas histórias marcadas por uma experiência de parto extremamente traumatizante:

* Relato de parto normal de Papoula:

"Foram partos dolorosos. Principalmente com a do meio, que faleceu. Ela nasceu normal e aí depois de oito meses eu fui prum aniversário lá em Campinas e de uma noite pro dia deu convulsão nela e desde então fiquei internada com ela lá na Unicamp três meses. Ela não tinha nada, não tinha febre, nasceu normal... Os médicos lá falaram que foi encefalite, mas não foi nada provado ainda.

Entrevistadora: Como foi o parto?

Foi assim, a Evelin praticamente nasceu de oito meses. Eu tava num sítio na casa da minha mãe aí de repente eu comecei a sentir dor. Aí tá, minha mãe chamou... nessa época eu era amigada... aí ela chamou meu marido pra ir lá no sítio me buscar. Aí nisso era o que? umas 10 hora, 9 hora, 9 pras 10 da manhã, eu cheguei e falei lá na maternidade falei que eu tava com dor. Aí eles pegaram e olharam na minha carteirinha e falaram: "Mas sua neném é pra daqui um meses ainda, você tá de 8 meis". Aí eu falei: "Mas não interessa, eu to com dor.". Aí o doutor falou assim: "Não, vai embora que não vai nascer agora não". Isso era 9 hora, 9 pras 10. Eu falei: "Tá bom.". Três hora da tarde eu retorno lá na maternidade que minha dor tava aumentando. Aí ele falou assim, era o mesmo médico: "Não, mãe, mas não tem como ser

agora. Sua neném vai nascer daqui um meis, você tá de oito meis ainda.”. *Aí eu falei: “Mas doutor, eu vim aqui de manhã e o senhor mandou eu ir embora. Vim agora e o senhor tá falando que num... Eu num sei o que tá acontecendo, mais eu to com dor!”.*

Entrevistadora: E era dor tipo de contração mesmo?

Era contração, cólica, tipo dor de parto mesmo né. Ai ele falou assim: “Você pode ir embora porque não vai nascer. Você só volta aqui quando tiver sangrando.” Ai eu voltei lá era 9 horas da noite “Doutor eu não to sangrando, mas eu não aguento mais de tanta dor.” E era o mesmo médico. E ele: “Ah eu não acredito que você tá aqui de novo. Vai pra sua casa e só volta aqui quando você tiver sangrando.” Tá bom. Era 9 hora da noite e eu fiquei até as 3 da manhã gemendo de dor, gritando, gritando, gritando. Ai tá, fui no banheiro e aí comecei a sangrar. Ai eu fui. Era 3 hora da manhã. Chego lá e era o mesmo médico. Ai ele falou assim: “Você aqui de novo!”. “Eu tô sangrando! Não queria que eu viesse pra cá quando eu tivesse sangrando? Então, to sangrando!”. Eu ia praqueles corredor da maternidade encostano pelas paredes sabe? Porque se eu pudesse acho que eu teria ali mesmo. Ai ele falou assim: “Então tá. Então vamos ver.”. Ai ele viu que tava sangrando e disse: “Agora sim você tá pronta!”, pôis eu no soro. Ai tá, na hora de sair pra sala de cirurgia eu falei assim: “Enfermeira eu não to agüentando mais, a cabeça da minha filha tá saindo aqui dentro do quarto, já tô sentindo meus osso abri já!”. Ai ela: “Ai mãe respira que nem cachorrinho pro nenê entrá pra dentro”. Eu disse: “Mas não tem como o nenê entrá pra dentro!”. Ela falou: “Respira que é pra ele entrá pra dentro!”. E eu já tava ali agoniada já né e eu sentindo a cabeça da minha filha saí... Falei: “Enfermeira, tá saindo enfermeira!”. Ai elas ponharam, praticamente me jogaram na cama né, pra falar que tava nascendo no quarto... Ai elas: “Não mãe, respira, respira pro neném entrá pra dentro, não é pra sair.”. Eu falei assim: “Mais num tem como!” (risos de indignação). Ai levaram eu correndo pra sala de cirurgia, aí na hora que eles me põem na maca lá pra ganhar neném, o doutor fala pra mim pra eu abri as perna pro neném vim, aí a cabeça dela já saiu já e ele falou assim: “Nossa! A cabeça da neném já tava nascendo?”. Ai ele xingô as enfermeira lá tudo. Mais mesmo assim, eu acho que tudo que aconteceu com a minha filha mais pra frente acho que foi pela demora do parto sabe? Eu praticamente cheguei lá com a cabeça dela saindo já! E eles vendo meu sofrimento e não deram bola, então... (ar de decepção e indignação).” (Papoula)

* Relato de parto cesáreo de Orquídea:

“(...) E não sei o que aconteceu, eu caí de uma escada... Sabe, bati as costa... Ai depois veio as dor e (...) Ai comecei a perder tudo o líquido... Ai vai pra Santa Casa. Foi o começo, que eu cheguei lá e peguei ele, foi o doutor A.. Então, ele falou: “Não tá na hora”. E então eu sofri muito. Ai eu chorava, falava: “Meu Deus, mais como que pode o médico fazê eu voltá pra casa?”. Eu fiquei em desespero! E aí eu voltei pra casa e tava na minha casa. Ai quando eu cheguei, travô de novo, aí a dor veio forte, ele (marido) me levou, já tava outro médico que me internou. Ai eu internei no domingo e tive ela na quarta cedo só, sozinha, com dor. E quando médico daqui, que sempre me atendeu e eu gosto muito do jeito dele né, quando ele chegô e ele viu aquele estado ele falou: “Meu Deus, Orquídea!”... Sabe? E eu falei: “Desde domingo doutor que eu tô aqui”. Ai quando ele colocô aquele comprimido, que ele colocô o soro, realmente ele falô: “Não tem como mais!”. E... E ali foi a hora que teve que fazê a cesárea, porque ela, acho que os dedinho dela nasceu roxo e não me mostrou. E eu escutei, na hora da cesárea, a gente fica bem... Ali, atento né. E eu escutei um médico falando pro outro que... E fica um médico pediatra, e ele pegô e falô: “Cadê a criança?”. Ai foi aonde que eu comecei a ficá meia assustada, preocupada e falei: “Meu Deus, meu Deus...” né. E eles tacô otro soro ni mim e aí eu escutei né me apertando, me apertô três vezes. Ai quando apertô três vezes eu gritei e falei: “Ai Deus!”. Ai ele falou: “Nasceu!”. Falei: “Glória a Deus!”, falei sabe, a dor era tão grande. Ele falô: “Graças a Deus Orquídea*, nasceu sua bebê!”. Mais ela não chorô e eles não me mostrô. Então é porquê tava passando da hora*

mesmo. Então eu sofri bastante, porque teve a perda do líquido e tudo, ela já tava no seco... Então eu tinha perdido tudo, então aí a dor era mais forte ainda, né.

Entrevistadora: Mas você num teve dilatação?

Cinco dedos, tive. Aí como já tinha passado da hora e não podia deixá porque a menina já tava subindo, me tampando, aí fez a cesárea. Aí depois da cesárea, é... Eu acho que eles deixou um ar entrá no peito, então sofri muito...

Entrevistadora: Gases?

É, aquele gases. E, meu Deus do céu, aí foi um desespero muito grande. Aí aquela médica pegou e me colocô sentada ali e tava sangrando ainda, ela me colocô sentada assim, aí eu comecei a provocá (possivelmente o vômito) e melhorei. Ela partia (possivelmente a dor)... Então eu sofri muito, eu não queria voltá naquilo de novo. Então eu não queria voltá. Aí quando eu fiquei sabendo (da gravidez atual)... Meu Deus! Mas graças a Deus tô bem agora, agora eu tô bem. Graças a Deus eu esqueci de tudo.

Entrevistadora: E a recuperação da cesárea depois?

Aí, eu prefiro nem falar. Aí foi onde eu sofri muito viu, porque dói, é tosse sabe? Eu acho que a injeção que eles dá, você começa a tossi... Porque você num fica gripada né, eu num tava gripada. Então eu acho que foi a injeção que eles aplica. Aí depois, aí você começa a tossi... E aquela dor, aí você num pode fazê nada, um monte de pessoa te ajudando... É, eu sei que meu esposo arrastava meu corpo por cima da cama, pra tirá eu da cama, eu num agüentava fazê nada! Porque é muito sofrimento a cesárea, é. Dói muito mesmo!"

Notamos que, de alguma forma, a questão da dor e do sofrimento permearam todas as lembranças aqui expostas, ainda nas predominantemente positivas. Por exemplo, Magnólia afirma que não sofreu muito, o que deixa subentendida uma carga de sofrimento, ainda que pequena. Estes dados estão em concordância com a literatura, pois, outros estudos confirmam que, geralmente as mulheres se referem ao parto como uma experiência difícil, pautada pelo medo e emoções negativa, sendo que a dor no parto é um dos elementos mais recordados e memorizados pela maior parte das mulheres, o que interfere muito significativamente na qualidade da experiência da mulher (FIGUEIREDO, 2002).

A experiência de dar à luz é de grandiosa e fundamental importância para a vida de uma mulher. Anos depois, ela ainda tem claras e vívidas lembranças dos detalhes de seu trabalho de parto e de seus sentimentos no nascimento do bebê. Quando a experiência do parto é negativa, como na maioria dos casos aqui relatados, a mulher pode se sentir humilhada e rebaixada pelas dores, considerando-se um passivo instrumento de processos físicos que não compreende. Carregam consigo, por toda a vida, lembranças desta experiência, que fazem chorar, que podem estar repletas de sofrimentos, solidão, insegurança, medo de ficar grávida outra vez e parir novamente, depressões pós-parto, deixando cicatrizes físicas e emocionais (KITZINGER, 1987).

Além dos efeitos na mãe, uma experiência de parto traumática é também marcante para o bebê, ficando registrada em sua memória. Winnicott (1975 apud MALDONDO, 1988)

constatou, durante seu trabalho como terapeuta psicanalítico, que uma experiência de nascimento normal pouco provavelmente emergirá claramente no processo terapêutico, mas uma experiência de nascimento que ultrapassa determinados limites de tolerância é vivida como traumática e costuma surgir de diversas formas no decorrer do processo analítico, necessitando ser devidamente trabalhada.

Segundo Reich e Zornànszky (1998) traumas são impactos corporais ou emocionais, choques que atingem uma pessoa, sendo que muita energia emocional é despendida a fim de manter tais recordações e sentimentos distantes. Reich notou, no decorrer de sua atuação como terapeuta, que “os acontecimentos mais precoces na vida, os pré-verbais, são os mais importantes, pois formam o ser humano de maneira mais intensa e, por isso, podem traumatizá-lo de modo mais prolongado” (p.41). Afirma ainda que, em decorrência de um trauma, pode se formar algum encorajamento corporal, que consiste basicamente em repressão de sentimentos.

Em muitos dos depoimentos fica claro que, para várias entrevistadas, a experiência do parto foi traumatizante, o que muito provavelmente seja decorrente do fato de que a atenção ao parto no Brasil ainda é marcada pela imposição de rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, intensa medicalização, intervenções desnecessárias, por um tratamento mecânico, frio e impessoal. Muitas vezes, os sinais que os obstetras recebem e interpretam não vêm diretamente do corpo das mulheres, mas sim dos monitores e de outras máquinas presentes na sala de parto. Além disso, ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia, sendo que estes fatores contribuem para que ela se sinta insegura, amedrontada e sozinha (KITZINGER, 1996; BRASIL, 2001; BEZERRA, 2006).

Nesse cenário, os critérios fisiológicos geralmente são os únicos fatores levados em consideração para avaliação do trabalho de parto de uma mulher. Sem subestimar a importância de a mãe e o bebê saírem vivos do parto, o que também deve ser valorizado e levado em consideração, é a forma como a mulher suporta, como emerge da experiência e qual o efeito que tem sobre sua mente. Afinal, o corpo faz parte de uma pessoa, para quem o nascimento do bebê é da maior importância emocional. Uma mulher não é uma máquina através da qual um bebê é trazido à vida pelo médico ou qualquer outra pessoa, nem tampouco um recipiente ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, recipiente este que na hora do parto oferece maior ou menor resistência à saída da criança, e que é considerado bom ou deficiente de acordo com o funcionamento de suas partes (KITZINGER, 1987).

Maldonado (1988) também ressalta que, muitas vezes, o descontrole, o pânico e até alterações na contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente. Obviamente, essas sensações de medo, insegurança, solidão, vergonha geradas nas gestantes aumentarão a liberação hormonal de adrenalina, liberada, também por outros animais, quando há uma situação de perigo. Porém, até mesmo pequenas quantidades de adrenalina inibem as contrações uterinas espontâneas ou induzidas pela ocitocina.

Um estudo realizado por Garcia e Garcia (1955 apud MALDONADO, 1988) revelou, através de análises do sangue das parturientes, a presença de baixos níveis de adrenalina em pacientes não temerosas, níveis altos nas parturientes com partos prolongados e níveis ainda mais altos no grupo de inércia uterina. No caso de Orquídea, quando lhe foi dada essa explicação na orientação, ela relatou que pode ter sido este o motivo de ela não ter a dilatação suficiente, visto que se sentiu extremamente sozinha e amedrontada.

Ela também afirmou acreditar que se tivesse recebido apoio de outra mulher, como uma doula, talvez tivesse conseguido ter o parto normal. Tal suposição é descrita em estudos como o de Klaus e Kennell (1992; 1997) e de Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005), que afirmam que alguns dos efeitos favoráveis da presença de uma doula é a diminuição do tempo de trabalho de parto e a redução de taxas de cesáreas, além de diminuir a dor e aumentar a satisfação materna. Na opinião de alguns autores como, por exemplo, Leão e Oliveira (2006), a doula é uma profissional que pode compor a equipe de saúde na assistência ao parto e nascimento. A atividade da doula é inovadora e recente no Brasil, sendo que são poucas maternidades que dispõem deste recurso.

Os resultados obtidos na presente pesquisa ilustram claramente, assim como Wolff e Waldow (2008) ressaltaram, o não-cuidado, a desumanização e a violência a que foram sujeitas algumas das entrevistadas (principalmente os relatos de Papoula e Orquídea). Tais autoras afirmam que as mulheres acabam se submetendo, ainda que a contra gosto a esta forma de violência consentida principalmente por temerem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica; a paciente não paga). As autoras fizeram considerações e reflexões muito pertinentes, com as quais concordamos muito, e concluíram que:

(...) os profissionais agem de forma abusiva e desrespeitosa, mostram preconceito e tratam as pacientes como objetos. Os toques, em número exagerado e sem delicadeza ou respeito pelo ser, são inclusive fator de risco à parturiente e ao bebê. O que torna suas atitudes graves é que parecem não se dar conta de suas ações de não-cuidado ou desumanizadas e são parte de atitudes rotineiras. As mulheres, por sua

vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor. (p. 150)

2.2. Preferência pelo tipo de parto

Quanto ao tipo de parto desejado, a grande maioria das gestantes (treze – 87%) afirmaram preferir o parto normal, pois, segundo elas, é melhor, mais fácil, mais seguro, acontece naturalmente, permite uma recuperação pós-parto mais rápida, é a hora exata para o bebê nascer e faz a mulher se sentir “mais mãe”.

"Então, eu queria ter o parto normal por causa que a recuperação depois né, da mãe e é também... pro neném acho que é a hora exata que ele tá pronto né, pra nascer." (Dália)

"O normal. Acho que é mais seguro. (...)" (Azaléia)

"Ah o normal. Ah sei lá, uma que eu morro de medo de faca e de agulha (muitos risos)... O normal já é mais suave, acontece naturalmente." (Magnólia)

"Eu prefiro o normal. Assim, eu acho que (...) você sente a dor na hora e você ganha num dia e no outro dia você já tá em casa e você já pode tá andando, tá... Vida normal. Agora a cesárea acho que já é mais complicado né, porque é um corte, num é bem na hora que a criança vai nascer, é marcado... É muito antecipado né." (Acácia)

"O normal. Na minha opinião, acho que a gente se sente mais mãe, porque você sente a contração, você sente seu filho nascê. Agora, a partir do momento que você toma a anestesia, pra você num sentir mais nada... Então eu acho que você se sente mãe também, mais num é tanto como você tê o parto normal." (Alfazema)

As únicas duas gestantes (13%) que afirmaram preferir a cesáreas justificaram suas escolhas por conta de traumas com partos normais hospitalares e porque a mulher sente menos dor:

"Nesse aqui eu prefiro ser cesárea porque se não... Acho que eu não agüento mais um normal." (Papoula)

"O das minhas duas foi normal. Então eu, eu num sei... Mais eu acho que a cesárea é melhor numa parte né, porque num sente muita dor né." (Perpétua)

Estes dados corroboram com os obtidos por Visoná de Figueiredo e colaboradores (2010), em que a maioria (67%) das gestantes entrevistadas também afirmou preferir o parto normal como via de parto, por ser mais fisiológico para a mãe e o bebê; 23,0% consideraram a cesárea a melhor via de parto e os motivos relatados foram o medo em relação à dor do parto normal, experiências anteriores, a segurança e agilidade no processo.

No estudo de Melchiori e colaboradores (2009), a maioria das gestantes (75%) também relatou preferir o parto normal, principalmente porque acreditam ter uma rápida

recuperação e ser melhor para elas e/ou bebês. As gestantes (15%) que preferiram a cirurgia cesariana, pois consideraram ser um parto sem dor, sendo que essas preferências, em geral, foram influenciadas por amigas. Os dados obtidos por Oliveira e colaboradores (2002) revelaram que 74,7% tinham expectativa de que o parto fosse normal, e 25,3%, de que fosse cesárea. A justificativa mais citada pelas mulheres para esperar o parto normal foi a recuperação pós-parto mais rápida e, para a cesárea, ter tido cesárea anterior.

Em consonância com os estudos mencionados, nos dois únicos casos (Papoula e Perpétua) em que houve preferência pela cesárea, a escolha foi feita com base nas experiências anteriores (ambas já haviam vivenciado partos normais hospitalares) e na possibilidade de fuga da dor presente no parto normal. A idéia da fuga da dor é ilusória, de acordo com o próprio relato de Hortênsia e Orquídea, que passaram por cesáreas e afirmaram que o pós-operatório é extremamente doloroso e penoso, além de envolver o consumo excessivo de remédios que a mulher tem que tomar, pois este tipo de parto representa uma cirurgia e envolver riscos de inflamação e infecção do corte.

Quanto à questão da escolha da cesárea devido a experiências anteriores, já foram detalhados e abordados os aspectos que caracterizam o parto normal hospitalar hoje como os inúmeros procedimentos de rotina como a raspagem dos pêlos pubianos, lavagem intestinal, episiotomia, aplicação de ocitocina sintética. Além disso, a parturiente é praticamente obrigada a assumir a posição de litotomia, uma posição constrangedora, humilhante e desconfortável, ficando imobilizada na posição horizontal, sem poder ficar em pé, caminhar ou mesmo mudar de posição na cama (KITZINGER, 1996; DUNN, 2000).

A experiência de um parto nessas circunstâncias pode gerar traumas na mulher, interferindo na maneira como ela vai viver a maternidade e podendo aumentar as chances de depressão pós-parto. Diante disso, é inevitável que o parto seja descaracterizado em sua dimensão emocional e afetiva e se transforme num obstáculo a ser superado, o que faz com que a opção pela cesárea pareça mais segura para muitas mulheres, passando a idéia ilusória de ser um parto sem medo, sem risco e sem dor (BENATTI, 2008; BUONO, 2011).

2.3. Posição de parto imaginada

A significativa maioria das entrevistadas (treze) afirmou se imaginar parindo na posição deitada, com a barriga para cima, com as pernas levantadas e abertas, posição denominada tecnicamente de litotomia.

"Ai... Deitada com as perna pra cima." (Margarida)

"Deitada com as perna aberta lá." (Azaléia)

"Ai... Ah, normal mesmo. Posição de parto normal mesmo né, deitada." (Camélia)

"É, tem que ser deitada né... Eu acho que não tem outra posição." (Perpétua)

Uma delas, Orquídea, que já havia tido um parto cesáreo, afirmou achar que no parto normal a mulher tinha que ficar um pouco deitada:

"É, eu acho que tem que ficá um pouco sentada né, no normal. No normal tem que ficá um pouco sentada e na cesárea deitada né." (Orquídea)

Hortênsia foi a única que demonstrou interesse e vontade em parir de uma forma diferente da convencional, afirmando que gostaria de parir dentro da água. Porém, na cidade de Rio Claro não há nenhuma instituição que ofereça este tipo de parto. Diante desse quadro, ela disse que queria o normal, mas não sabia se era na posição deitada ou sentada:

"Ah eu queria fazer dentro da água, mas aqui não tem né, então eu... Ah o normal né, eu não sei se é deitada ou se é sentada que eles fazem..." (Hortênsia)

Infelizmente, no cenário obstétrico atual, a posição que vigora no parto normal é a de litotomia, com a mulher em uma posição horizontal, ainda que tal posição apresente diversas adversidades à mulher e ao bebê⁵.

2.4. Sensação de preparo para o parto

Apesar de nove das 15 gestantes terem relatado se sentirem preparadas para vivenciar o parto, muitas mostraram algumas contradições em suas falas, visto que apesar de afirmarem se sentirem preparadas, elas apresentaram algum tipo de medo:

"Ah, eu acho que sim. Vai chegando no final assim, você vai tendo medo por que é uma coisa que você nunca passou né. Ah, mas acredito que sim." (Dália)

"Sinto. Mas tenho um pouco de medo... Chega na hora tem bastante dor né. E tenho medo também de acontecer alguma coisa com o neném." (Rosa)

"Com certeza! Pro que der e vier! Não tenho medo de nada. Desde o início eu nunca tive medo. Só da cesárea (...). E eu tenho medo de estorá, essas coisas né... Mais do contrário..." (Camélia)

Todas que disseram não se sentir preparadas para o parto apresentaram algum tipo de medo, seja em relação ao próprio bem-estar físico, como, por exemplo, medo da dor, de ser

5 - As desvantagens da posição horizontal para a mãe e para o bebê são apresentadas no item: "3. 4. Considerações sobre posições de parto".

esquecida pelo médico no momento do parto ou de ter hemorragia; seja no que diz respeito à saúde e segurança do bebê, como o risco de o cordão umbilical enrolar no pescoço ou de roubarem a criança:

“Não. (risos nervosos). Ah eu tenho todos os medos. Principalmente de você vê na televisão aquele... aquela coisa de que a criança acaba de nascê e já roubarem ou de o médico esquecer. Porque já aconteceu com uma amiga da minha mãe, o médico esquecê ela lá, na hora que ela tava tendo a criança, o médico falô pra deixá ela lá, sabe. Daí a enfermeira teve que subi em cima da barriga dela... Então eu tenho medo de isso acontecê comigo.” (Acácia)

Esta era a primeira gravidez de Acácia e por nunca ter vivenciado um parto, é inevitável que criem uma série de suposições em relação ao momento que está por vir, que podem ter sido construídas por meio da visualização de imagens, como cenas assistidas na televisão, ou por intermédio de histórias, contadas por pessoas, conhecidas ou não, que já tenham presenciado ou vivenciado situações em partos. Nota-se a influência exercida pela televisão na construção do senso de realidade, principalmente através de novelas, sendo que há uma tendência das mulheres a se projetarem na história que assistem. Geralmente as cenas de parto ilustradas na rede televisiva remetem a sofrimento, cesáreas e dor.

Para mulheres que já tiveram partos anteriores e sentiram muita dor, a descoberta de uma nova gravidez traz à tona o trauma, o que pode de ser motivo de angústia, de desespero e de medo. Algumas podem superar essas sensações, conformadas com o fato de que é uma situação inevitável e encontrando forças no momento do parto.

“Olha, no começo eu pensei muito. Mais agora eu tô mais preparada sim porque... A gente vai tê que pôr no mundo, então tem que ser né... No começo eu fiquei com um pouco de medo que eu pensei: “Nossa! Eu vô passá tudo essa dor de novo... Num vô suportá né”. Mais... Os filho sempre dá força pra gente né, porque a hora que a gente vê que a gente precisa nascer, que a gente... É a ansiedade de conhecê, de vê como que é. Então a gente acaba... Tendo força pra ele nascer.” (Alfazema)

Para outras, no entanto, ter que passar por essa situação novamente pode ser mais difícil, devido a situações muito traumáticas vivenciadas outrora:

“Quando eu penso no normal não. Nossa, quando eu penso no normal... Me dá um desespero, eu fico gelada... Eu acho que eu num consigo, eu travo, eu acho que eu vô travá na hora (...) Pelo que aconteceu anteriormente né. É um mais um medo psicológico.” (Papoula)

Também foi apresentada a idéia de que todas as mulheres, sem exceção, ficam nervosas no parto e nunca estarão completamente preparadas:

“Não. Porque... É um momento difícil. Porque todas têm nervoso nessa hora... Todas as mulheres.” (Perpétua)

"Ah eu acho que ninguém tá preparada! (...) Não tenho medo do parto em si não. Mas a gente tem medo de dá algum problema, de enrolar o cordão umbilical (no pescoço)..." (Hortênsia)

Como se percebe, há uma série de medos relacionados ao momento do parto. Este dado também foi encontrado por Melchiori (2009), que constatou que a maioria das gestantes afirmou ter os seguintes medos em relação ao parto: sentir dor/sofrer, acontecer algo com elas e/ou bebês, a situação desconhecida ou avaliada como negativa. A presença de pessoas de confiança, como o marido, a mãe ou o médico, poderia minimizar esses temores.

A ansiedade e os temores em relação ao parto são fatores que contribuem consideravelmente para que os partos sejam prolongados ou distócios - quando ocorrem anormalidades - sem que se verifiquem causas mecânicas ou médicas (MALDONADO, 1988).

Um dos principais medos entre as gestantes é a dor, que causa muito desconforto à parturiente, que ao percebê-la durante o trabalho de parto se sente, em grande parte das vezes, em perigo, ameaçada, amedrontada (BEZERRA, 2006).

A dor do parto é causada pela baixa oxigenação e pela distensão de tecidos uterinos, associadas a emoções, medos, tabus, mitos, crenças, tensões, inseguranças e diversos outros fatores culturais. Assim, sua intensidade e tolerância são muito variáveis entre as mulheres (LINS, 1988). Maldonado (1988) também ressalta que a gestante traz para a experiência do parto inúmeras peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais e, uma vez que a fisiologia do parto está sob o domínio do ramo parassimpático do sistema nervoso autônomo (SNA), a interferência dos fatores emocionais é extremamente relevante.

A forma como estas questões culturais e sociais se relacionam com a experiência do parto são exemplificados por Kitzinger (1987), que afirma que as mulheres chegam até a perceber e sentir as dores de maneiras diferenciadas de acordo com tais questões. Ela dá o exemplo das mulheres jamaicanas, que sentem sem qualquer incômodo a pressão exercida pela cabeça do bebê em seu períneo e, no entanto, sentem desconfortos grandes com dores lombares, a prova de que a parte traseira está "se abrindo", o que acreditam ocorrer antes de nascer a criança. Por outro lado, mulheres inglesas de classe média ficam incomodadas e até chocadas com a sensação de pressão contra o reto e a vagina no trabalho de parto.

Diante das informações apresentadas, percebemos que muitos dos medos podem ser trabalhados previamente com as gestantes, que podem, pouco a pouco, ir identificando-os e, assim, encará-los de frente. Muitos deles podem ser trabalhados com a gestante durante o acompanhamento pré-natal e, certamente, seriam minimizados se houvesse uma preparação

para o parto, o que possibilitaria a elas o entendimento sobre o que acontece em seu corpo e os processos fisiológicos envolvidos no parto, que são naturais. Sem dúvidas essa maior compreensão sobre seus próprios medos e sobre os processos fisiológicos que ocorrem em seu corpo momento do parto proporcionaria à parturiente mais confiança em sua feminilidade, em sua força de mamífera, de fêmea, permitindo, assim, que a natureza atue em seu corpo, sem bloqueios e entravas.

3. Com relação à amamentação

3.1. Intenção e motivo para amamentar

Todas as gestantes, sem exceção, afirmaram ter a intenção de amamentar seus filhos. Quanto ao tempo que pretendem amamentar, a duração variou bastante: de seis meses a um ano (53%), de um a dois anos (20%), enquanto o bebê quiser/tempo necessário (27%).

"Sim. (...) E se possível até, no mínimo, seis meses." (Dália)

"Sim. Ah, pelo menos um ano, o que der né. Com a vida corrida da gente de hoje..." (Magnólia)

"Sim. O tempo não sei... Depende. Mas o tempo que o neném quiser assim, um ano e meio, sei lá." (Violeta)

"Sim. O tempo é até ter leite e criança quiser. Porque eu acho assim né, você tem que dá né! Porque vai negá o leite da criança?" (Perpétua)

"Sim. (...) Olha, esse aqui eu pretendo até os dois anos. Mais vai depende da minha dó né, porque do meu menino eu tive dó, então por isso que eu deixei ele mamá até os cinco. Então a gente fala: "Eu quero até os dois", mais às vezes você acaba tendo dó porque vem pedindo, vem pedindo e você acaba cedendo né." (Alfazema)

"Com certeza. O tempo que for necessário... Se ele se sentir alimentado, se sentir bem, eu vô alimentá ele, eu vô amamentá sim. Se não, se eu começar a dar peito pra ele e eu sentir que ele tá com fome ainda, eu vô tê que incluir alguma coisa, o leite específico." (Camélia)

Quando questionadas sobre o porquê de amamentarem, as gestantes expuseram diversos motivos como, por exemplo, ser o melhor alimento nos primeiros meses de vida do bebê; ser o melhor leite; ser bom e trazer benefícios para a saúde do bebê, evitando muitas doenças, infecções e alergias:

"Eu vou amamentá sim, porque eu acho que é fundamental a amamentação pro bebê. Ah, eu acho que evita muita coisa né. Evita muita doença (...) E eu acho que é excelente assim pra... Pra criança né." (Alfazema)

"Ah porque o leite materno é melhor do qualquer leite que dá. Porque evita infecção e dor de barriga também... Evita bastante coisa né. É bom pros dentinho também quando tá nascendo." (Rosa)

"Porque eu acho que é importante né pra criança. O leite materno acho que é o que (...) sustenta mais a criança, que dá mais... Como se diz? Praticamente como se fosse um remédio, só que bem mais saudável." (Acácia)

Além dos aspectos nutricionais da amamentação, foi mencionado o caráter afetivo e emocional da mesma, representando um momento de proximidade e simbiose entre quem amamenta e quem é amamentado:

"É uma troca de carinho entre mãe e filho, eu acho." (Azaléia)

Por outro lado, a amamentação também foi mencionada como uma obrigação a ser cumprida, o que pode torná-la um fardo a ser carregado:

"Ah por que é obrigatório mesmo né." (Perpétua)

Margarida, que amamentou sua primeira filha até três anos de idade, apresentou algumas dificuldades da amamentação prolongada e afirmou que pretendia amamentar sua outra filha durante ano apenas:

"Ah porque assim... A criança que mama no peito dá mais trabalho, a gente, às vezes precisa ir em algum lugar que não pode levar, a criança não fica com ninguém... Por isso acho que até um ano já tá bom..." (Margarida)

Os resultados são muito positivos. Todas as mães demonstraram vontade em amamentar seus filhos e estavam bem informadas sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebê. Apenas Perpétua demonstrou um pouco de desânimo em relação à amamentação ao dizer que não poderia negar o leite da criança e, portanto, iria dar. Como motivo para a amamentação relatou o fato de ser obrigatória. Talvez essa reação seja um reflexo de sua rejeição à gravidez, ao seu cansaço físico e o fato de já ter amamentado suas duas outras filhas, o que pode não ter sido muito prazeroso.

Quanto à duração do aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011a; 2011b) recomendam que ele deve ser iniciado na primeira hora após o nascimento, pois auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia além de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho. A amamentação deve ser exclusiva nos primeiros 6 meses, ou seja, até essa idade, o bebê deve ser alimentado apenas com o leite materno, não necessitando de nenhum outro alimento ou bebida. A partir dos 6 meses, pode ser iniciada a introdução de alimentos complementares, juntamente com a continuação da amamentação, que deve durar até os dois anos ou mais.

Quanto à duração da amamentação, uma pesquisa realizada por Faleiros, Trezza e Carandina (2006) diagnosticou que maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, são fatores que freqüentemente estão relacionados ao desmame precoce enquanto outros, como o apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, são favoráveis à amamentação.

O leite materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida e suas vantagens sobre os outros leites já estão amplamente confirmadas e divulgadas na literatura científica mundial, sendo que suas características bioquímicas, nutritivas e digestivas são perfeitamente adequadas, pois nada é mais específico para a alimentação do recém-nascido do que o leite de sua própria espécie. Ao contrário dos leites artificiais, o leite materno possui muitos agentes bioativos, com funções moduladoras sobre o sistema imunológico, antiinflamatória e ativadora sobre o desenvolvimento do organismo (RICCO; CIAMPO; ALMEIDA, 2004; ROXO JÚNIOR, 2004; TOMA; REA; 2008).

Por isso, a amamentação exclusiva reduz a mortalidade infantil devido a doenças comuns da infância, principalmente infecções de vias aéreas e gastrintestinais como pneumonia ou diarreia. O UNICEF (2011a) calcula que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, 1,3 milhão de mortes de crianças menores de 5 anos. Há evidências, também, de que o aleitamento natural faz com que as crianças adoeçam com menos freqüência e contribui para uma recuperação mais rápida durante a doença e além disso, promove proteção com duração de anos após a lactação contra infecções e quadros alérgicos, além de resposta mais eficaz às vacinas (RICCO *et al.*, 2004; OMS, 2011). Muitas das entrevistadas ressaltaram a questão de o aleitamento ser bom para a saúde do bebê, protegendo-o de alergias e infecções.

Além de saciar a fome e garantir a nutrição física do recém-nascido, a amamentação envolve os aspectos emocionais, sendo que o contato corpo-a-corpo com a mãe e a sucção do seio tranquilizam-no, proporcionando-lhe afeto e conforto. Tal contato é de fundamental importância para o desenvolvimento psicológico da criança (RICCO; CIAMPO; ALMEIDA, 2004) Este aspecto da amamentação foi ressaltado pela fala de Azaléia.

O aleitamento materno traz benefícios também para a saúde da mulher, sendo que há, entre as mães que amamentam, uma menor incidência de doenças como câncer de mama, certos cânceres do epitélio ovariano e certas fraturas ósseas por osteoporose, especialmente de quadril. Há também diminuição dos riscos de artrite reumatóide, retorno ao peso pré-

gestacional mais precoce e maior espaçamento intergestacional (REA, 2004; TOMA; REA; 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência integral à saúde da mulher deve englobar todo seu ciclo vital, incluindo o planejamento familiar e uma assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério. Porém, a atenção ao planejamento familiar ainda apresenta falhas, visto que muitas mulheres desconhecem os diversos métodos contraceptivos existentes, o que resulta em um crescente número de gravidezes indesejadas e mulheres conformadas com realidades que não desejavam vivenciar.

A assistência pré-natal atual ainda se mostra mais focada na quantidade do que na qualidade. Em grande parte das vezes, a equipe médica que realiza as consultas tem uma postura mecânica, fria e pautada nos aspectos físicos das gestantes. As enfermeiras demonstram uma postura acolhedora, atenciosa e disposta a ouvir e informar as gestantes. Porém, as enfermeiras têm diversas outras responsabilidades e compromissos nas Unidades de Saúde da Família. A escassez de atividades educativas grupais no acompanhamento pré-natal diagnosticada neste estudo e também a postura dos médicos pode ser decorrente de uma sobrecarga de tarefas sobre os profissionais de saúde responsáveis por tal assistência.

Sugerimos, assim como é proposto pelo Ministério da Saúde e pela Organização de Saúde, que sejam realmente criados grupos de apoio formados por diferentes profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e educadores, a fim de viabilizar a instauração de ações educativas no pré-natal. Mas para que isso seja possível, é necessário que o governo disponibilize verbas para a contratação desses profissionais, que auxiliariam na preparação, organização e realização de atividades grupais com as gestantes e suas famílias, proporcionando uma rica troca de experiência entre eles e também com os profissionais de saúde envolvidos.

Todas as gestantes perceberam as mudanças decorrentes da gravidez e se comunicavam de alguma forma com seu bebê, mostrando que tais mulheres são perceptivas e atentas aos sinais de seus corpos. No entanto, elas apresentaram um conhecimento insuficiente sobre o próprio corpo e os processos que nele ocorrem na gestação e parto, o que evidencia a necessidade de que mais ações educativas sejam realizadas no pré-natal, pois uma maior conscientização pode contribuir significativamente para a melhoria da saúde materno-infantil.

Todas demonstraram muitos medos em relação ao parto, para o qual não foram nem serão preparadas. Os poucos relatos que fizeram referência a grupos de gestantes e

informações recebidas não trataram em momento algum da questão do parto, sendo que este é um momento que será vivido por todas elas e tem importância relevante na vida de todas essas mulheres e de seus filhos.

Os medos por elas relatados foram inúmeros e vários deles estavam relacionados com traumas e experiências anteriores negativas advindas de vivências anteriores. Foi possível perceber através dos depoimentos que o tratamento às parturientes oferecido na rede hospitalar ainda está sujeita a atitudes desumanas por parte de profissionais despreparados, atitudes de desdém e desvalorização dos sentimentos das gestantes, que aceitam essa forma de violência consentida por não ter opções.

Destacamos, nesse sentido, a importância das doulas, que poderiam acolher essas mulheres, oferecendo a elas apoio físico e emocional, podendo contribuir para uma vivência mais tranquila, prazerosa e harmônica desse momento tão marcante na vida das mães e de seus bebês. Além disso, já existe uma lei que garante a presença de acompanhante no parto, sendo que este direito da gestante ainda não é garantido em grande número de hospitais e maternidades. É necessário que a infra-estrutura dessas instituições seja adequada para tanto, possibilitando que as parturientes possam ter esse direito assistido.

Diante do que foi exposto percebemos que tais mulheres ainda apresentam inúmeras dúvidas, questionamentos e temores em relação à gravidez e ao parto, sendo que a forma que elas vivenciam estes momentos deixará marcas profundas em suas vidas e na constituição da maternidade das mesmas.

Como foi possível perceber através das histórias de vida dessas mulheres, cada uma delas apresenta inúmeros valores, particularidades, crenças, experiências, saberes. É muito importante que tais ações levem em consideração os aspectos psicossociais e culturais das mulheres envolvidas no processo educativo e que seja feita uma escuta ativa dessas mulheres para que suas reais necessidades sejam atendidas, suas dúvidas possam ser sanadas e seus medos, que são muitos, possam ser compreendidos e trabalhados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, L. S. et al. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Tratamentos estéticos e cuidados dos cabelos: uma visão médica (parte 2), Rio de Janeiro, v. 1, n. 4., 2009. Disponível em: < <http://www.surgicalcosmetic.org.br/public/artigo.aspx?id=27>>. Acesso em: 19 set. 2011.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2011.
- ANARUMA, S. M. A sexualidade de meninas institucionalizadas: uma realidade em construção. Dissertação de mestrado – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988.
- ATIBAIA, C. Casa da Gestante de Rio Claro. Diário do Rio Claro, Rio Claro, out.2010. Disponível em: <www.diariodorioclaro.com.br/product.asp?pid=27788>. Acesso em: 20 set. 2011.
- AVERSI-FERREIRA, T. A.; PENHA-SILVA, N. Efeitos do etanol sobre a migração neuronal na formação do neocórtex cerebral. Bioscience Journal. Uberlândia, v. 21, n. 1, p. 151-157, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/viewFile/6575/4309>>. Acesso em: 24 abr. 2011.
- BALASKAS, J. Parto ativo: um guia prático para o parto natural. Tradução de A. S. Meira. São Paulo: Ground: 1993.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2011.
- BARROSO, I. C. Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: histórias e memórias. Dissertação de Mestrado - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- BENATTI, L. O parto é delas. Revista do Brasil, São Paulo, n. 28, p.40-45, 2008. Disponível em: < <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/28/o-parto-delas/>>. Acesso em: 16 mar. 2010.
- BERNE, R. M.; LEVY, M. N. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- 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. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2011.

BORTOLETTO, C. C. P. Nutrição na gestação. Disponível em: <http://www.nutricaoodagestante.com.br/nutricao_gestacao.html>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Orientações curriculares para o ensino médio: Ciências da natureza, matemática e suas tecnologias. v.2. Brasília: MEC / SEF, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112>. Acesso em: 31 fev. 2011a .

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde incentiva parto normal. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908>. Acesso em: 31 fev. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Parteiras. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34281&janela=1>. Acesso em: 31 fev. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Parto normal: mais segurança para a mãe e o bebê. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911>. Acesso em: 31 fev. 2011d.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio

de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, out. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2011.

BUONO, D. Panorama atual. Disponível em:

<<http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=panoramatual&ext=html>>. Acesso em: 31 fev. 2011.

CARDOSO, A.; SANTOS, S.M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação. Diálogos Possíveis. Salvador, v. 6, n. 1, p. 141-159, jan-jun, 2007.

Disponível em: <<http://faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

CARVALHO, S. As parteiras existem porque resistem. Enfoque feminista, São Paulo, v.6, n.32, 1994.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CHOPRA, D. Origens mágicas, vidas encantadas: um guia holístico para a gravidez e o nascimento. Rio de Janeiro: Racco, 2005.

COSTA, B. M. F.; MALDI, P. C.; GIL, M. F.; PAULINELLI, R. R. Fatores determinantes do ganho de peso excessivo em gestantes eutróficas. Femina, Rio de Janeiro, n. 34, v. 12, p.823-828, dez. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=451920&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 set. 2011.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.

CULCLASURE, D. F. Reprodução na espécie humana. Tradução de H. Lent. Brasília: Edgar Blücher, 1973a.

CULCLASURE, D. F. Sistema reprodutor. Tradução de M. L. Samara. Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília, 1973b.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.627-637. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2010.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705. 2005.

Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2010.

DUNN, P. M. Posição materna durante o parto: aspectos históricos e antropológicos. In: SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. (Org.). Parto humanizado: formas alternativas. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p. 27-32.

ELIAS, M. C. Dieta na gravidez. Disponível em: <http://www.clubedobebe.com.br/Manual%20da%20Gestacao/dietanagravidez.htm>. Acesso em: 23 fev. 2010.

FADYNHA. Meditações para gestantes: o guia para uma gravidez saudável, plena e feliz. 6.ed. São Paulo: Ground, 2006.

FADYNHA. A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground, 2003.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência Pré-Natal: Manual de Orientação. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/121_manualprenatalfebrasgo.pdf. Acesso em: 22 mar. 2011.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO. Atenção à saúde. Disponível em: <http://www.saude-rioclaro.org.br/UBS/atencao%20a%20saude.htm>. Acesso em: 23 fev. 2011.

GARCIA, C. R.; GARCIA, E. S. E. Epinephrine-like substances in the blood and their relation to uterine inertia. American Journal of Obstetrics and Gynecology, São Paulo, v. 69, p. 812, 1955. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14361499>. Acesso em: 28 mai. 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. & GASKELL, G. (Ed). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, J. Cervezão: Centro Comunitário Beija Flor integra comunidade e auxilia na geração de renda. Jornal Cidade, Rio Claro. Disponível em: <http://jornalcidade.uol.com.br/rioclaro/dia-a-dia/bairros/58316-CERVEZaO:-Centro-Comunitario-Beija-Flor-integra-comunidade-e-auxilia-na-geracao-de-renda>. Acesso em: 20 set. 2011.

GUYTON, A. C. Fisiologia humana. Tradução de C. A. Esberard. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

HOTIMSKY, S. N. Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da associação comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico do estado de São Paulo em 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf. Acesso em: 23 fev. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. O fumo e a gravidez.

Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=gravidez.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Ganho de peso gestacional e macrosomia em uma coorte de mães e filhos. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p.47-53. 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1/v81n1a10.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

KLAUS, M. & KENNEL, J. Pais/bebê: a formação do apego. Tradução de D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M.; KENNEL, J. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered.

Acta Paediatrica, Oslo, v. 86, p. 1034–1036, 1997. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x/abstract>>. Acesso em: 06 out. 2011.

KITZINGER, S. A experiência de dar à luz. Tradução de L. C. de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KITZINGER, S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. 3. ed. Tradução de A. F. Bastos L. Leitão. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

KONDO, C. Acompanhante no parto: todas nós temos direito! Disponível em:

<http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=lei_introducao&ext=html>. Acesso em: 31 mar. 2011.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, jan.-mar. 2006. Disponível em:

<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 out. 2011.

LEOPERCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 30, n. 2, abr. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/Jbpneu/v30n2/v30n2a16.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2011.

LINS, F. E. O parto natural: a mais nova, ou mais antiga forma de dar à luz. 2. ed. Rio de Janeiro: Bloch Editora, 1988.

MALDONADO, M. T. P. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1988.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. Acta scientiarum . Health sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, jul.-dez. 2004. Disponível em:

<http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_2/05_290_03_Mamede20et20al_Movimentacao20deambulacao.pdf>. Acesso em: 30 set. 2011.

MELCHIORI, L., MAIA, A., BREDARIOLLI, R., HORY, R. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. Interação em Psicologia, Curitiba, v. 13, n. 1, out. 2009.

Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/9858/10482>>. Acesso em: 28 Set. 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC. 1994.

MONTAGU, A. A saúde do bebê antes do parto: guia completo e atualizado dos cuidados pré-natais. Tradução de T. L. Solstein. São Paulo: IBRASA, 1969.

MOORE, K. L. & PERSAUD, T. V. N. Embriologia básica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MOTTA, C. C. L. Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal, Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.7, n.13, p.109-18, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a07.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 mar. 2011.

NAKAMURA, M. U. *et al.* Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. Sao Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 122, n. 3, p. 94-98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v122n3/a04v1223.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2011.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 58.

ODENT, M. O renascimento do parto. Tradução de M. Noronha e T. G. Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.

ODENT, M. A cientificação do amor. Tradução de R. B. Calheiros. Florianópolis: Saint Germain, 2002b.

OLIVEIRA, S. M. J. *et al.* Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2011.

OMS. Lactancia materna. Disponível em: <http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html>. Acesso em: 30/09/2011.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

PACIORNIK, M. Aprenda a viver com os índios: o parto de cócoras, desempenho sexual, ginástica índia, comer e descomer. 3. ed. São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1991.

PASTORAL. DA CRIANÇA. Guia do líder da Pastoral da Criança. 9. ed. Curitiba, 2007.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; DE NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. Psicol. estud. Maringá, v.13, n.1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

QUEIROZ, M. I. P. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5(Supl), p. 142-146. nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2011.

REBERTE, L. M. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção de saúde da gestante. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. Carta de Campinas. 1993. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=397&Itemid=35>. Acesso em 01 abr. 2011.

REICH, E.; ZORNÂNSZKY, E. Energia vital pela bioenergética suave. São Paulo: Summus, 1998.

RICCO, R. G.; CIAMPO, L. A. D.; ALMEIDA, C. A. N. Importância do aleitamento materno. In: CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. (Ed). Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 7-17.

RILEY, E.P. *et al.* Fetal alcohol effects: mechanisms and treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, v. 25, n. 5, p.110-116, mai. 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02384.x/abstract>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2011.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R.; SARTOR, C. S. D. Pesquisando...: guia de metodologias de pesquisa para programas sociais. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

RODRIGUES, G. C. O dilema da maternidade. São Paulo: Annablume, 2008.

RODRIGUES, L. P. F. Lobas e grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem. São Paulo: Editora Ágora, 1999.

ROXO JÚNIOR, P. Mecanismos e fatores de defesa do leite materno. In: CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. (Ed). Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 35-41.

SABATINO, H. Moderno método de preparação psicológica para gestantes. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, v. 106, n. 7, jun. 1996.

SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. (Org). Parto humanizado: formas alternativas. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.4, n.3, p.269-279, jul/ set, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2011.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. W. Métodos de pesquisa nas relações pessoais. 2. ed. São Paulo: Herder, 1967.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. Indicadores e Dados Básicos - 2009./ Ministério da Saúde, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/f07.def>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

TEW, M. Safer childbirth?: A critical history of maternity care. 2. ed. Londres: Chapman & Hall, 1995.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.235-246, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.419-427, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2010.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia. Tradução de M. R. Borges-Osório. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

UNICEF. Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm>. Acesso em: 30/09/2011a.

UNICEF. Ten steps to successful breastfeeding. Disponível em: <<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm#10>>. Acesso em 30/09/2011b.

VELLAY, P. Parto sem dor: princípios, práticas e testemunhos. Tradução de J. Knoplich. 4. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

VERNY, T. A vida secreta da criança antes de nascer. Tradução de C. R. R. de Lima. São Paulo: Cis José Salmi, 1989.

VISONÁ DE FIGUEIREDO, N. S. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1146/460>>. Acesso em: 02 out. 2011.

ANEXOS

Anexo A – Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005.



Presidência da República

Casa

Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Mensagem de veto

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII - DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Humberto Sérgio Costa Lima

Anexo B – Portaria MS/GM N° 2.418.**MINISTÉRIO DA SAÚDE****Gabinete do Ministro****PORTARIA MS/GM N° 2.418, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2005**

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005. Seção 1, p. 32

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, e

Considerando o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania;

Considerando que vários estudos da medicina baseados em evidências científicas apontam que o acompanhamento da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação; e

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, resolve:

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP de Rio Claro para a realização da presente pesquisa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Rio Claro



DECISÃO CEP Nº 095/2009

Instituição: UNESP – IB – CRC	Departamento: Educação
Protocolo nº: 7169 de 11.11.2009	Data de Registro CEP: 12.11.2009
Projeto de Pesquisa: "Germinação, Desenvolvimento e Colheita da Semente na Mulher-Terra: um enfoque sobre os processos naturais de gestação e parto"	

Pesquisa Individual	Pesquisador Responsável: -.-
---------------------	------------------------------

Pesquisa Alunos de Graduação	Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Sílvia Marina Anaruma
	Orientando(a): Regina Machado de Souza

Pesquisa Alunos de Pós-Graduação	Pesquisador Responsável: -.-
	Orientador(a): -.-

Objetivo Acadêmico:	<input type="checkbox"/> TCC
	<input type="checkbox"/> Mestrado
	<input type="checkbox"/> Doutorado
	<input checked="" type="checkbox"/> Outros (especificar) – Pesquisa e TCC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP – Campus de Rio Claro, em sua 36ª reunião ordinária, realizada em 1º/12/2009,

<input checked="" type="checkbox"/>	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.
<input type="checkbox"/>	Desde que atendidas as pendências apontadas na reunião (vide anexo), aprova o Projeto de Pesquisa acima citado.
<input type="checkbox"/>	Referendou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.
<input type="checkbox"/>	Aprovou retornar ao interessado para atendimento das pendências encontradas (prazo máximo de 60 dias):
<input type="checkbox"/>	Não Aprovou.
<input type="checkbox"/>	Retirou , devido à permanência das pendências.
<input type="checkbox"/>	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado e o encaminha , com o devido parecer, para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP/MS , por se tratar de um dos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

"Formulário para Acompanhamento dos Protocolos de Pesquisa Aprovados"
Data de Entrega: Janeiro de 2011

Rio Claro, 02 de dezembro de 2009.

Profa. Dra. Maria Izabel Souza Camargo
Coordenadora do CEP

Anexo D – Autorização da Fundação Municipal da Saúde de Rio Claro.

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
 Instituto de Biociências - Câmpus de Rio Claro
 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO



Rio Claro, 05 de julho de 2010.

Prezada Senhor,

Na gestão passada foi autorizado o pedido para desenvolver a pesquisa intitulada *"Germinação, desenvolvimento e colheita da semente na Mulher-Terra - um enfoque sobre os processos naturais de gestação e parto"*, de minha aluna Regina Machado de Souza do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas. A pesquisa envolve a entrevista e orientação de 15 gestantes que freqüentam as UBS do município.

No momento, estamos na fase de contato com as UBS e para podermos realizar a coleta de dados gostaríamos de confirmar a sua aprovação.

No anexo se encontram as cópias: ofício do pedido e autorização, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o projeto de pesquisa.

Certas de contar com a vossa colaboração, antecipadamente, agradecemos.
 Atenciosamente,

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO FMSRC PROTOCOLO		
Número	Data	Rúbrica
2228	06/07/10	Aline


 Prof.ª Dr.ª **SILVIA MARINA ANARUMA**
 Docente do Departamento de Educação

Ao Senhor
Dr. Marco Aurélio Mestrinel
 Secretária Municipal da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro
 Prefeitura Municipal de Rio Claro

Instituto de Biociências - Departamento de Educação
 Avenida 24-A nº 1515 - CEP 13506-900 - Rio Claro - S.P. - Brasil
 tel 19 3526-4245 - fax 19 3526-4246 - educbro@rc.unesp.br

Anexo E - Roteiro da entrevista semi-estruturada.

1. Essa é sua primeira gravidez?
 - 1.A. Quantos filhos você tem? O que você mais se lembra da(s) outra(s) gravidez(es)?
2. Em que mês ou semana gestacional você está?
3. Quantas consultas de pré-natal você fez?
4. Essa gravidez foi planejada?
5. Você usava algum método contraceptivo?
6. O que esta gravidez mudou em sua vida?
7. Você pretende mudar ou mudou algum hábito, costume nessa fase? Por quê?
8. Você se sente amparada/preparada/informada para a gestação e o parto? Como?
9. Você divide suas dúvidas e descobertas com outra pessoa (marido/mãe/irmãos)?
10. Você frequenta ou frequentou algum grupo de gestantes? Onde? Gostaria de frequentar um?
11. Em que parte do seu corpo você acha que o bebê fica?
12. Como você acha que seu bebê se alimenta?
13. Você acha que é possível se comunicar com seu bebê dentro da barriga?
14. Você se comunica com ele?
15. Você acha que ele sente alguma coisa na sua barriga? O que?
 - 15.A. - Qual foi sua experiência com o(s) parto(s)? Como foi a dor?
16. O que você acha que é o trabalho de parto? O que acontece no seu corpo?
17. Quais os tipos de parto que você conhece?
18. Qual tipo de parto você prefere? Por quê?
19. Qual é a posição que você se imagina parindo?
20. Você se sente preparada para o parto? Você tem algum medo?
21. Você pretende amamentar? Por quê? Por quanto tempo?
22. Você sente falta de algum tipo de informação? Onde você busca essas informações? Quais suas principais dúvidas?

Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

*UNESP Rio Claro – Instituto de Biociências – Departamento de Educação
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)*

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Sou Regina, estudante de Biologia da UNESP de Rio Claro e estou fazendo um estudo sobre gravidez e parto. Nesse estudo quero saber o que nós mulheres rio clarenses sabemos sobre esses assuntos e como vivemos esse momento de nossas vidas. Para realizar a pesquisa, farei entrevistas com mulheres grávidas que freqüentam o serviço de pré-natal nos postos de saúde de Rio Claro. Essa entrevista será uma conversa gravada na qual farei algumas perguntas sobre os assuntos gravidez e parto. Após a entrevista, darei explicações sobre os assuntos abordados para que as gestantes entendam melhor o que acontece no corpo feminino durante a gravidez e o parto, para que vocês possam viver de uma maneira mais consciente e saudável essa fase tão importante em suas vidas. Essa pesquisa trará benefícios para a educação de gestantes e também para a saúde materno-infantil.

Por isso, convido você a participar dessa pesquisa respondendo as perguntas que farei para você. Você terá toda a liberdade de se recusar a participar da entrevista e também de retirar seu consentimento em relação a ela em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer penalização alguma. Caso você se sinta desconfortável ou incomodada com qualquer coisa durante a entrevista basta me avisar para que eu providencie um auxílio com alguém de sua confiança. Me responsabilizo e garanto que seus dados pessoais e as informações obtidas através das entrevistas serão mantidas em completo sigilo e que eles serão usados somente para fins de pesquisa. É seu direito receber qualquer esclarecimento antes e durante o desenvolvimento da pesquisa e para isso me ponho à disposição para dúvidas e esclarecimentos através de meu e-mail e do telefone de minha orientadora (pesquisadora responsável), no qual você poderá ligar quando achar necessário.

Regina Machado de Souza
Anaruma
Estudante da UNESP – Rio Claro

Profª Drª Silvia Marina
Anaruma
Pesquisadora responsável

Projeto: “Germinação, Desenvolvimento e Colheita da Semente na Mulher-Terra: orientação de gestantes do SUS de Rio Claro sobre gestação e parto”

Eu, _____, nascida em ___/___/___, portadora do RG: _____, residente em Rio Claro no endereço _____, com o nº de telefone _____, declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estou ciente de seu conteúdo e aceitei participar deste projeto de livre e espontânea vontade, que fui informada sobre seus objetivos, tive a garantia de sigilo dos meus dados e autorizo que sejam usados somente para fins científicos.

Assinatura: _____ Rio Claro, ____ de _____ de 2010.

Dados para contato:

Graduanda: Regina Machado de Souza/ e-mail: reginasz@rc.unesp.br. Pesquisadora responsável: Profª Drª Silvia Marina Anaruma/ telefone: 35264277/ e-mail: smarina@rc.unesp.br/ endereço UNESP: Avenida 24-A, nº 1515 – Bela Vista. Departamento de Educação.

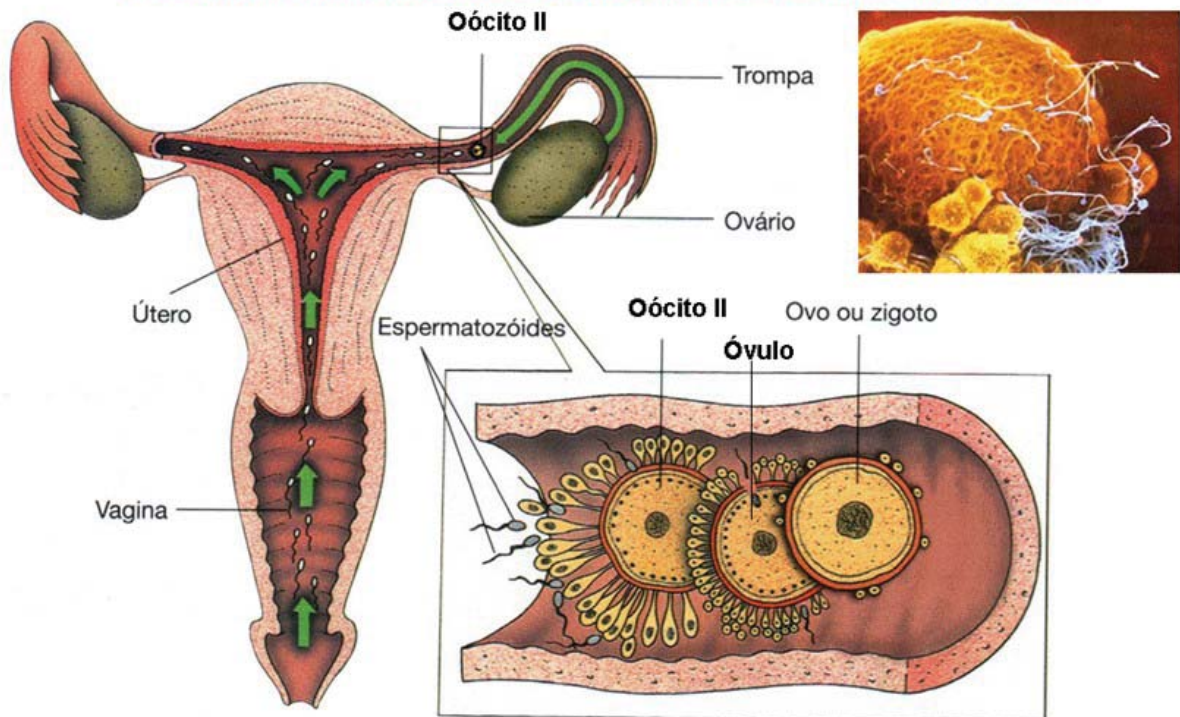
Anexo G – Conjunto de imagens utilizado nas orientações individuais

Sistema reprodutor feminino e fecundação do óvulo pelo espermatozóide



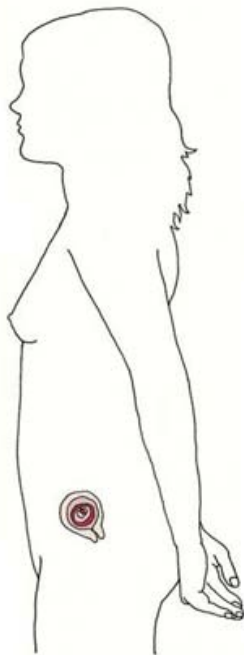
Imagens retiradas de www.gandaia.br.net/2009_06_01_archive.html

Sistema reprodutor feminino e fecundação do óvulo pelo espermatozóide

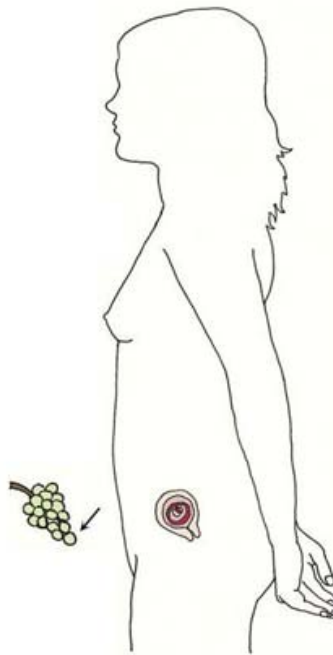


Imagens retiradas do site: <http://sites.google.com/site/reproducaoHumana2009/Home/conteudos/fecundacao-nidacao>

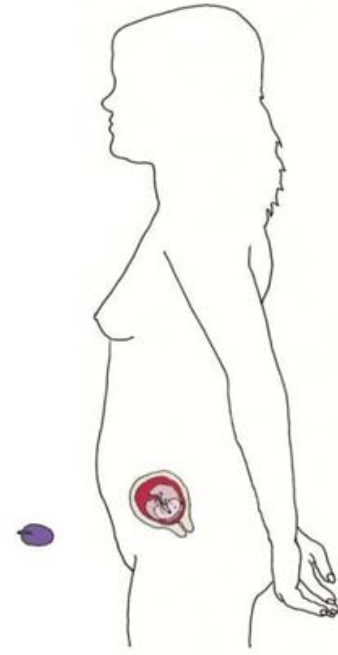
Tamanho real do feto no decorrer da gestação



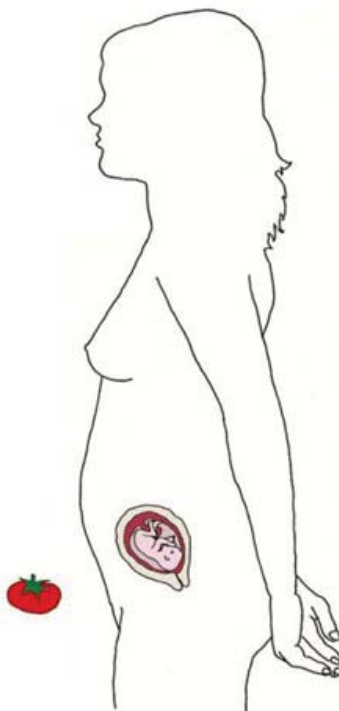
- Da 1ª a 7ª semana



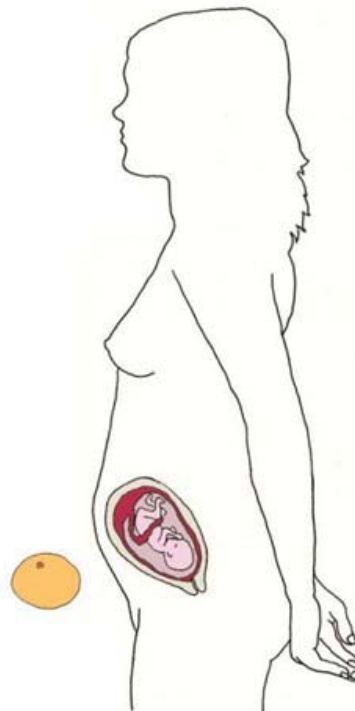
- Da 8ª a 11ª semana (gomo de uva)



- Da 12ª a 15ª semana (azeitona)



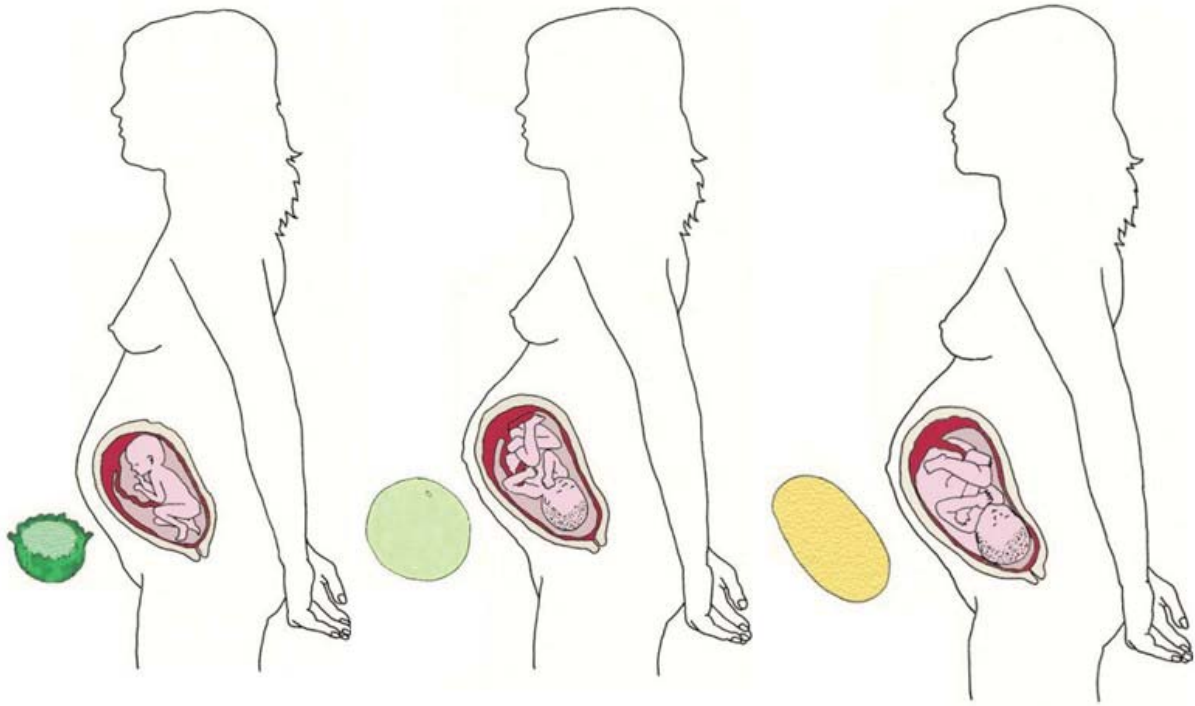
- Da 16ª a 19ª semana (tomate)



- Da 20ª a 23ª semana (laranja)



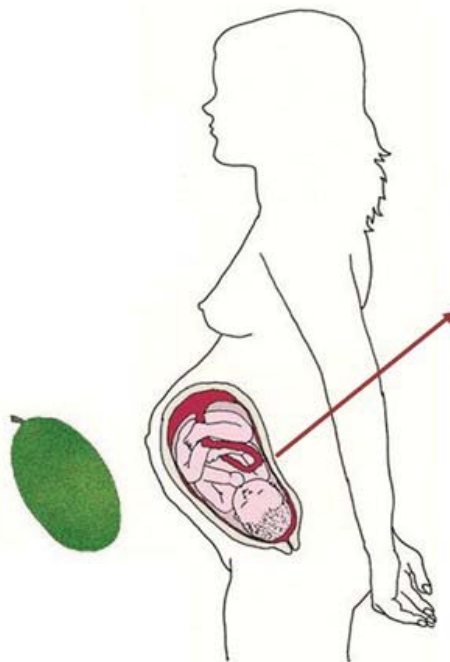
- Da 24ª a 27ª semana (berinjela)



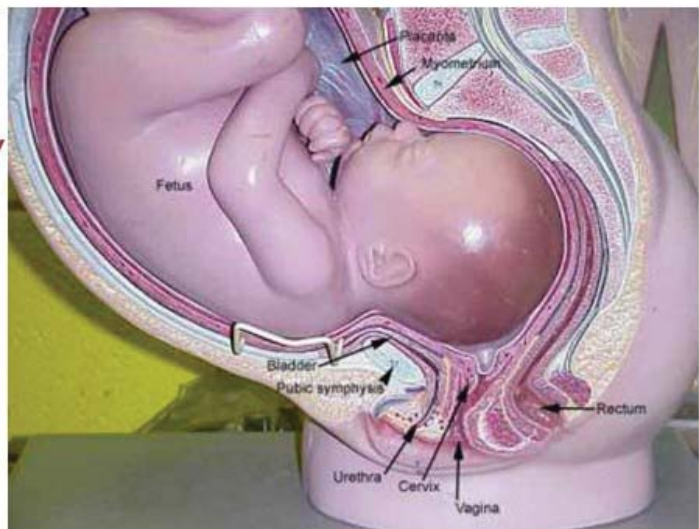
- Da 28ª a 31ª semana (couve-flor)

- Da 32ª a 35ª semana (melão)

- Da 36ª a 39ª semana (jaca)



- 40ª e 41ª semanas (melancia)



Desenvolvimento do bebê no útero



Imagem retirada de:

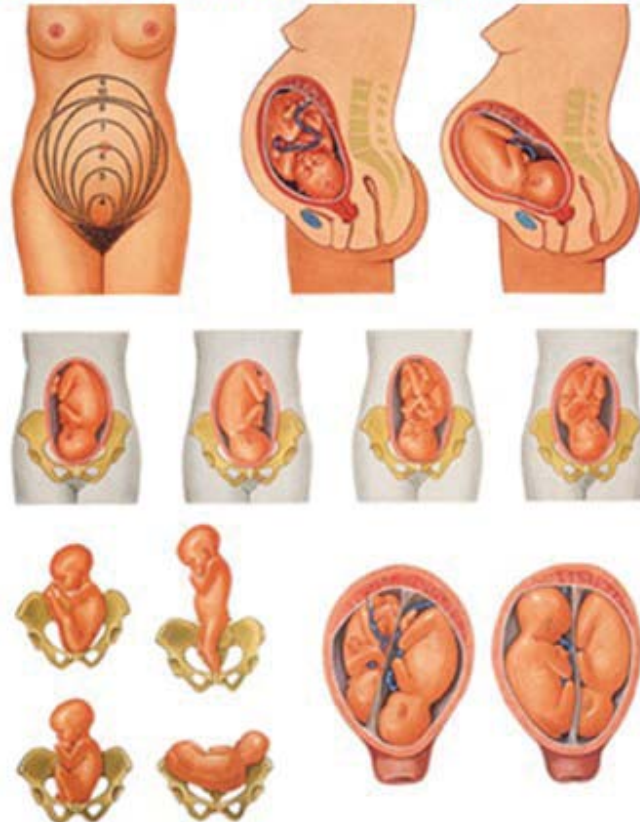
<http://sites.google.com/site/marcelojuvechuman/2009/home/conteudos/desenvolvimento-emb-norato>

Vista lateral interna de uma mulher grávida



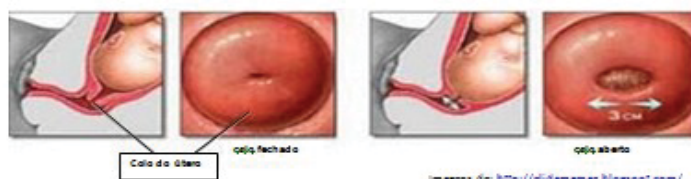
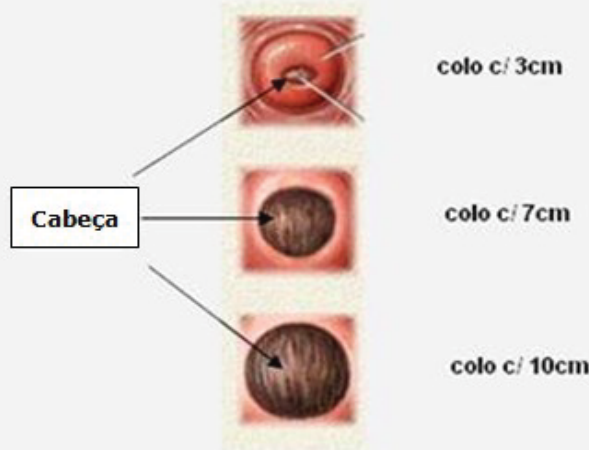
Imagem retirada de: <http://maternidadeiludica.arona.blogspot.com/2009/09/transformacao-do-corp-d-a-fundacao-es-hm>

Crescimento do útero e posições de encaixe do bebê



Imagens retiradas de: <http://saebio.wordpress.com/2010/02/11/8-uracas-de-gestacao-e-no-momento-do-parto/>

A dilatação do colo do útero



Imagens de: <http://didamamas.blogspot.com/>

Nascimento do bebê e da placenta – Trabalho de parto e parto



Colo do útero sem dilatação



Colo do útero um pouco dilatado e rompimento da bolsa



Início do período expulsivo



Saída da cabeça



Saída do corpo



Placenta e cordão umbilical



Descolamento da placenta do útero



Placenta: nutriu o feto na gestação

Imagens retiradas do site: <http://marafreir.blogspot.com/2008/04/cartilha-da-gravidez-na-a-doles-cncia.html>

Caminhando para o parto normal

Movimente-se!

As ilustrações estão disponíveis no site: www.humanization.org

Exercícios fisioterápicos

Escolha algumas das posições

Durante as contrações



Sentada, com a coluna levemente flexionada, braços esticados e mãos apoiadas no chão



Em pé, com as pernas levemente flexionadas, coluna reta e mãos apoiadas nos joelhos



Ajoelhada, com o corpo levemente inclinado, braços e corpo apoiados em almofadas. O pai ajuda a massagear a região lombar

Sentada, com a coluna levemente inclinada, músculos relaxados e respiração normal



Nos intervalos das contrações



Em posição sentada, mantendo o movimento pélvico lateral e a respiração livre



De cócoras, com braços e cabeça apoiados, respirando normalmente

Em pé, fazer um balanço lateral da pelve (requebrar) distribuindo o peso do abdômen entre o perineo e as articulações do quadril; respiração livre com incentivo para a expiração



Fonte: ELIANE BIO, fisioterapeuta

PARTO SEGURO

PARTO NORMAL

Embora a cesariana seja indicada em determinados casos, o Ministério da Saúde recomenda a via vaginal para o parto como a melhor forma de dar à luz.

O parto normal oferece inúmeros benefícios. Psicologicamente, a interação mãe-bebê é muito favorecida. Isso está relacionado ao fato de o bebê poder mamar já na sala de parto e de a mãe estar mais disposta à convivência inicial – sem a influência da anestesia e sem as dores do corte na barriga, feito na cesárea.

O parto normal proporciona à mãe uma recuperação pós-parto praticamente imediata (podendo a mulher voltar aos seus afazeres bem mais rápido) e menores riscos de infecção hospitalar.

O método natural também traz benefícios para o recém-nascido. O início das contrações é uma espécie de aviso de que sua hora de nascer está chegando. Assim, ele prepara-se melhor para esse momento e terá menos problemas de adaptação na vida fora do útero materno.

Com o parto natural, há um menor desconforto respiratório do bebê.

Ao passar pelo canal do parto, o tórax sofre uma descompressão compensatória, afastando os riscos de aspiração de líquido amniótico e asfixia. A profunda oxigenação que o bebê recebe ao nascer leva ao funcionamento pleno dos aparelhos cardiovascular e respiratório.

Saída do bebê

CESARIANA

Corte para a saída do bebê

Na cirurgia cesariana, recomendada apenas quando há fortes indicações, as chances de ocorrência de hemorragias e infecções são maiores e há riscos de:

- problemas de cicatrização;
- laceração acidental de algum órgão, como bexiga, uretra e artérias;
- reação imprevisível à anestesia;
- problemas de implantação de placenta em futuras gestações.

Infografia: Rubens Paiva



Em 1985 esse parto foi feito no quarto da maternidade, apenas com a presença da parturiente, da obstetra e da doula. Ela se sentia tão bem que, na hora em que o bebê estava corando, a própria médica tirou a foto, registrando este momento de serenidade.

Imagem retirada do livro *A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. (FADYNHA, 2003).

Anexo H – Exemplo de Tabela de Caracterização referente à unidade temática “1. Com relação à gravidez”, pertencente à categoria “II) Sentimentos, percepções e expectativas”.

Rio Claro, 10 de dezembro de 2011.

Regina Machado de Souza – Orientanda

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Marina Anaruma