

A DIFÍCIL TAREFA DE ESCOLHER O PARTO NATURAL

THE DIFFICULT TASK OF CHOOSING NATURAL CHILDBIRTH

LA DIFÍCIL TAREA DE ESCOGER EL PARTO NATURAL

SILVANA DOS SANTOS *

MÁRCIA REGINA CANGIANI FABBRO **

RESUMO

O movimento de busca pelo protagonismo feminino no parto, surge mediante reivindicações femininas pelos direitos sexuais e reprodutivos em meados do século XX, o que promoveu conquistas na saúde da mulher nos últimos 30 anos no Brasil. Objetivo: Compreender motivações de mulheres usuárias do Epi-no à escolha do parto natural entre 2013-2015, descrevendo elementos facilitadores (EF). Material e método: Pesquisa qualitativa, realizada numa Universidade do interior de São Paulo/ Brasil. Utilizou-se o Feminismo Dialógico e a Metodologia Comunicativa /MC como referenciais teórico-metodológicos, por meio de relatos de 7 mulheres, gravados em áudio, transcritos e analisados. Resultados: Idade 22-38 anos; todos partos vaginais, 2 tiveram laceração (1º grau) e 1 episiotomia, 6 primíparas, 2 múltíparas, idade gestacional variou de 36-41 semanas, 3 realizaram, além do Epi-no, massagem, contração e relaxamento, 6 tiveram doulas e a escolaridade variou entre 3º grau e pós-graduação. Elaboraram-se 14 temáticas, agrupadas em EF e ED (elementos dificultadores): Conhecendo sua história; apoio da família/profissional/doula; Preparação física e psicológica para o parto; e, reconhecendo as fases do trabalho de parto. Essas foram reagrupados em 2 categorias da MC: mundo da vida e sistema e apontaram recomendações em consenso com as mulheres. Conclusão: As pessoas (mundo da vida) possuem papel importante como transformadoras sociais. Motivadas e informadas encontram encorajamento e segurança, produzindo mudanças e demonstrando que crenças, culturas, medos em torno do parto podem ser desmistificados.

Palavras chave: Parto natural; Parto Humanizado; Trabalho de parto; Comportamento de Busca de Informação; Mulheres.

ABSTRACT

The movement for the search of female protagonism in childbirth arises from the feminist demands for sexual and reproductive rights in the middle of the twentieth century, which has encouraged achievements in women's health for the last 30 years in Brazil. Objective: To understand the motivations of women using the *Epi-no* device to choose natural childbirth, between 2013 and 2015, describing facilitating elements (FE). Materials and method: This qualitative study was held in a university in the interior of São Paulo, Brazil. Dialogic Feminism and Communicative Methodology (CM) were used as theoretical and methodological references, through the reports of seven women, which were recorded in audio, transcribed and analyzed. Results: Age range 22

* Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Enfermeira, Especialista em Saúde pública pela Universidade Federal de São Paulo (UFSCar), Brasil. Email: siluniv@hotmail.com. Autora para correspondência.

** Enfermeira Obstetra. Profª Doutora em Educação, Pós-doutorado na Universidade de Barcelona. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Líder do Grupo de Pesquisa: Cuidado Interdisciplinar à Saúde da Mulher. São Carlos, São Paulo, Brasil. Email: mfabbro@gmail.com

to 38 years; all with vaginal deliveries, 2 had lacerations (1st grade), and 1 an episiotomy; 6 primiparous, 2 multiparous; gestational age ranged from 36 to 41 weeks; 3 underwent massage, contraction and relaxation besides Epi-no use, 6 had doulas, and educational level varied between college graduated and postgraduate. Fourteen themes were elaborated, grouped in FE and difficulty elements (DE): Knowing their history; Hiding the game; Family/professional/doula support; Physical and psychological preparation for childbirth; and, Recognizing the phases of labor. These were regrouped into 2 CM categories: the world of life and systems, and elaborated recommendations in consensus with the women. Conclusion: It was shown that people (the world of life) play an important role as social transformers. When motivated and informed, they find encouragement and security, producing change and demonstrating that beliefs, cultures, and fears about childbirth can be demystified.

Key words: Natural childbirth; Humanized delivery; Labor; Information seeking behavior; Women.

RESUMEN

El movimiento de búsqueda por el protagonismo femenino en el parto, surge a partir de reivindicaciones por los derechos sexuales y reproductivos a mediados del siglo XX, que promovió los logros en la salud de la mujer en los últimos 30 años en Brasil. Objetivo: Comprender las motivaciones de mujeres usuarias del Epi-no para la elección de un parto natural, entre 2013-2015, describiendo los elementos facilitadores (EF). Material y método: Investigación cualitativa, realizada en una universidad en el interior de São Paulo, Brasil. Fue utilizado el Feminismo Dialógico y la Metodología Comunicativa/MC como referencial teórico-metodológico, por medio de los reportes de 7 mujeres, grabadas en audio, transcritas y analizadas. Resultados: Edad 22-38 años, todas parto vaginal, 2 tuvieron laceración (primer grado) y 1 episiotomía; 6 primíparas, 2 múltiparas; la edad gestacional osciló entre 36-41 semanas; 3 se realizaron, además de Epi-no, masaje, contracción y relajación, 6 tuvieron comadronas y la escolaridad osciló entre 3^{er} grado y cursos de posgrado. Se elaboraron 14 temas, agrupados en EF y ED (elementos dificultadores): Conocer su historia; El apoyo de la familia/profesional/doula; Preparación física y psicológica para el parto; y, Reconociendo las etapas del trabajo de parto. Estos se han agrupado en 2 categorías de MC: mundo de la vida y sistemas y señalaron las recomendaciones de consenso con las mujeres. Conclusión: Se demostró que las personas (el mundo de la vida) tienen una importante función social de transformación. Motivadas e informadas para encontrar aliento y seguridad, produciendo cambios y demostrando que las creencias, culturas, miedos alrededor del parto pueden ser desmitificadas.

Palabras clave: Parto normal; Parto humanizado; Trabajo de parto; Conducta en la búsqueda de información; Mujeres.

Fecha recepción: 26/9/2016 Fecha aceptación: 13/07/18

INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, a sexualidade era vista como um tabu e estudos voltados para esta área foram muitas vezes censurados, de modo a limitar a visão da mulher como geradora de filhos, cuidadora da família, única responsável pelo cuidado das crianças, da casa e da religião⁽¹⁾. Diante desse cenário, os direitos à saúde da mulher surgem como conceitos contemporâneos, representando uma conquista histórica como

fruto de lutas e reivindicações femininas pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais, tanto no âmbito nacional, quanto internacional⁽²⁾. Pode-se considerar que nos últimos 30 anos obtiveram-se conquistas nessa área, tais como a criação de Centros especializados no atendimento à mulher, Políticas de segurança à mulher, direito ao acompanhante de escolha da mulher no parto, Política de Humanização do parto, nascimento e puerpério, entre outros⁽³⁾.

O parto é uma experiência fisiológica e in-

tensa na vida da mulher e de sua família, porém o modo como é vivenciado pela mulher, atriz principal, depende de crenças, cultura, temores, existência de redes de apoio e nível de informação⁽⁴⁾. Quando se pensa no parto normal no Brasil, imagina-se um momento perigoso, dolorido, angustiante e sofrido, tal como relatado na dramaturgia, além de abarrotado por diversas intervenções, tanto para o recém-nascido (RN), quanto para a parturiente (cesárea, episiotomia, ocitocina, aspiração naso-faríngea, entre outros), tecnologias próprias do ambiente hospitalar, que objetivariam tornar um ambiente seguro para o binômio mãe-filho⁽⁵⁾. Vale ressaltar que os avanços na obstetria contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais mundialmente, porém, essas intervenções, ao longo do tempo foram sendo utilizadas demasiadamente refletindo em altos índices de partos obstétricos (cesárea) como no Brasil, onde chegou 55,5% em 2015, podendo alcançar taxas ainda maiores na rede privada, quando o recomendado pela OMS é 15%, a fim de reduzir a mortalidade materno-infantil^(3, 6, 7) e refletindo a complexidade deste fenômeno, grande influência das intervenções tecnológicas e médicas ao parto ao longo do tempo⁽⁸⁾, sendo perpetuado pela mulher e seu entorno.

A escolha pelo parto natural/ normal/ vaginal não é uma decisão fácil. Dentre os fatores causadores de ansiedade para a escolha da mulher estão: o medo de não ser devidamente assistida; a falta de informações sobre o parto; o receio de complicações e da dor; a manutenção da integridade vaginal, junto com seus mitos de que estraga a vida sexual; e crenças de que é mais arriscado para a mãe/ recém-nascido⁽⁹⁾. Embora o parto normal seja recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) e deva ocorrer de modo natural, sem intervenções físicas/ ambientais a mãe e ao bebê e em local de preferência da mulher⁽³⁾, na prática hospitalar e nos serviços de saúde, há diversas intervenções⁽¹⁰⁾ como posições desconfortáveis, imobilização da mulher, pressão psicológica com instruções de puxo (“faça força”) e culpabilização da mulher (“quando fez, gostou”), causando grande ansiedade, cansaço e desconforto às par-

turientes e prejudicando o bom andamento do parto normal⁽¹¹⁾. Essa visão de parto é reforçada pelo “sistema” (figura do médico e outros profissionais da saúde), que não se prontifica a desfazer os mitos, não deixando claro sobre a necessidade de aguardar o momento em que o bebê está pronto para nascer⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, a gestante depara-se com duas opções: a de um parto vaginal doloroso e com excesso de intervenções ou uma cesárea, pretendida como marca de desenvolvimento social e de modernidade⁽¹⁰⁾. No entanto, pesquisas demonstraram que o advento da cesárea não reduziu a taxa de mortalidade materno-infantil⁽¹²⁾. A cesárea está ligada a nascimentos prematuros, morte prematura de neonatos e mães, baixo peso ao nascer, surgimento de doenças e síndromes em crianças (diabetes mellitus 1, obesidade, asma, tumores da infância, entre outros), bem como implicações para o indivíduo por toda a vida⁽¹³⁾.

Evidências científica^(10, 14, 15) apontam que a cesárea no Brasil, na maioria das vezes, é sutilmente imposta (oferecida) à mulher como um parto mais seguro e menos sofrido, impedindo-a de vivenciar o trabalho de parto e frustrando a expectativa desse momento da vida da mulher, além de violar seus direitos sexuais e reprodutivos. Neste contexto, pode-se dizer que as mulheres perderam a autonomia do próprio corpo e muitas vezes são conduzidas a uma escolha inadequada, nem sempre consentida, baseada no medo, desconfiança, desinformação e traumas, dela própria ou das outras mulheres.

Considerando-se a importância do protagonismo da mulher na escolha do tipo de parto, esta pesquisa foi desenvolvida com um grupo de mulheres gestantes e, posteriormente, puérperas atendidas num laboratório de Saúde da Mulher de uma Universidade do interior do Estado de São Paulo (Brasil) e que no momento da pesquisa, estavam utilizando o Epi-no (um instrumento para a preparação do assoalho pélvico durante a gestação), sob a supervisão de fisioterapeutas. O Epi-no é um instrumento originário na Alemanha em 1999, corresponde a um balão de silicone, conectado a uma bomba manual que é inserida no interior vaginal das gestantes a partir da

34ª semana ou antes da 37ª semana de gestação, favorecendo maior dilatação da pelve e preparando o assoalho pélvico para a passagem do bebê, evitando ou minimizando lacerações no parto⁽¹⁶⁾. Os estudos com o Epi-no desenvolvidos em âmbito mundial, em sua maioria, eram quantitativos e buscavam a eficácia do instrumento em si, não trazendo a mulher como sujeito de pesquisa⁽¹⁷⁾.

Apreciando-se os aspectos mencionados e reconhecendo a necessidade de colocar a mulher como principal narradora da sua experiência de parto, esta pesquisa teve como objetivo compreender motivações de mulheres usuárias do Epi-no à escolha do parto natural entre 2013-2015, descrevendo os elementos facilitadores (EF). Utilizou-se como referencial teórico para esta pesquisa, o Feminismo Dialógico, elaborado por Puigvert, que propõe compreender dialogicamente o significado dos eventos (situações, problemas, entre outros) e se baseia no diálogo intersubjetivo e igualitário, incluindo a participação de todas as mulheres (acadêmicas e não acadêmicas) na busca da igualdade, eliminando barreiras (de classes e culturais) e oportunizando a participação global, tendo como base o diálogo⁽¹⁸⁾.

MATERIAL E MÉTODO

Este artigo é um recorte da Dissertação de Mestrado intitulada: A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com o Epi-no, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos em fevereiro/ 2015. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada entre 2013 a 2015, em duas etapas, com mulheres que estavam gestantes (e, posteriormente, puérperas) e que estavam realizando atividades de preparo do períneo com o Epi-no durante a gestação. No total, participaram 8 mulheres, porém foram utilizados sete relatos, devido a problemas técnicos com uma das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Éti-

ca em Pesquisa com Seres Humanos, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS, parecer favorável número 374.132. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa e seus nomes foram mantidos no anonimato, sendo as participantes identificadas com a letra “E” seguida da ordem numérica das entrevistas (E1, E2, E3...). Buscando a coerência com os referenciais escolhidos, priorizou-se a reflexão e a interação, livre de qualquer barreira de comunicação (diferenças sociais ou acadêmicas), de forma a captar, compartilhar, consensuar e transformar junto as mulheres, suas experiências de busca para a concretização da escolha pelo parto natural.

Por ser esta pesquisa qualitativa, de modalidade etno-metodológica e que busca construir uma interpretação coletiva, sócio crítica, dialética e praxiológica do tema estudado, utilizou-se como referencial metodológico, a Metodologia Comunicativa (MC)⁽¹⁹⁾. Esta metodologia baseia-se na Aprendizagem Dialógica, fundamentada numa orientação comunicativa, que considera o diálogo intersubjetivo (entre ciência e sociedade) e utiliza as pretensões de validade (consensos obtidos a partir dos melhores argumentos) e o compromisso com a verdade para propor um diálogo igualitário entre pesquisadores e participantes da pesquisa⁽¹⁹⁾. A MC apresenta três dimensões-chaves: 1) Ontológica, voltada para a natureza da realidade, baseada em diversos pressupostos teóricos, como etno-metodologia e dramaturgia, na Ação Comunicativa de Jürgen Habermas⁽²⁰⁾, na Dialogicidade de Paulo Freire⁽²¹⁾ e na Aprendizagem Dialógica de Ramón Flecha⁽¹⁹⁾; 2) Epistemológica, que descreve como a realidade se apresenta, a intersubjetividade e os diálogos igualitários; e 3) dimensão Metodológica, que explicita ações para investigação dos métodos e técnicas utilizados na investigação, bem como a construção dos significados do objeto do estudo⁽¹⁹⁾. A sociedade atual pode ser denominada como dialógica, devido às mudanças sociais que configuram o diálogo como resolução de conflitos.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais com as mulheres participantes

(relatos comunicativos¹) no período de 2013 a 2014, de modo interativo e acolhedor às mulheres, sendo gravadas em áudio, transcritas e analisadas posteriormente. Para isto, foi explicado às mulheres o objetivo da pesquisa e suas contribuições através do diálogo, o que permitiria o aprofundamento das interpretações, interações e teorias que refletem o “mundo da vida”². Utilizou-se um diário de campo e um instrumento sociodemográfico para caracterizar as participantes.

A análise dos dados foi realizada de acordo com a Metodologia, tomando como base a interpretação coletiva e realizada em 10 passos (des-

critos abaixo). Foram realizados dois encontros com cada gestante: um durante o período gestacional e utilização do Epi-no, momento em que foram gravadas as entrevistas e outro, após o parto, de modo a possibilitar a participação das mesmas na análise. Os dados obtidos nos relatos comunicativos foram transcritos e ordenados em dois elementos pré-definidos pela MC, que foram validados pelo grupo assessor³: Elementos dificultadores e Elementos facilitadores, que foram analisados inicialmente pelo pesquisador, a partir do nível básico de análise da Metodologia⁽¹⁹⁾, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Nível básico de análise: categorias e dimensões exclusoras e transformadoras.

	Sistema	Mundo da vida
Dimensões dificultadoras	n1	n2
Dimensões facilitadoras	n3	n4

Fuente: Adaptado de Gómez et al. (19).

Para fins de melhor compreensão dos relatos e maior formalidade na escrita, foram suprimidas marcas da oralidade (fala) nos relatos, tais como “né”, “assim”, “ali”, “então” uma vez que não se tratou de uma análise linguística, tomando-se o cuidado de preservar as ideias, a fim de ser fiel aos relatos.

Os passos da pesquisa ocorreram da seguinte forma: 1) Transcrição das entrevistas na íntegra: audição, conferência e correção da transcrição; atribuição de um número acompanhado da letra “E” de entrevistada a cada mulher participante; 2) Leitura exhaustiva dos dados pela pesquisadora; 3) Identificação das temáticas; 4) Classificação das temáticas como Elementos facilitadores e dificultadores; 5) Montagem dos quadros intermediários com as temáticas citadas; 6) Realização de segundos encontros individuais com compartilhamento das temáticas com as mulheres e ano-

tação de observações no diário de campo para validação da análise elaborada; 7) Reconstrução dos quadros alocando novas contribuições; 8) Compilação dos quadros iniciais em um quadro final reagrupando os Elementos dificultadores e facilitadores de todas as entrevistas em 2 dimensões: “Mundo da vida” e “Sistemas”; 9) Validação das dimensões por um grupo assessor, formado por mulheres gestantes que não participaram da pesquisa, conforme a Metodologia; 10) Leitura de todo o material e produção de uma lista de recomendações, demonstrando aspectos que pudessem identificar a superação das dificuldades das mulheres para a escolha do parto natural.

Após a validação das falas de cada mulher participante da pesquisa, as temáticas foram revisadas e agrupadas por semelhança de significados em temas gerais. Esses temas foram validados por um grupo de mulheres gestantes que

¹ Técnica de entrevistas individuais inerentes a Metodologia Comunicativa.

² Categoria da Metodologia Comunicativa.

³ Na MC, a análise dos dados é realizada em conjunto, pesquisadoras e o grupo assessor, composto por representantes dos grupos focalizados no estudo.

não participou da pesquisa, mas que faziam parte de um grupo de apoio ao parto e nascimento da instituição, chamado grupo assessor pela metodologia. O limite dos relatos se deu pela saturação dos dados e por alcançar a compreensão do fenômeno estudado.

RESULTADOS

No grupo estudado, a média de idade variou de 22 a 38 anos, todos os partos foram por via vaginal, houve dois casos de laceração de 1º grau (25%) e um caso de episiotomia (12,5%); 100% das mulheres realizou pré-natal em convênio; 6 delas (75%) eram primíparas e 2 (25%) múltíparas; a idade gestacional que ocorreram os partos variou de 36 a 41 semanas e 3 dias; a menarca variou de 12 a 14 anos; três mulheres (37,5%) realizaram, além do Epi-no, algum exercício para o preparo do assoalho pélvico (massagem perineal e contração/ relaxamento do períneo); seis (75%)

contaram com o auxílio de uma doula. O nível de escolaridade variou entre o superior incompleto e a pós-graduação, sendo: duas mulheres (25%) com o superior incompleto, quatro (50%) superior completo e uma (12,5%), pós-graduação.

Os resultados mostraram que os elementos facilitadores, além de gerarem uma tomada de consciência sobre o empoderamento feminino no parto, indicam caminhos para a superação das dificuldades provenientes de influências externas ao corpo feminino, isto é, as instituições, os profissionais, a mídia, a cultura, etc. Dos sete relatos comunicativos, emergiram 14 temáticas, que foram analisadas e, para melhor compreensão, agrupadas por semelhança de significados em dois quadros: O primeiro (Quadro 2) representando um quadro geral, onde essas temáticas foram alocadas em Elementos Facilitadores e Elementos Dificultadores e Quadro 3 (matriz final), no qual essas temáticas foram realocadas em 2 categorias: “mundo da vida” e “sistemas”, conforme explicação abaixo.

Quadro 2. Dimensões facilitadoras das entrevistadas E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8.

Elementos facilitadores	Elementos dificultadores
1. Conhecendo sua história: “Como eu nasci?” – Desmistificação do parto	1. Imaginário social do parto
2. Preparação física e psicológica para o parto: epi-no, e grupo de apoio ao parto	2. Cultura da cesárea
3. Experiências de outras mulheres	3. Violência obstétrica/ intervenções desnecessárias
4. Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável	4. Escondendo o jogo 2: Omitir a prática para se proteger
5. Reconhecendo as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento	5. Idealização do parto perfeito
6. Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto	6. Vulnerabilidades e fragilidades da mulher no parto.
7. O apoio da família, do profissional e da doula.	
Nº total 07	Nº total 06

Quadro 3. Matriz final.

	Sistema	Mundo da vida
Elementos Dificultadores	1. Cultura da cesárea. 2. Violência obstétrica: intervenções desnecessárias. 3. Escondendo o jogo 2: omitir a prática.	1. Vulnerabilidades e fragilidades femininas no parto. 2. Imaginário social do parto. 3. Idealização do parto perfeito. 4. Cultura da cesárea.
Nº total	3	4
Elementos facilitadores	1. O apoio do profissional e da doula. 2. Preparação física e psicológica para o parto: epi-no e grupo de apoio ao parto.	1. Conhecendo sua história: “Como eu nasci?” – desmistificação do parto. 2. Experiências de outras mulheres. 3. Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável. 4. Reconhecendo as fases do trabalho de parto. 5. Vivência empoderada do nascimento.
Nº total	2	5

De acordo com a MC, a categoria “Sistema” compreende os relatos relacionados às instituições, espaços, sistemas de organização ou diretrizes reguladas pelo poder ou dinheiro e, “Mundo da Vida” refere-se aos relatos pertinentes às vivências cotidianas de cada sujeito, no caso desta pesquisa, vivências das mulheres na escolha pelo parto natural. Nesta matriz (Quadro 3), n1 configura os elementos dificultadores relacionados à categoria “sistema”; n2 elementos dificultadores relacionados à categoria “mundo da vida”; n3, elementos facilitadores relacionados à categoria “sistema” e n4, os elementos facilitadores relacionados à categoria “mundo da vida”⁽¹⁹⁾. Os elementos n1 e n2 não serão trabalhados neste artigo, devido a grande quantidade de dados e impossibilidade de se demonstrar e discutir esses resultados num único artigo científico. Dessa forma, foram selecionados elementos facilitadores, dado que eles retratam as situações e contextos que se mostraram favoráveis a escolha da mulher pelo parto natural. Alguns desses elementos serão apresentados neste artigo, incorporados aos outros, devido ao limite de páginas para a publicação e considerando a semelhança de significados. Os elementos dificultadores são apresentados no Quadro 2 apenas para efeito de constatação. Serão discutidos, possivelmente em outro artigo.

Temática 1: *Conhecendo sua história: “como eu nasci”?* / *Desmistificação do parto*, incorporada a Temática 2. *Experiência de outras mulheres*. A inclusão do parto na prática médica inverteu os papéis da mãe e dos outros profissionais na condução do parto, direcionando o papel protagonista da parturiente para outros atores^(8, 9). Neste grupo, observou-se que as experiências sobre parto obtidas na infância e/ ou adolescência dessas mulheres, através de relatos familiares, como mãe, tias e avós, ou mesmo na dramaturgia, trazem a ideia do parto com algo perigoso, misterioso, complicado, pouco comentado na família, classificado como “assunto de adultos” e que exigia grande capacidade, heroísmo da mulher para enfrenta-lo, na iminência de morte materna^(9, 11). Entretanto, com uma recompensa final: a vitalidade do bebê.

“Sempre eu escutava experiências ruins em relação a parto, inclusive da minha mãe no momento do nascimento doeu, ela sofreu bastante (...) tudo de ruim ela teve (...) foi uma experiência do jeito que ela contava, um absurdo (...) depois que passava tudo, no momento que pega o bebê, esquecia (...) que apesar de tudo ela preferia parto normal, apesar de todo o sofrimento (...)”. (E3)

Também foram relatadas lembranças de mulheres deitadas em posição ginecológica para parir, às vezes “amarradas” e “gritando de dor”, entre outras recordações que marcaram profundamente o ato de parir como experiência ruim, dolorida, amedrontadora, preocupante, traumática e recheada de intervenções (fórceps, episiotomia, manobras de Kristeler, etc.), em detrimento da cesárea que foi recordada como parto sem dor. Apesar de todas as ideias e experiências negativas vivenciadas no âmbito familiar e social, o parto normal para estas mulheres foi considerado como mais saudável que a cesárea, devido a não envolver procedimento cirúrgico.

Temática 3. *Preparação física e psicológica para o parto: Epi-no e grupos de apoio ao parto* incorporada à Temática 4, *Imagem do corpo feminino como flexível e adaptável*. Essas temáticas mostraram que o despertar para o parto natural para essas mulheres, surgiu a partir da necessidade de busca por melhores condições de saúde para o feto, que nelas se desenvolvia, e para si mesmas. Dessa forma, o conhecimento, o convívio nos grupos de apoio (parto natural, yoga, pilates) e o Epi-no trouxeram para elas, a conscientização dos benefícios do parto natural e propiciaram uma escolha informada.

“(...) Eu penso que o parto tem uma preparação física, mas também tem a psicológica (...). Eu tive os nove meses para conversar com mulheres que já passaram pelo processo de parto natural e tirar minhas dúvidas, meus medos (...). Em primeiro lugar, acho que, pra ela (mulher) escolher um parto, ela tem que buscar saber, 98% do parto é a nossa cabeça, é você que faz. Os dois por cento é o corpo (...).” (E2)

O Epi-no aparece como “um importante difusor dos benefícios do parto sem episiotomia”; sendo um equipamento muito importante na preparação do períneo, pois fornece subsídios para a identificação ou simulação da passagem do bebê pelo canal vaginal. Este equipamento também se apresentou como importante ferramenta de preparação física e psicológica, pois

reduz o medo da passagem do bebê pelo canal vaginal, além de reduzir as lacerações e episiotomias e facilitar o trabalho do parto.

“Eu tinha medo no Epi-no porque a minha meta era sempre aumentar mais o diâmetro da bexiguinha (...) quando eu sentia ele lá dentro, eu sentia uma dor, um desconforto, mas o medo era sempre passar pelo canal vaginal (bebê no momento do parto) (...) porque o diâmetro da cabeça falam que é mais ou menos 40 centímetros e o máximo que eu conseguia era uns 25, mas eu achei que preparou bem, porque não importa só o canal (...).” (E2)

“O que me ajudou muito foi o, Epi-no, o trabalho do Epi-no me ajudou muito (...), teve uma pequena laceração, mas ele me ajudou porque falam que a gente tem uma sensação de fogo (anel de fogo). Eu não tive tanto, eu só senti o momento (...) “está saindo”, a moça falou, “senta aqui” (...) mas eu não senti aquela dor (...). O Epi-no psicologicamente ajuda, não só no trabalho do assoalho, mas na mente da gente, porque eu sabia que ia ter aquela queimação que eu sentia quando eu fazia o Epi-no (...).” (E5)

Temática 5. *Reconhecer as fases do trabalho de parto: mudando a cultura do nascimento* transmitiu segurança e calma incorporada à Temática 6, *Vivência empoderada do nascimento: individualidade do parto*. A consciência corporal e mental sobre as fases do trabalho de parto permitiu reconhecer e perceber os sinais de cada fase.

“(...) Eu fiquei 24 horas em pré- trabalho de parto com contrações fracas em casa, fui à maternidade, levei um exame, depois fui ao correio (...) foi um dia que eu fiz tudo normal (...) À noite, senti as contrações e fui para a sala (...) fui trocando de posição (...) e a bolsa estourou (...) O líquido amniótico estava normal, tudo clarinho e a gente foi para a maternidade. Nesse meio tempo já estava dando contração de 3 em 3 minutos (...) é uma dor muito forte, vem a contração, dói para burro, mas você fica 2 minutos sem dor. (...).” (E1)

“A partir do momento que você sabe que o trabalho de parto e pode ser assim, assado, vai acontecer isso, aquilo, aquilo (...), você vai sentir dor? Vai, isso é bom pro bebê. Ele passar pelo canal de parto é bom pra ele (...)” (E4)

Temática 7. *O apoio da família, do profissional e da doula*: Notou-se neste grupo que os suportes familiares, emocionais e profissionais e o respeito pelo corpo da mulher são componentes que auxiliam na escolha pelo parto natural. A credibilidade e garantia de apoio, bem como o reforço de toda a família (mães, irmãos, avós, marido), amigos e o acompanhamento de uma doula foram fatores determinantes, porquanto proporcionaram tranquilidade quanto à escolha do parto e segurança em suas decisões.

“Quando cheguei no consultório, já falei pra ele (médico) que eu queria muito o parto natural, já tinha buscado informações, já estava com a doula e ele concordou comigo (...). Meu marido me apoiou em tudo (...) concordou, achou muito legal e conversou muito comigo (...) A doula me ajudou também no psicológico e tirando dúvidas (...). Quando eu estava no parto: “será que tá chegando? Já tá apontando o nenê?” E ela (doula): “não, calma que tá indo bem, já tá chegando a hora!” (E2)

(...) Falei para o meu marido: “se não tivessem os dois (doula e seu pai), você tinha me feito desistir!”. Ele estava ficando muito preocupado, extremamente, começou a ficar com muito medo, a ficar inseguro porque achou que estava passando da hora e que não ia acontecer, então ela (doula) começou a dar mais apoio pra gente também nesse sentido”. (E5)

DISCUSSÃO

A busca por igualdade, liberdade e justiça social ainda é um desafio para as mulheres brasileiras em relação à saúde sexual e reprodutiva, assim como a liberdade de escolha do parto sem violên-

cia ou discriminação⁽³⁾. Dessa forma, a mulher se vê numa situação de desafio, a qual exige grande empenho e posturas mais resistentes para garantir respeito a sua decisão. Estudos realizados com gestantes e puérperas em várias regiões do Brasil^(7,11) apontam que um dos maiores temores das mulheres em relação ao parto é falta de informação sobre o momento certo do início do trabalho de parto e o momento adequado para se dirigir à maternidade e essas informações acabam sendo transmitidas de modo sucinto pelos profissionais, imprimindo dúvidas e levando as mulheres a buscarem esse conhecimento com outras mulheres (múltiparas), que nem sempre transmitem histórias de sucesso e podem ser carregadas de mitos e informações divergentes. Dessa forma, a parturiente não tem informações corretas sobre como assumir a autonomia do parto, nem participar ativamente deste processo.

Conforme Riesco⁽²²⁾, o cálculo da data provável do parto (DPP) é estabelecido com base na data da última menstruação (DUM), o que cria a possibilidade de haverem falhas, bem como induzir a um parto pré-termo, podendo causar males ao bebê, quando não se respeita ou não se aguarda o trabalho de parto. Por esta razão, o próprio Ministério da saúde brasileiro recomenda aguardar o trabalho de parto a partir da 40ª semana de gestação⁽⁵⁾. Shek et al.⁽¹⁷⁾ demonstraram em sua pesquisa que atividades físicas relacionadas ao assoalho pélvico (ex: Epi-no) aceleram o trabalho de parto de modo natural e reduz a incidência de lacerações.

No presente estudo, notou-se, de acordo com o Quadro 3, que os elementos facilitadores em relação ao “mundo da vida” são mais promissores que no “sistema”: 05 e 02, respectivamente. Já na categoria “sistema”, os fatores que facilitam a escolha do parto natural são representados por grupos de apoio que tomam a iniciativa de proporcionar a difusão de conhecimento para as mulheres ou que trazem inovações (equipamento Epi-no, por exemplo). Embora a relação médico-paciente seja um espaço propício ao diálogo, nota-se que existe certa relação hierárquica de poder^(7, 9, 10), baseada no distanciamento entre o saber acadêmico e o paciente, o que demonstra

que pode haver influência sobre a mulher na escolha pelo tipo de parto, na condução e no tipo do atendimento. Por isso essas mulheres, informadas e encorajadas, buscaram uma ação em forma de recusa a aceitar a condição de mero objeto de uma predeterminação, neste caso, de um modelo intervencionista sobre o parto. O conhecimento sobre as fases clínicas do trabalho de parto, no grupo estudado, possibilitou às mulheres o reconhecimento do início do trabalho de parto bem como vivenciar as demais fases com tranquilidade e segurança.

Notou-se neste estudo que os grupos de apoio ao parto natural possibilitam um resgate da autonomia “perdida” da mulher, num contexto em que ela aparece como coadjuvante no próprio parto, no qual deveria apresentar-se como atriz principal^(2,6,17). Nestes espaços se divulga o conhecimento acadêmico entre os “não acadêmicos”, ao mesmo tempo em que oportuniza o aprendizado em conjunto com a vivência de cada mulher. Quando ainda não institucionalizados, os grupos de apoio podem ser alocados na categoria “mundo da vida”, e são muito potentes para promover transformações, inclusive para a própria institucionalização deles, na medida em que mais e mais mulheres reivindiquem espaços coletivos. Nesses grupos, pode ser evidenciado que crenças/ culturas/ medos em torno do parto podem ser passíveis de mudanças a partir da informação, movimentos sociais, grupos de apoio, divulgação do parto natural e aproximação da sociedade aos centros acadêmicos. Através da interação e diálogo nos grupos sociais, a mulher encontra o poder necessário para transformar-se, defender-se, lutar pelos seus desejos e direitos, enfrentando as situações de desigualdade impostas pelo sistema. No embate entre as mulheres reivindicando a autonomia no parto e a resistência das instituições e profissionais em manter no *status quo*, ainda prevalece a ação anti-dialógica, que não permite que o diálogo igualitário se estabeleça como forma de interação. Portanto, fazem-se necessários espaços coletivos para mudanças.

Os resultados apontaram algumas recomendações, que foram elencadas nos momentos de consenso com as mulheres: a) a necessidade

de capacitação da equipe de saúde, em especial da enfermagem para o atendimento ao parto e nascimento, visando esclarecimentos quanto ao parto natural; b) desenvolvimento de iniciativas para a formação de grupos de apoio ao parto natural em diversos locais; c) conquistas de espaços para a divulgação do parto natural na atenção pública e privada. Neste sentido, uma das maneiras para superar as barreiras para a implantação de melhores condições de saúde para gestantes e conceptos e, produzir qualidade no parto para as mulheres/ famílias; são ações que podem iniciar em pequenos grupos e pontualmente. Por meio de contato e acolhimento recebido em grupos de apoio estas mulheres foram capazes de repensar sua forma de ver o parto, ao superarem seus medos e reivindicarem seus direitos.

Como limitação do presente estudo está seu desenvolvimento em um único município, com as particularidades socioeconômicas e culturais, em especial por terem sido sujeitos mulheres de alta escolaridade. Inspirar-se neste estudo e tentar revelar outras realidades é um investimento de pesquisa sugerido. Outra limitação foi apreender apenas a perspectiva da mulher, dado que seria interessante captar a perspectiva dos outros sujeitos.

CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou, entre outros pontos, que informações adequadas adquiridas pela mulher, ao longo da gestação, possibilitam a elas, participação efetiva no momento do parto e nascimento, identificando sinais do início de seu trabalho de parto, o que pode reduzir suas angústias e temores. A deficiência de informação sobre como se processa o trabalho de parto, leva a ansiedade e dúvidas da mulher, que vê o parto normal sob a ótica de imprevisibilidade e perigo para mãe e bebê. Uma vez que a mulher busca e tem acesso à informação e a profissionais que lhe transmitam segurança, será possível formar escolhas mais conscientes sobre o parto. Sendo assim, as entrevistadas concluem que mulher bem in-

formada estará preparada para reconhecimento das fases do seu parto, permite-lhes agir de forma ativa.

As transformações sociais iniciam-se com base na ciência e, ao longo do tempo, vão contaminando o mundo da vida das pessoas, de maneira positiva ou negativa. No entanto, neste trabalho e com base nas reflexões de Puigvert e na Metodologia Comunicativa, demonstrou-se que as pessoas possuem um papel importante como agentes das transformações sociais, haja vista as lutas feministas e as pequenas lutas destas mulheres que, ao longo dos anos, vem conquistando mudanças no âmbito da saúde da mulher, buscando mudar “verdades modernas” impostas sobre o corpo feminino, através do resgate da autonomia da mulher sobre o parto.

O conhecimento do processo do parto para o grupo estudado exigiu vontade e disposição da mulher para buscar evidências científicas, o que facilitou a escolha e transmitiu tranquilidade e segurança para a mulher e a para equipe de saúde que lhe assistirá (médicos, enfermeiros, entre outros). Vivenciar as fases do trabalho de parto para essas mulheres teve como principal foco/objetivo o nascimento do bebê. Compreende-se que as mulheres sabem da importância do trabalho do parto e a segurança e confiabilidade adquirida pelo preparo físico, psicológico e mental fizeram com que se tranquilizassem. Não existe um roteiro em que todos os partos tenham que ocorrer da mesma forma e este fato configura um momento rico de experiências únicas, tanto para a mulher, quanto para seu bebê e sua família.

Os sistemas acabam por influenciar o mundo da vida de cada contexto social; contudo as experiências vividas das pessoas no contexto do mundo da vida podem ser facilitadoras do sistema. Vale destacar a importância da informação sobre a mudança individual, bem como o efeito do empoderamento das mulheres sobre as mudanças sociais. Assim fortalecidas, essas mulheres encontraram estratégias para reivindicar mudanças no modelo de atenção ao parto no Brasil.

Sugerimos mais estudos inspirados na MC, dado o fato de valorização do diálogo igualitário e intersubjetivo com pessoas para o desenvolvi-

mento de conhecimento, de forma a trazer contribuições para um atendimento individualizado, acolhedor e holístico da mulher/bebê e família no parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Viana DF, Barrêto AJR, Fonseca ENR, Costa CBA, Soares MJGO. Vivência da sexualidade feminina no período gestacional: à luz da história oral temática. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 88-95.
2. Mamede FV, Prudêncio PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp): 262-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde/Universidade Estadual do Ceará Cad. Humaniza SUS. Vol. 4. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 24 Jul 2018]. 465 p. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizaususv4_humanizacao_parto.pdf
4. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1): S14-6.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna [Internet]. 2018 [citado 04 dec 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>
7. Down S. Reduzindo intervenções de rotina

- durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(supl 1): 17-47.
8. Leal MC, Gama SGN (editorial). Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1): S5-S7.
 9. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JÁ, d'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(Supl. 1): S101-S116.
 10. Riesco MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(supl.1): S35- S36.
 11. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016; 16(1): 29-37.
 12. Bezerra NF, Rassy MEC, Alves BLA, Carvalho TCN, Bandeira FJS. Fatores relacionados com à mortalidade neonatal. *Rev Enferm UFPE online [Internet]*. 2016 [citado 24 Jul 2018]; 10(11): 3951-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11477/13325>
 13. Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208(4): 249-54.
 14. Cesar JÁ, Sauer JP, Carlotto K, Montagner ME, Mendoza-Sassi RA. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Internet]*. 2017 Jan/Mar [citado 20 Jul 2018]; 17(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292017000100099&script=sci_arttext&tlng=pt
 15. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5): 734-741.
 16. Kavvadias T, Hoesli I. The epino device: efficacy, tolerability, and impact on pelvic floor - implications for future research. *Obstet Gynecol Int [Internet]*. 2016 Jan [citado 20 Jul 2018]; (1): 1-5. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2016/3818240/>
 17. Shek KI, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP. Does the Epi-no birth trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(12): 1521-8.
 18. Puigvert L, Muñoz B. Estudios de género. Barreras y Aportaciones al Debate Teórico Internacional desde las Voces de las Otras Mujeres. *GÉNEROS [Internet]*. 2012 Jun [citado 05 nov 2015]; 1(1): 4-27. Disponível em: <http://www.hipatiapress.com>
 19. Gómez J, Latorre A, Sánchez M, Flecha R. *Metodologia Comunicativa Crítica*. Barcelona: El Roure Editorial, 2006. 149 p.
 20. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa I e II: racionalidad de la acción y racionalización social*. Espanha: Taurus; 1999.
 21. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2005. p. 90.
 22. Riesco MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad Saude Publica*. 2014; 30(supl 1): S35-S36.