

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MONISE GLEYCE DE ARAUJO PONTES

ARTE DE PARTEJAR”: QUEM PROTAGONIZA A CENA?



CUITÉ – PB
2012

MONISE GLEYCE DE ARAUJO PONTES



“ARTE DE PARTEJAR”: QUEM PROTAGONIZA A CENA?

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^ª. MsC. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

CUITÉ – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P841a Pontes, Monise Gleyce de Araújo.

Arte de partejar: quem protagoniza a cena?. / Monise Gleyce de Araújo Pontes. – Cuité: CES, 2012.

80 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Obstetrícia. 2. Parto. 3. Protagonismo feminino. Humanização. Transformação da obstetrícia. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.2

BANCA EXAMINADORA:

TÍTULO: “ARTE DE PARTEJAR”: QUEM PROTAGONIZA A CENA?

CONCLUINTE: MONISE GLEYCE DE ARAUJO PONTES

Data da Defesa: ____ / ____ / 2012

Local: Centro de Educação e Saúde - UFCG

MEMBROS EXAMINADORES:

Prof^ª. MsC. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Orientadora

Prof^ª. MsC. Janaína Von Söhsten Trigueiro
Examinadora

Prof^ª. MsC. Izayana Pereira Feitosa
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãezinha,
minha maior fonte de exemplo e inspiração,
a ti todo o mérito a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Que sempre atendeu as minhas orações, me dando forças para nunca desistir e me mostrando o caminho da vitória.

A meus pais José Francisco e Lena,

Pelos esforços empreendidos para que eu chegasse até aqui e pelo amor que me dedicam em toda a minha vida.

A meus irmãos Robson e Lucian,

Pelo amparo nos momentos em que precisei.

A toda a minha família,

Avó, tios, tias, primos e primas à todos os familiares que sempre torceram e contribuíram com palavras e gestos de incentivo, para a realização deste sonho.

Aos amigos,

Que foram verdadeiros comigo e sempre estiveram ao meu lado, passando por momentos bons e ruins, alegrias e tristezas e que acreditaram em mim.

A minha orientadora, Prof^ª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima,

Muito mais do que minha orientadora, muito mais que mestra e doutora, uma amiga que jamais esquecerei! Agradeço o tempo que me foi dedicado, os conhecimentos valiosos que me foram transmitidos e por ter acreditado em mim não apenas no desenvolvimento deste trabalho, como também em todos os outros projetos acadêmicos.

A coordenação do curso de Enfermagem da UFCG – CES,

Pelo apoio, incentivo e respeito às nossas ideias.

As mulheres,

Sujeitos desta pesquisa sem as quais esta não seria possível. Obrigada por confiar à mim detalhes de um momento tão mágico e importante na vida de vocês.

A minha querida turma 2007.2,

Que cresceram junto comigo e onde conquistei verdadeiros amigos, por todos os sorrisos e palavras de apoio que compartilhamos durante estes 5 anos, sentirei muitas saudades de todos os momentos. Em especial à amiga de sempre Waleska Brito Nunes fiel incentivadora dos meus anseios, por confiar à mim seus segredos, dificuldades e conquistas, Saibam que o tempo e a distância nunca irão nos separar, vocês fazem parte do meu coração.

Ao corpo docente do curso de Enfermagem do CES

Que foram essenciais para a nossa formação e que nos enriqueceram de bons conhecimentos que ultrapassam aqueles dados na sala de aula.

A Banca Examinadora

Pelas preciosas considerações que fizeram ao meu trabalho o meu muito obrigado!

“Desculpem-me aos que discordam, mas nós mulheres somos grandiosas por natureza, dentre todos os motivos para este título o que mais me seduz é a capacidade mais linda nos dada por Deus: Ser MÃE!

Somos o único gênero capaz de GERAR, temos o dom vital de carregar em nosso ventre outro ser, para isso, incidimos 9 meses de mudanças fisiológicas, físicas e mentais, todo o nosso corpo muda e torna-se forte o bastante para suportar tais transformações...

Somos o único gênero capaz de PARIR, suportamos toda a dor de um parto, somos corajosas o bastante para enfrentá-las e mesmo assim conseguir sentir prazer em dar a luz...

Somos o único gênero capaz de AMAMENTAR, produzimos o alimento mais nutritivo que existe, capaz de nutrir o nosso filho por até 6 meses exclusivamente...

Então, será que somos tão frágeis como julgam? Será que podemos ser consideradas como ‘inferiores’? Eu não creio!

Se você é MULHER, Parabéns! Foi a ti que Deus entregou toda a grandiosidade que ele poderia confiar à alguém. Orgulhe-se!”

Monise Gleyce.

PONTES, M. G. A. ARTE DE PARTEJAR: Quem protagoniza a cena 2012. – 80 f. Dissertação (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Pb.

RESUMO

O parto e o nascimento têm mudado significativamente com o passar das décadas, a transformação do modelo obstétrico desencadeou uma forte mudança sociocultural, o que antes era vivenciado em casa como um evento familiar e naturalmente fisiológico deu lugar a partos hospitalares, substituindo a riqueza cultural de cuidados da parteira por procedimentos cada vez mais invasivos. O ritual da parturição tão cheio de graça, naturalidade e afetividade, foi esmagado por rotinas, padrões e protocolos hospitalares. Diante desta condição é necessário entender de que forma esta modificação tem alterado a percepção das mulheres em relação ao parto e ao nascimento e como a assistência materno-infantil tem ocorrido no cenário obstétrico atual onde muitas vezes a mulher deixa de ser protagonista da sua própria parturição para obedecer às normas institucionais. Assim, este estudo tem como objetivos: Analisar histórias de vida de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e nascimento, identificando traços do comportamento feminino neste processo; Verificar, através dos relatos verbais, o grau de autonomia de mulheres frente ao trabalho de parto e nascimento; Conhecer os métodos utilizados por profissionais de saúde ou outras pessoas durante o trabalho de parto e nascimento. Esse estudo se utilizou de uma abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A técnica de coleta do material empírico baseou-se na História Oral Temática conceituada em Meihy (2002). A pesquisa se deu na cidade de Nova Floresta PB, em fevereiro de 2012, tendo como sujeitos de análise 3 mulheres primíparas de três gerações diferentes que deram à luz seus filhos por via vaginal em ambiente domiciliar ou hospitalar. Os dados foram coletados no ambiente das próprias residências das entrevistadas durante os meses de Fevereiro a Março de 2012. A análise dos dados se deu a partir da realização das fases que compõem a História Oral Temática (Meihy, 2002), e foi guiado pelo tom vital das narrativas de cada colaboradora, sendo discutido com base na literatura pertinente. A avaliação do material permitiu identificar o contexto no qual se insere a atenção ao binômio mãe-filho, bem como observar a percepção das mulheres em relação ao parto e nascimento acerca dos fatores contribuintes para a sua condição diante a parturição. Os elementos encontrados, considerando a análise, foram divididos inicialmente em três categorias: Solidão, desinformação e desassistência. Os dados mostraram que a forma como a atenção ao parto e nascimento caminhou até chegar à atualidade ainda está longe do idealizado, o resgate do protagonismo feminino é um dos fatores essenciais para que haja a reconstrução de um modelo obstétrico diferente baseado nos princípios da humanização e que depende de todos aqueles que participam deste momento singular, inclusive os profissionais de enfermagem que atuam junto às gestantes no ‘antes, durante e depois’ do parto.

Palavras-Chaves: Parto, protagonismo feminino, humanização, transformação da obstetria.

PONTES, M. G. A. ART PARTEJAR: Who stars in the scene?. 2012. – 80 F. Thesis (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité – Pb

ABSTRACT

The labor and delivery have changed significantly over the decades, the transformation of the obstetric triggered a strong socio-cultural change, what was experienced at home as a family event and naturally gave rise to physiological hospital deliveries, replacing the cultural richness care midwife by increasingly invasive procedures. The ritual of childbirth so full of grace, ease and affection, was crushed by hospital routines and patterns. Given this condition is necessary to understand how this change has altered the perception of women in relation to labor and birth and how maternal and child health has occurred in the scenario where current obstetric women often ceases to be the protagonist of his own to parity will comply with institutional rules. Thus, this study aims to: verify, by verbal reports, the degree of autonomy of women outside the labor and birth; Discuss the methods used by health professionals or other persons during labor and birth; Identify and compare practices of empowerment for the mother during labor, used in the evolutionary line. This study used a qualitative approach to the exploratory and descriptive. The technique for collection of empirical data based on the thematic oral history conceptualized in Meihy (2002). The research took place in the city of Nova Floresta - PB, with the subject of analysis 3 primiparous women from three different generations who gave their children the light vaginally in the home or hospital. Data were collected in the interviewees' own homes during the months of February and March 2012. Analysis of data was based on the performance of the phases that make up the thematic oral history (Meihy, 2002), and was guided by the vital tone of the narratives of each respondent, being discussed on the basis of relevant literature. The evaluation of the material allowed us to identify the context in which falls attention to both mother and child, as well as observing the perception of women in relation to labor and birth of the factors contributing to their condition before parturition. The elements found, considering the analysis were initially divided into three categories: Loneliness, misinformation and lack of assistance. The data showed that how the care at delivery and birth walked to get to today is still far from idealized, rescue the female protagonist is an essential factor in that there is a reconstruction of an obstetric model based on different principles of humanization and that depends on all those involved in this singular moment, including nursing professionals who work with pregnant women in the ace 'before, during and after' birth and were taken by MS as key to the birth worthy.

Key words: Childbirth, women's role, humanizing, transforming obstetrics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Parto: Perspectivas e transformações da assistência	17
3.2. Mulheres do século XX e XXI: breve resgate histórico	21
3.2.1 A mulher da primeira geração (1920 – 1940):	21
3.2.2 A Mulher da Segunda Geração (1950 – 1970):	24
3.2.3 A Mulher da Terceira Geração (1980 – 2000):	26
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	28
4.1 Tipo de Pesquisa	29
4.2 Local da pesquisa	30
4.3 Colônia e Rede	30
4.4 Instrumento para coleta de dados.....	31
4.5 Procedimento para coleta de dados	31
4.6 Análise dos dados.....	32
4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	32
4.8 Historia Oral: o método.....	32
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	70
ANEXOS.....	73



INTRODUÇÃO

A visão feminina sobre seus direitos começou a mudar no final do século XVIII, sob a influência da Revolução Francesa, que passou a dar forma aos ideais modernos para a construção da cidadania, porém, o homem ainda era seu principal favorecido. As conquistas do direito a educação e ao voto, refletiu a uma nova condição da mulher na inserção social, originando novos movimentos feministas nos anos 60 e 70, que tinham como palavra de ordem “Nosso corpo nos pertence”, a qual fazia uma alusão à mulher como proprietária de seu ser e com isso a contemplação dos aspectos associados à individualização destas, quanto suas relações na vida coletiva (ÁVILA; CORREA, 1999).

As políticas de saúde voltadas para a mulher eram precárias, englobando-a apenas na sua função de reprodutora e mãe, deixando um grande abismo no que se referia a outras questões de saúde. Gravidez, parto, aleitamento, menopausa e a sexualidade feminina foram temas extremamente regulados conforme as normas e procedimentos do modelo hegemônico, ou seja, gravidez e menopausa como eventos submetidos a intervenções médicas e tecnológicas; parto como evento médico e cirúrgico; aleitamento materno discutido somente para diminuir a mortalidade infantil e a sexualidade feminina banida das discussões de saúde (BRASIL, 2001).

Embora essa proposta tenha sido fundamental para a reivindicação feminina no que diz respeito ao campo sexual e reprodutivo, foi vista de forma fortemente desfavorável pela sociedade machista que temia essa concessão de direitos. Numa análise histórica, o caminho percorrido pelo movimento social que defendia a cidadania feminina, baseado em seus direitos sexuais e reprodutivos, é muito recente. Assim, pode-se afirmar que toda a luta em busca de seu espaço na sociedade marca a visão da figura da mulher na evolução histórica, sendo muito importante para chegar até os avanços da atualidade (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Durante os dois últimos séculos a mulher tem lutado pelo seu direito de igualdade, dentre as reivindicações estavam: o direito ao trabalho, a instrução, ao divórcio e, sobretudo, ao exercício de seus direitos cívicos, como cidadãos plenamente reconhecidos. Sem jamais recolocar em questão os deveres próprios de seu sexo, essas mulheres desejavam a todo custo ser igualadas aos homens, como eles, da soberania popular (BADINTER, 1991).

O autor acima afirma que a liberdade de decisão, decorrente da luta feminina, originou maior autonomia para que as próprias mulheres, de acordo com suas experiências, pudessem contestar a implantação de políticas de assistência à saúde ao público feminino. A inserção da mulher como usuária do sistema de saúde foi discutida desde o primeiro momento, isso

porque o saber médico entendia que a saúde desta relacionava-se apenas à questão reprodutiva, considerando-a como frágil e biologicamente inferior.

Durante muitos anos o Brasil se manteve imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A política vigente voltada para essa população se baseava no Programa Materno-infantil criado em 1977, que se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes. Com isso, diversas discussões sobre a assistência a saúde da mulher foram realizadas em encontros que envolveram importantes instâncias do cenário brasileiro, com o objetivo de prover os princípios de integralidade e autonomia feminina (OLIVEIRA, 2001).

Salienta-se que os debates tiveram ampla participação da população feminina, contudo observou-se a necessidade de incluir as mulheres de todas as classes sociais, percebendo que havia significados diferentes entre estas. Para as mulheres da classe popular, o movimento feminista representou a melhoria da qualidade de vida, enquanto que as da classe média o movimento expressava a ideologia de uma política com conteúdo feminista, embora as duas classes sempre estivessem unificadas para lutar por um propósito comum (ÁVILA; CORREA, 1999).

Os autores supracitados afirmam que, apesar dos debates políticos, o Estado ainda permanecia autoritário, não oferecendo informações e qualidade dos serviços para a regulação da fecundação. Com isso, muitas mulheres adotavam meios inadequados que refletiam em opções trágicas para a sua saúde. O abuso e o desrespeito às mulheres eram flagrados tanto nas clínicas e programas comunitários de planejamento familiar, quanto na assistência ao pré-natal e parto e na atenção ginecológica oferecida pela rede pública de saúde.

Baseado nesse contexto, o movimento passou a defender que o acesso gratuito dos métodos contraceptivos era essencial para a validação da cidadania feminina. A reflexão quanto às políticas que viam a mulher apenas como reprodutora foi fundamental para que estas reinvidicassem ao governo brasileiro melhorias na atenção à sua, implicando assim, para as primeiras decisões governamentais para a adoção de medidas oficiais (OLIVEIRA, 2001).

Além disso, outro espaço de enfrentamento na trajetória de luta defendida pelas mulheres foi a interferência da Igreja Católica, no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, fazendo com que os propósitos feministas até hoje não sejam completamente defendidos na esfera partidária política, favorecendo a fragmentação e impossibilitando a implantação de temas vistos como radicais (BADINTER, 1991).

Ao mesmo tempo em que a Igreja defende a implantação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população feminina, não permite que estas propostas

defrontem com suas doutrinas. Tais dilemas só puderam ser definidos, graças à união de feministas, ginecologistas e pesquisadores da área de reprodução humana, assim como a adesão de mulheres inseridas no campo profissional da saúde, dos níveis de assistência social e unidades acadêmicas que se tornavam cada vez mais freqüentes nessa luta (BADINTER, 1991).

Só em 1983, com a fundação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), foi que o movimento feminista, apoiado pelo Ministério da Saúde (MS), ganhou espaço democrático para a implantação das ações desenvolvidas nos encontros anteriores e que dariam origem a outros eventos importantes na esfera política e social, como a Primeira Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em 1996, que embora tenha ganhado forte apoio do Governo Federal, fez fortes críticas ao modelo de saúde vigente (ÁVILA; CORREA, 1999).

O PAISM passou a contemplar um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais abrangem as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais. Essa mudança no modelo assistencial foi essencial para o estabelecimento de melhorias refletido nos indicadores epidemiológicos referentes à condição da mulher no Brasil, adquirido graças à luta dos movimentos feministas (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de continuar avançando politicamente, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser norteadada por um programa de governo e passa a ser regida por uma política de Estado e, assim, surge em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Destaca-se como um dos objetivos desta o acolhimento de mulheres historicamente excluídas da assistência à saúde, como lésbicas, mulheres negras, indígenas, residentes em zonas rurais, presidiárias, mulheres portadoras de distúrbios mentais, mulheres portadoras de HIV/AIDS, com doenças crônicas não transmissíveis, entre outras (BRASIL, 2004).

Entre os eixos temáticos da PNAISM encontram-se o incentivo a promoção da saúde como também a redução de casos de morbi-mortalidade e mortalidade entre mulheres, sobretudo àquelas por causas preveníveis e evitáveis, além do incentivo a assistência humanizada. Nesse sentido, surge em 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentando como metas o atendimento humanizado e integral à gestante nos serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2004).

Neste contexto, verifica-se que, com o passar do tempo, as políticas de saúde suscitaram transformações acerca da percepção do ciclo gravídico-puerperal, os profissionais

de saúde tomaram o lugar da educação passada de geração para geração, porém, com tanta informação disponível e o suposto ‘melhor’ acompanhamento dessas grávidas, o que se tem visto é que grande parte desta assistência não é cumprida plenamente.

A relação de gênero é geralmente transformada em desigualdades que tornam o ser mulher vulnerável à invisibilização e à exclusão social. O atendimento à mulher durante a gestação e o parto expressa claramente as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, já que parte do princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica e dá sustentação à relação entre poder e gênero que acontece nas cenas da assistência ao pré-natal (LAURETIS, 1992).

Se anteriormente, a gestação e o parto transcorriam em família, sob fortes vínculos afetivos, atualmente, ocorrem, em sua maioria, em hospitais que transformaram os vínculos em contatos superficiais. A obstetrícia firmou-se como matéria médica na formação profissional e institucionalizou-se, assim, o parto hospitalar intensificando sua intervenção (OLIVEIRA, 2001).

Esse crescente aumento de submissão feminina ao parto hospitalar, fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um papel passivo durante o momento do parto. O PAISM veio consolidar o desenvolvimento de atividades capazes de informar e educar a sociedade feminina nas das unidades de saúde, enfatizando a promoção do autoconhecimento através de abordagens que estimulem a participação deste grupo (LAURETIS, 1992).

O profissional de saúde que assiste a mulher em seu estado gravídico deve assumir o papel de educador, ‘empoderando-a’, dando-lhe condição de autonomia e enfrentamento das situações vivenciadas durante a gravidez, visando torná-la um momento tranquilo, propício para um parto sem intercorrências e um puerpério sem complicações (OLIVEIRA, 2001).

Todavia, o empoderamento materno só é realmente realizado quando o profissional permite a reflexão das gestantes ao pensamento e formulação de dúvidas, que uma vez esclarecidas não permitirão que a mulher fique insegura e tenha medo, o que pode ocasionar em um parto traumático, passivo ou na adoção de uma cesariana desnecessária (LAURETIS, 1992).

A violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias perturba e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror,

impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres percebam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993).

Todas as intervenções distorcidas anteriormente citadas afastam a mulher do protagonismo do parto, deixando o nascimento cada vez mais medicalizado e horizontal. Assim, esta pesquisa tem como objetivo reconhecer, dentre as gestantes selecionadas, o seu grau de empoderamento e autonomia durante a parturição, considerando os relatos dos momentos do parto ao longo de sua evolução que resultou no modelo de assistência atual, resgatando o ciclo gravídico puerperal como um processo natural da fisiologia feminina, desmistificando a aparência de sofrimento e dor que rodeiam esta temática, além de analisar os métodos utilizados pelos profissionais de saúde como imprescindíveis para a adoção de medidas humanas que valorizem a parturição.

Durante muito tempo a mudança de poder para o parto e nascimento frente à mulher se deu de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica. Porém, com o passar do tempo, foi se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade.

Diante do exposto este trabalho se propõe a desenvolver os seguintes objetivos:

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- ✓ Analisar histórias de vida de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e nascimento, identificando traços do comportamento feminino neste processo.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Verificar, através dos relatos verbais, o grau de autonomia de mulheres frente ao trabalho de parto e nascimento;
- ✓ Conhecer os métodos utilizados por profissionais de saúde ou outras pessoas durante o trabalho de parto e nascimento.



REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Parto: Perspectivas e transformações da assistência

Com a análise da história do parto a partir do século XX, é visto o quanto pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. A parturição, antes apreendida como um momento íntimo e familiar, enfatizado no processo cultural, onde predominava um modelo de atenção feminina, passou a ser executada dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio de práticas intervencionistas do que com as necessidades do corpo materno (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Conforme Domingues (2002), o parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico e ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades, os cirurgiões-barbeiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras e, normalmente, o papel dos mesmos era retirar um feto vivo de sua mãe morta.

No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse atendido nas maternidades, onde eles tinham autonomia e assim podiam controlá-lo. Convém destacar que os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais, as maternidades foram criadas apenas no século XX (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

É importante compreender que este domínio não foi fácil, a hospitalização do parto contou com a resistência brusca das mulheres, que se negavam a deixar suas casas para dar a luz em enfermarias de hospitais. A consolidação da presença do médico na cena do parto associa-se à criação de um instrumental próprio e de práticas cada vez mais intervencionistas, uma vez que a usavam para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade em relação às parteiras, que realizavam somente manobras e diagnósticos utilizando as mãos (ROHDEN, 2001).

Para Tornquist (2003), é notório que esta perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos. As que recorriam ao hospital para dar a luz eram, em sua maioria, aquelas que não tinham posição social, eram pobres e sozinhas, e procuravam a maternidade em último caso, corroborando com o que diz Leal e Viacava (2002), que até o início do século XX, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas.

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XX, atraindo um

número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança, devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o trabalho de parto e as operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos (MARTINS, 2005).

O autor anterior afirma que a obstetrícia moderna é caracterizada por três razões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente.

Talvez a mudança mais perceptível na cena do parto, esteja ligada a posição da parturiente. A medicalização no momento do trabalho de parto, fez com que a mulher ficasse deitada, permanecendo assim também no momento da expulsão do feto, onde a parturiente, influenciada pelo médico, adota a posição litotômica para que este possa visualizar melhor o canal vaginal, assim como, facilitar sua manipulação.

A adoção da posição horizontal fez com que várias outras intervenções fossem necessárias, por impedir o movimento da mulher, fazendo com que as dores sejam intensificadas, justificando-se assim a aplicação de anestesia, o que a impossibilita de participar ativamente do parto. Além disso, esta posição faz com que o músculo perineo não relaxe, contribuindo para o aumento das taxas de episiotomia. Ao deitar na cama, com as pernas para cima, a mulher se configura como coadjuvante e o médico torna-se o ator principal do parto (MARTINS, 2005).

No Brasil, o modelo de assistência ao parto se dá sob duas esferas institucionais: A pública e a privada. Enquanto os serviços públicos oferecem o parto normal traumático, os serviços privados apresentam as suas pacientes a cesariana, como marca de diferenciação e modernidade (BRASIL, 2001).

Alguns autores defendem que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque via outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e a iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo. Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na

elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular (ROHDEN, 2001).

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma alteração do ator principal da cena do parto, no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto, no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e inúmeros outros atores são incluídos: a doula, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apoiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher (TORNQUIST, 2003).

O conceito de humanização é amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (ROHDEN, 2001).

A autora citada anteriormente retrata que até pouco tempo o termo humanização era usado apenas, e de modo restrito, nos países de língua latina. Hoje, a tendência aponta para sua internacionalização, o que no Brasil chama-se “assistência humanizada” pode em outros países ser denominada “baseada em evidências”, “orientada pelos direitos”, “centrada na mulher”, “parto ativo”, “parto feliz”, “parto respeitoso” ou “assistência amiga da mulher”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações, que em 2000 foram publicadas no Brasil pelo MS, sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, enviado para todos os médicos ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetras do país. As recomendações, resumidamente, dividem-se em quatro categorias: A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas; D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. As “Recomendações da OMS” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto, e alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil inclusive para a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2005).

Desde a implantação do PHPN, a assistência a gestante no Brasil, baseia-se nos princípios da humanização. A portaria n. 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, afirma que:

[...] A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações

baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas [...] (BRASIL, 2005, p.7).

Esta atenção reafirma o que prioriza a OMS, que entre outras condutas estimula: a presença do acompanhante, a oferta de ingesta hídrica, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor, a liberdade de movimentação e adoção de posturas verticais, no trabalho de parto e parto, condutas estas muitas vezes não respeitadas (BRASIL, 2005).

A principal estratégia do PHPN são assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito a humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento ao parto e do puerpério (SERRUYA, 2003).

Muitas vezes as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, pois quanto mais a instituição adotar uma política humanizada do parto, maior o risco de a organização ser corresponsável em algum resultado adverso. Para a correta implementação das políticas de humanização do parto, é imprescindível dizer que, esta só será realmente desenvolvida quando além da organização hospitalar, toda a equipe se envolver em prol desta assistência, pois, o obstetra não é o único a realizar procedimentos vistos como intervencionistas, estão inclusos também, por exemplo, a ação de anestesistas e pediatras (BRASIL, 2005).

Entre as medidas normatizadas pelo MS, que objetivam a adoção das práticas humanizadas está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal. Desta forma, a obstetrícia tem oferecido à enfermagem a valorização de seu cuidado, assim como, a expansão do mercado de trabalho, inclusive o liberal, já que o parto sem distorcia pode ser realizado na própria casa da parturiente. (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Se por um lado os médicos obstetras percebem o parto como um processo potencialmente patológico que demanda intervenções a fim de se manter o controle sobre a mulher e o nascimento, por outro as enfermeiras o veem como um processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, no qual o bem-estar geral das parturientes e suas emoções devem ser considerados (SODRÉ; LACERDA, 2007).

As formas como o parto e o nascimento são vistos atualmente, decorre de um longo processo de transformação pessoal, cultural, social e político. Para desmistificar a passividade e a dor, é primordial que cada um reconheça o seu lugar no momento da parturição, não permitindo que o papel principal seja retirado da mulher. A obstetrícia atual, baseada em

tecnologias que supostamente melhoram a assistência em relação àquela adotada até o século XX, pouco tem influenciado para a qualidade do atendimento (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Neste contexto, é preciso compreender, como as mulheres vêm sendo ‘empoderadas’ ao longo das décadas, qual o grau de influência que os profissionais passaram a exercer sobre suas gestantes, como estas respondem as práticas autoritárias do serviço e como entendem a humanização do parto.

3.2. Mulheres do século XX e XXI: breve resgate histórico

3.2.1 A mulher da primeira geração (1920 – 1940):

Tudo se inicia com o reconhecimento da figura feminina na linha do tempo, o processo de mudanças que envolveram e destacaram o papel da mulher ao longo da história, permitindo sua evolução e redesenhando sua posição frente à sociedade. Analisando as interpretações que abrangem a criação humana em gêneses, citado no antigo testamento, nos deparamos com a história de Lilith, popularizada como a primeira mulher a rebelar-se contra a sua condição de inferioridade quanto ao gênero masculino, reclamando perante Deus: “Contudo, eu também fui feita de pó e por isso sou tua igual”. Tendo Deus negado sua independência, a deusa Lilith abandonou o Éden (NOSPHERATT, 2009).

A própria religião judaico-cristã estigmatiza Eva como sendo a figura feminina, o símbolo da perdição, culpada pelo pecado original que a concebeu como pecaminosa por ter tentado o homem a comer o fruto proibido, levando-o a ser, junto com ela expulso do paraíso e, assim, Deus teria dado a todas as mulheres a dor do parto como uma forma de castigo pela desobediência (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Simone de Beauvoir, escritora francesa que em 1970 publicou o livro “O segundo sexo”, afirmou que nas antigas criações do mundo à mulher foi negada a equidade ao homem. Por essa razão, ela era considerada “o outro”, ou seja, o ser diferente, desigual, tornando famosa a frase: “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Diante desta condição imposta à mulher, esta foi fortemente valorizada na sociedade patriarcal que, por muito tempo, privou-a de viver sua própria história, repassada ao longo dos séculos e perpetuada entre as mais diversas culturas (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Logo, este modelo patriarcal, fortalecido ainda mais pela imposição religiosa judaico-cristã, onde grande parte da sociedade estava inserida, a “filha-mulher” desde criança deveria preparar-se para ser esposa e mãe, sendo educada para exercer apenas as obrigações domésticas, como afirma Gilberto Freyre:

[...] Da mulher-esposa, quando vivo ou ativo o marido, não se queria ouvira voz na sala, entre conversas de homem, a não ser pedindo vestido novo, cantando modinha, rezando pelos homens; quase nunca aconselhando ou sugerindo o que quer que fosse de menos doméstico, de menos gracioso, de menos gentil; quase nunca metendo-se em assuntos de homem[...] (FREYRE, 1977, p. 108.).

Ademais, a mulher era estigmatizada por sua fragilidade, sendo impedida de frequentar a escola, o que facilitava a posição de submissão ao homem, a princípio o pai e mais tarde o marido, que lhes diziam como deveriam se vestir e até como se comportar. Características como possuir pés pequenos e cintura fina eram valorizadas, as vestimentas eram desconfortáveis e prejudicavam a liberdade física. Estes episódios foram comumente descritos na literatura médica, revelando ainda que as moças, para se manterem de acordo com o padrão de beleza da época e conseguir um bom partido, adotavam medidas nocivas a sua saúde para alcançarem este padrão, muitas faziam dietas e trajavam corpetes tão ajustados que dificultavam a respiração (IWANOWICZ, 1994).

Ao final do século XIX, o Brasil já possuía, mesmo que de forma limitada, mulheres que sabiam ler e escrever. Posteriormente, o surgimento de escolas regidas por religiosos passou a aceitar as moças, que após terem aprendido as primeiras letras em casa, eram mandadas para o internato de onde, após anos, saíam prontas para o casamento. Ressalta-se que muitas delas para tentar fugir do domínio do pai ou do marido, acabam virando freiras (MARTINS, 2005).

Com a progressiva urbanização, aos poucos a mulher integrou-se na sociedade, gerando expressões femininas como Narcisa Amália, Júlia de Almeida e Nisia Floresta, as quais escandalizaram muitas senhoras brasileiras e religiosos, entre eles, o Padre Lopes Gama. Este, que não se conformava com as atitudes feministas muito a frente de sua época, considerava-as como “mundanas”, pois, ao invés de servirem aos seus maridos, frequentavam teatros, iam a bailes sem acompanhantes que as vigiassem e usavam calças, como homens (LAURETIS, 1992).

Haja vista as pequenas transformações no perfil feminino, em que poucas se rebelavam contra o regime patriarcal, tais mudanças não eram admitidas. Segundo Almeida (2000), a história da educação brasileira no início do século XX, retrata poucas universidades

no país, encontradas somente nos grandes centros, onde justamente o movimento feminista era mais intenso.

Quanto aos namoros D’Incao (1989) considera que a rigidez que permeava este tema ainda tinha vestígios do século anterior, quando a virgindade era necessária e garantia um bom casamento:

[...] A virgindade era um requisito fundamental: independentemente de ter sido ou não praticada como um valor ético, propriamente dito, ela funcionava como um dispositivo para garantir o status da noiva como um objeto de valor econômico e político (D’INCAO, 1989, p. 68).

Os casamentos eram decididos pelos pais, que definiam quem seriam os pretendentes e quando suas filhas casariam. Quanto melhor a posição social em que a família se inseria mais rígida era o cumprimento destas regras. Não era permitida, de forma alguma, o descumprimento desta decisão e as moças que ousassem desobedecê-las fugiam com seus namorados e eram vistas como desonradas e excluídas do convívio familiar (LAURETIS, 1992).

De acordo com Martins (2005), para as famílias da primeira metade do século XX, a sexualidade e os assuntos que estivessem atrelados a ela como, por exemplo, a menstruação e o parto, eram discussões a serem escondidas por medo e vergonha. Esses tabus, que não eram discutidos principalmente entre mães e filhas, faziam com que as moças vivenciassem estas experiências de forma traumática e totalmente leigas do processo que lhes acometia.

Entretanto, como refere Rago (1991), alguns higienistas acreditavam que os jovens deveriam ser esclarecidos e orientados quanto aos temas que envolviam a sexualidade, como anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis, mas estas ideias foram fortemente reprimidas pela sociedade que não permitia que as mulheres fossem conhecedoras de seu próprio corpo, pois isso significava a quebra dos valores morais.

No entanto, estes conceitos iam de encontro aos princípios da igreja católica, que não aprovava a contracepção, pois, considerava este ato como uma tentação ao homem fora do lar, uma vez que permitia que o sexo fosse praticado para outros fins que não a procriação, motivo este que predisporia a gravidez feminina recorrentemente em pouco tempo, resultando em vários filhos e consequentes abortamentos (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Em meados da década de 1930, a industrialização fortemente impulsionada pela urbanização desenhou uma nova estrutura familiar no país, sobretudo no papel da mulher que, frente ao pós-guerra e a escassez da mão de obra masculina, foi obrigada a enfrentar a crise,

saindo cada vez mais de suas casas para trabalhar em fábricas, lojas e escritórios, gerando renda e alterando assim sua postura na sociedade (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Contudo, a desigualdade de gênero, se manteve intensa, uma vez que o salário e as condições de trabalho eram bem mais desfavorecidos do que aquelas oferecidas para os homens. Estes aspectos foram reconhecidos mundialmente quando, em 25 de março de 1911, um incêndio na fábrica de Triangle Shirtwaist em Nova Iorque, matou 146 trabalhadores a maior parte costureiras, provavelmente este marco histórico permaneceu no imaginário popular como sendo o fato que originou o dia Internacional da Mulher, apenas em 1975 a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a considerar a data 08 de março como oficial para as comemorações de reconhecimento da luta feminina para reivindicar seus direitos (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Neste sentido, compreende-se que as mulheres desta geração não questionavam por medo, pois eram coibidas e a sociedade as obrigava a agir conforme moldes pré-estabelecidos. Portanto, seu futuro seria a busca pela felicidade mascarada por um bom casamento, sendo a rainha de seu lar, pois este era seu único refúgio, sendo a mãe exemplar que não se permitia erros, uma vez que qualquer rebeldia da filha recaia sobre seus ombros e esta era a culpada pela educação mal dada.

Enfim, estas mulheres conseguiram evoluir, em meio às falhas da sociedade que, por motivos políticos/econômicos um dia precisaram delas em seus momentos de fragilidade, permitindo desta forma, mesmo que inconsciente, a progressão feminina das décadas seguintes.

3.2.2 A Mulher da Segunda Geração (1950 – 1970):

As mulheres deste grupo viveram sua juventude em meio à arbitrariedades, sendo reprimidas por uma dura organização política (Ditadura Militar de 1964) e defendidas por movimentos revolucionistas que lutavam por sua liberdade. Momentos que as impulsionaram sobre como deveriam se comportar perante uma sociedade que estabelecia quais padrões eram corretos para uma mulher e suas próprias vontades frente seus direitos de cidadania (ALTTIMAN, COSTA, 2000).

Esta geração sofreu com a nova construção de gênero vivenciada pela mulher, em meio a este cenário não sabiam a quem recorrer para resolver os novos problemas surgidos, visto que as novas experiências fugiam daquela realidade de suas mães e avós, desta forma,

viram-se obrigadas a criar suas próprias soluções, construindo assim, uma imagem de mulher mais independente.

[...] Sozinha pela rua, com as mãos na direção do seu auto; sozinha no passeio e no dancing da moda. É a moça de hoje que já não precisa da mamãe vigilante, nem da senhora de companhia [...] Como os cabelos, como os vestidos, como o rosto, a moça de hoje já fixou espírito fê-lo mais livre [...] Nas repartições públicas, no balcão, na fábrica ou nas grandes casas, ela sabe estar sozinha pela vida [...] (NOVAIS; SEVCENKO, 1998, p.369).

Segundo Thébaud (1991), este é um grupo que experimentou novos conceitos em velhas posturas, mulheres que viveram as transformações que as levaram de sujeitos passivos a donas de sua história.

Mestre (2004) afirma que esta era uma época ambivalente, onde de um lado havia a luta e defesa pela igualdade dos gêneros e, por outro, os velhos padrões machistas, nos quais as moças liam Simone de Beauvoir e, de forma mascarada, sonhavam em ser miss Brasil e casar-se com um bom partido.

Enquanto estudantes, estas mulheres viam na educação uma forma de emancipação. A educação, oferecida de forma igual entre os gêneros, era algo esperado e cobrado pelos pais, o que aumentou o acesso feminino a outras áreas acadêmicas além do magistério ou enfermagem, principais cursos de ingresso destinados às mulheres da geração anterior. A juventude delas foi regida ao som do rock'n roll, dos Beatles e dos Rolling Stones e pelo uso da calça jeans ou minissaia que estampavam o cenário artístico nos cinemas (MESTRE, 2004).

Neste momento também surgiam as novas tecnologias que tornavam o trabalho doméstico menos árduo, desta forma as mulheres tinham mais tempo para cuidar de sua beleza, uma forte particularidade dos anos 50. Como relatam Chanine e Jadzdzewski (2000), esta acordava antes de seu marido, fazia o cabelo, a maquiagem e colocava uma bela roupa, depois retornava ao quarto e fingia dormir, fazendo com que este sempre tivesse ao lado uma mulher atraente.

As mulheres desta época tiveram forte influência das norte-americanas, eis que surge a moda baseada no estilo das 'pin ups', quando estas eram desenhadas em poses sensuais e ao mesmo tempo inocentes, expostas em pôsteres e revistas. Ganhando mais adeptas no Brasil, a partir da década de 1940, as garotas pin ups vestiam peças que deixaram delicadamente a mostra suas silhuetas, valorizando suas pernas suntuosas e cinturas definidas (CHANINE; JADZDZEWSKI, 2000).

Os autores anteriores ainda acrescentam que, sem dúvida, a maior mudança explícita para esta geração foi sua ocupação no mercado de trabalho, o que de certa forma acabou por mudar muitos outros aspectos do seu papel social. Contudo, para muitas jovens, principalmente as de maior posição social, trabalho era uma ocupação temporária que mais tarde seria cessada pelo casamento ou pelo nascimento do primeiro filho. Trabalhar significava mais uma questão de sobrevivência do que realização pessoal, pois se a mulher tinha condições de ser sustentada pelo pai ou marido, trabalhar não seria importante. Salienta-se que essa realidade era diferente para as mulheres das camadas mais baixas, que sempre precisaram sair de casa para ajudar sua família.

Apesar de ter vivenciado o auge do feminismo, o casamento ainda era visto como indissolúvel isso porque as mulheres desquitadas eram mal vistas pela sociedade, logo, as estas se viam obrigadas a manter o casamento mesmo que isso lhe fosse prejudicial (MESTRE, 2004).

Assim, pode-se dizer que as mulheres da segunda geração sofreram influências diversas, que oscilavam entre o tradicionalismo machista e as novas concepções liberais, o que estabeleceu um conflito interno e incentivou a forma como a geração seguinte passaria a ser moldada.

3.2.3 A Mulher da Terceira Geração (1980 – 2000):

Neste momento da história ocorria o declínio da guerra fria e no Brasil o fim da ditadura militar, logo, as mulheres viveram dois importantes marcos políticos em diferentes décadas: O movimento “Diretas já!” em 1984 e posteriormente o movimento dos “Caras Pintadas” em 1994 (MESTRE, 2004).

O autor anterior ressalta ainda que as mães destas jovens vinham de uma geração com maior liberdade reprodutiva que as anteriores, tendo conquistado direitos inéditos até então, como: o uso da pílula anticoncepcional, formação universitária e maior participação no mercado de trabalho, por isto, em muitos momentos estiveram ausentes no processo de criação de suas filhas, que conseqüentemente tornaram-se frutos de novos tipos de relações (ALTTIMAN; COSTA, 2009).

Com a crescente globalização, as mulheres passaram a ter cada vez mais acesso aos poderes públicos e financeiros, o que permitiu o fortalecimento da presença feminina no mercado de trabalho. Por este motivo, a educação não era mais apenas esperada, assim como

exigida e valorizada pelos pais, baseadas em uma formação única e igual para homens e mulheres, sendo o reconhecimento dado não à questão de gênero e sim pelo desempenho individual de cada pessoa (CHANINE; JADZDZEWSKI, 2000).

Muitas mulheres começaram a serem as provedoras de suas famílias, invertendo as relações de gênero, quando nesta geração é comum a condição onde a mulher é quem sai para trabalhar e o homem passa a exercer os cuidados que antes eram da responsabilidade materna. O namoro foi outro fator de grande mudança, na era dos “ficantes”, as filhas falam abertamente sobre seus relacionamentos com os pais e tem maior liberdade para decidir a respeito do casamento e da questão se ter filhos é um ideal ou não em suas vidas (MESTRE, 2004).

Com isso, tornou-se cada vez mais comum as relações não oficializadas, onde os casais podem vivenciar a experiência da convivência antes do casamento na tentativa de não errar em suas escolhas. Nesta conjuntura, a pílula anticoncepcional desencadeou mudanças que revolucionaram as práticas sexuais, de acordo com Priore (2000), para as mulheres da terceira geração, fazer sexo ultrapassa as questões de moralidade passando ser também uma questão de bem-estar e prazer.

Nas relações entre os amigos, o sexo passa a ser um assunto abertamente discutido e até incentivado, enquanto que para os pais permanece como um tema delicado, porém, encarado de modo muito diferente das primeiras gerações, quando muitas vezes a prática deste ato ocasionava a expulsão da filha de casa. Todavia, a maternidade ainda é pensada como algo a ser vivida pelo casal, ou seja, expondo a necessidade de unir a procriação ao casamento (CHANINE; JADZDZEWSKI, 2000).

Diferentemente das outras gerações, estas mulheres possuem como principal objetivo a sua realização profissional, muitas vezes excluindo as questões de casamento e filhos. A “nova” figura feminina passa a desempenhar vários papéis que lhes são impostos ao mesmo tempo, como o de esposa, mãe, profissional, dona de casa, etc. (MESTRE, 2004).

Percebe-se que, ao longo do tempo, a mulher reconstruiu sua imagem e seu espaço na sociedade, reescrevendo sua história de vida, embora ainda haja um grande caminho a percorrer, que não difere muito do início, no qual permeiam lutas, enfrentamentos, preconceitos a serem vencidos, entre outros. Contudo, os passos alcançados e as metas a serem almeçadas renovam o ânimo e a coragem dessas mulheres, estejam elas nos espaços sociais ou no meio familiar (ALTTIMAN; COSTA, 2009).



CAMINHO METODOLÓGICO

Segundo Salomon (1993), uma atividade é denominada científica quando: 1º) produz ciência, 2º) ou dela deriva e 3º) ou acompanha seu modelo de tratamento.

Para Marconi; Lakatos, (1991), A finalidade da atividade científica é a obtenção da verdade, se interpondo com a comprovação de hipóteses, que por sua vez, atrelam a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade.

Para que seus objetivos sejam alcançados, a pesquisa científica é composta por um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos classificados como: métodos científicos.

De acordo com Trujillo (1974), método é a forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçando de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objetivo.

Nesse sentido, passa-se a apresentar adiante os passos que serão percorridos para alcançar as metas propostas para este estudo.

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza descritiva sob a perspectiva da abordagem qualitativa. Nesse sentido, este estudo levará em consideração a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O caráter descritivo se volta aos pesquisadores tenderem a analisar seus dados indutivamente. Assim, o processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA, 2001).

Os colaboradores da pesquisa podem direcionar o caminho da investigação em suas interações com o pesquisador. Para Chizzotti (2003), a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e a subjetividade do sujeito.

Dessa forma, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, fatores estes que representam um nível de realidade não expressa em pesquisas quantitativas.

No presente estudo analisamos através de relatos verbais, as experiências vivenciadas pelos sujeitos desta pesquisa, constituindo assim um método focado na História Oral, baseada conforme os princípios de Meihy (2002).

Para o referido autor a história oral não é compreendida como metodologia e sim como o conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto, instrumento norteador que ajuda a planejar o trabalho de pesquisa, o delineamento da proposta a ser desenvolvida, sua fundamentação teórica e justificativa, a entrevista em colaboração e a passagem do código oral para o escrito.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Nova Floresta, localizada na região do Curimataú paraibano. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2010 sua população era estimada em 10.533 habitantes e sua área territorial de 59 km². A escolha pelo local do estudo se deu pelo histórico cultural na cidade de muitos nascimentos por partos normais. Assim, acreditou-se que o município seria um cenário rico em histórias que envolviam as mulheres e o parto, para que os objetivos propostos pudessem ser atingidos.

4.3 Colônia e Rede

A escolha da colônia a ser estudada e representada, é definida por Meihy como: “A colônia é sempre o grupo amplo formado pelos elementos que marcam a identidade geral dos segmentos dispostos a análise da qual a rede é a espécie ou parte menor cabível nos limites de um projeto plausível de ser executado” (MEIHY, 2002, p. 160).

Desta forma, a rede está inserida dentro do grupo mais amplo nomeado por colônia, logo, conforme Meihy (2002), a rede se define como uma subdivisão da colônia, que visa estabelecer parâmetros específicos e desta forma decidir quem será o alvo da entrevista.

Neste estudo, a colônia foi composta por todas as mulheres que vivenciaram o parto via vaginal no município de Nova Floresta e a rede por àquelas que desejarem livremente participarem do estudo, serem maiores de 18 anos e serem usuárias cadastradas de alguma Unidade Saúde da Família de Nova Floresta da zona urbana. As participantes do estudo

deverão ter parido em décadas diferentes para que possamos perceber o empoderamento ou não da mulher ao longo do tempo no local do estudo. Diante destes critérios de seleção ao final chegamos a uma rede de três colaboradoras para este trabalho.

Assim tivemos como público alvo deste estudo as principais protagonistas da arte de partear, ou seja, as contribuintes desta pesquisa: mulheres que já passaram pelo processo de parto e nascimento em diferentes décadas seja no ambiente domiciliar ou hospitalar.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Marconi e Lakatos (1997) definem instrumento como um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por eles com as respostas do pesquisado. Neste estudo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado norteado a partir dos objetivos da pesquisa. Segundo Gil (2002) este tipo de instrumento possui uma ordem de perguntas pré-estabelecidas pelo pesquisador, possuindo questões objetivas e subjetivas de caráter flexível.

4.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante a aprovação do presente Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FASER – Faculdade Santa Emília de Rodat - e consequente emissão de um código único chamado CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - para o então Projeto de pesquisa avaliado.

Diante da aprovação, marcaram-se previamente com as colaboradoras do estudo os encontros para as entrevistas de acordo com a melhor disponibilidade temporal da entrevistada e da pesquisadora participante. Após esclarecimento dos objetivos e importância do estudo, a participante foi convidada a assinar o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esclarecendo a garantia do anonimato, beneficência e não maleficência do estudo bem como a autonomia de desistir a qualquer tempo. A pesquisadora participante ficou a disposição da entrevistada para quaisquer dúvidas sobre a pesquisa.

4.6 Análise dos dados

O material coletado foi analisado com base no enfoque do método qualitativo a partir de dados primários coletados de informações contidas no instrumento de coleta. Em seguida, os dados foram organizados de acordo com o método da História Oral sob a percepção de Meihy (2002) para posterior discussão à luz da literatura pertinente à temática.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre o envolvimento direto ou indireto em pesquisa com seres humanos. Destacam-se especialmente, entre outros, os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência contida na referida Resolução (BRASIL, 1996). Também levou-se em atenção a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Diante do exposto, o projeto contará com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em consonância com a Resolução 196/96 do CNS.

Após análise de membros do corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, a pesquisa foi registrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa através da Folha de Rosto de protocolo “FR-481742” (Anexo A) e encaminhada, com devida autorização do SISNEP/CONEP (Anexo B), para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (FASER) visto a confiabilidade e pertinência do referido Comitê onde obteve a aprovação para sua execução.

4.8 História Oral: o método

Muito se tem falado sobre as mudanças femininas deliberadas a partir da luta feminista, fenômeno este que permitiu a evolução deste gênero e junto a este processo à transformação do papel da mulher frente à sociedade, o que importou também significativas

contribuições em seu comportamento e reflexões, frente a isso, uma das áreas afetadas foi o processo maternal.

Segundo Queiroz (1895), o relato oral tem sido a maior fonte humana de conservação e difusão de saber através dos séculos, como afirma Meihy (2002), a História Oral é imprescindível para a manutenção e disseminação das experiências sociais.

Através do relato que dá origem a historia oral, é confeccionada a documentação oral que para Meihy (2002) envolve todo e qualquer recurso que guarda vestígios de manifestações da oralidade, sejam eles obtidos por meio de entrevistas esporádicas, gravações de musicas, registros sonoros de ruídos, por tanto, tudo aquilo que é preservado através de gravações é considerado como documento ou fonte oral.

Logo, tudo o que participa do relato oral pessoal, como a emoção, os gestos e gesticulações, as expressões faciais devem ser trabalhadas a fim de transmitir o sentido da entrevista. Para Meihy (2002), para a construção deste método se faz indispensável a participação e interação dos elementos envolvidos inicialmente, dentre eles: o entrevistador, o entrevistado e os instrumentos de coleta de dados que podem ser câmeras e/ou gravadores.

O entrevistador é aquele a quem interessa a entrevista como base para seu estudo, a ele cabe a mediação, execução e organização da entrevista, o entrevistado é o colaborador principal do estudo, aquele a quem se pretende ouvir, os instrumentos de gravação utilizados para coletar-se os relatos são importantes para que o entrevistador possa elaborar as fases consequentes da entrevista.

Dentro do método da História Oral de Meihy (2002), encontramos três modalidades essenciais para a descrição do estudo realizado, são elas: 1) História Oral de Vida onde se permite que o colaborador possa dissertar sobre suas experiências pessoais de forma livre; 2) História Oral Temática, nesta modalidade a entrevista se dá a partir de um tema já estabelecido previamente; 3) Tradição Oral que remete a um estudo do passado longínquo, onde os dados são obtidos através do coletivo, geralmente pela transmissão de informações geracionais.

Neste sentido, este projeto se fundamenta na modalidade do tipo História Oral Temática, pois, se consiste em uma pesquisa com um tema já definido e ao qual se pretende arraigar, norteador-se sobre a atuação da mulher frente ao processo de parto e nascimento em diferentes períodos da história, buscando identificar o grau de empoderamento destas por meio das influencias de quem as assiste, objetivando-se refletir sobre a condição imposta a gestante buscando alternativas viáveis para a melhoria da atenção a estas mulheres através dos preceitos que circunda a humanização do parto.

Para que o projeto fosse desencadeado corretamente, alguns passos técnicos foram instituídos de forma a prover a organização e modo de execução do trabalho proposto, logo, para essa efetivação foram adotados os seguintes passos que intermediaram a entrevista, divididas em dois momentos fundamentais, a pré e pós-entrevista, sendo esta última responsável pela análise e registro da documentação oral, desenvolvida a partir das etapas de Transcrição, Textualização, Transcrição, Conferência das entrevistas e Autorização para o uso e divulgação e finalmente o Arquivamento.



 APRESENTANDO O “DESABROCHAR DAS FLORES” E SUAS HISTÓRIAS DE PARTO E NASCIMENTO.

De saia rodada

Já sob a alvorada

A flor margarida

Toda espevitada...

Floresce entre rosas

E flores altaneiras

Dentre todas elas...

É a mais companheira.

No orvalho fresquinho,

Entre a verde folhagem,

De tule branquinho,

É só simplicidade!

Flor pura criança...

É só bem me quer!

Não faz aliança com nenhum mal me quer

É felicidade...

De pouca vaidade,

Respinga nos campos,

Naturalidade...

Se vai para o vaso...

Contra sua vontade,

Padece ao acaso...

Morre de saudade!

Rafaela Bosco

foto **Margarida**

Há 67 anos nascia através de um parto natural a graciosa flor “Margarida”, vinda ao mundo no leito de sua própria casa pelas mãos de uma parteira tradicional, assim como tantas outras flores da sua geração.

Na antiguidade a margarida era considerada a flor das moças donzelas, caracterizando a juventude, virgindade, amor inocente e sensibilidade, assim também é a nossa flor, hoje uma senhora madura, que carrega em seu rosto as marcas das experiências vividas, porém ainda com ar jovial, muito falante e expressiva.

Como era comum de sua época, Margarida casou-se ainda adolescente, seu sonho era ser professora, mas este sonho por muito tempo precisou ser adiado, com o casamento vieram as responsabilidades, ela então tornou-se a rainha de seu lar e logo descobriu o prazer de ser mãe, experiência esta vividas quatro vezes, todos de forma natural, onde apenas um se deu em ambiente hospitalar.

O nosso encontro ocorreu na casa da própria entrevistada que por ser muito religiosa pediu antecipadamente que este acontecesse após a missa e após o jantar com a família quando ela estaria livre.

Ao chegar na hora e local combinados, Margarida já me espera em frente a sua casa, sentada numa cadeira de balanço, observando sua neta que brincava na calçada, me recepcionou com um largo sorriso e me convida para entrar.

Antes mesmo que eu lhe perguntasse algo, Margarida me confessa o quanto era difícil ser mulher em sua geração, a educação dada às moças, os tabus, as privações de uma época patriarcal que condicionava o gênero feminino a uma posição de inferioridade e submissão.

Tom Vital:

[...] Meus quatro partos foram naturais com parteiras, a gente tinha costume de chamar a parteira de comadre, eram conhecidas, uma pessoa da nossa convivência [...]

“Com 16 anos, meu primeiro noivo foi meu primeiro namorado, com quatro dias de namoro nós noivamos, ele tinha 35 anos e eu tinha 16 anos, era um rapaz velho, eu gostava dele, um dia ele saiu pra ir pro roçado e na volta sofreu um acidente que lhe deixou acamado, o meu pai viu que não dava certo, me fez acabar este noivado, acabei a força.

Quando eu cheguei na segunda-feira meu pai me chamou e disse: “Você vai acabar esse namoro!” Eu disse: “tá certo! vou fazer uma carta”, ele respondeu: “carta não, nós

vamos agora pra o correio!” Ai eu fui passei um telegrama que dizia “Entre nós tudo acabado!” Ai eu cantava: “Quem eu quero não me quer... Quem me quer quebrou a perna”.

Depois disso eu conheci meu marido, ele era seminarista, o sonho dele era ser padre, mas infelizmente os pais dele não tiveram condições de pagar o seminário pra ele estudar, então ele com seus 13, 14 anos, no seminário veio ajudar a celebrar uma missa aqui na cidade ele era bonitinho, eu fiquei doida por ele, só que ele não deu nem pra conferir a mim.

Passaram-se alguns anos e eu fui à Frei Martinho, pra festa de Nossa senhora Da Guia e lá começamos a namorar, a orquestra estava tocando Perfidia, e ele me tirou para dançar, nesse dia nós começamos a namorar, noivamos em fevereiro de 63.

Eu fui estudarem um colégio de freiras, quando cheguei lá fiz sucesso, uma interna era assunto, por eu ser noiva as irmãs não me deixavam junto com as outras meninas no recreio, então uma irmã me chamava e conversava comigo a respeito do casamento, lembro que ela dizia: “Margarida, você já sabe colocar flores no jarro?” Só depois é que eu passei a entender que essa pergunta estava relacionada ao ato sexual entre homem e mulher, essa foi a minha salvação, pois se não eu teria casado inocente.

Em outubro de 1963 eu casei por falta de orientações eu engravidei logo e em 1964 eu dei a luz a minha primeira filha, naquele tempo não existia pré-natal, então minha mãe é que dizia: “Olhe minha filha, sua menstruação faltou você tá gestante, vai esperar nove meses a criança nascer”, foi isso e nada mais, não existiu preparo pra mim.

Às vezes eu conversava com minhas vizinhas, que eram mulheres mais antigas, já eram mães, elas também me orientavam, eu escutava o pessoal comentar que antes as mulheres que iam parir chamavam a ‘cachimbeira’, não era parteira, elas pegavam, mascavam cebola misturavam com fumo, passavam na barriga que era pra aumentar as dores e quando a mulher não tinha força amarravam uma corda no topo de uma árvore e a mulher sentada num cepo, segurava na corda pra ter esta criança, isso ai é o que o povo mais antigo conta, né?

As coisas antigamente eram muito difíceis, ninguém conversava com ninguém, é tanto que eu tive uma filha em 1964 e outra em 1965, quando chega 30 de julho minhas duas filhas ficam com a mesma idade, porque, eu não sabia... Veja a inocência, eu via as mães com os meninos e eu pensava que uma criança só nasceria quando a outra já estivesse grande, meu marido não me orientou também, eu soltei as rédeas e foi outra barriga!

Meus quatro partos foram naturais com parteiras, a gente tinha costume de chamar a parteira de comadre, eram conhecidas, uma pessoa da nossa convivência. Não existia hospital, veio existir já no parto da minha segunda filha, mas não tinha bloco cirúrgico, eu

tanto medo de hospital que fazia de tudo pra parir em casa, então se dava pra ser normal não se ia para o hospital, né? Eu preferia normal, porque você sofre as dores ali, mas no outro dia não sente mais nada.

Eu só sentia ansiedade para ver a criança, eu não sabia se era homem ou se era mulher, porque não existia ultrassom, era tradição da família ter gêmeos e eu morria de medo, eu me deitava na cama e fazia o teste se eu conseguisse ver os pés então eu sabia que não era barriga gêmea, quando chegava a hora de ganhar menino, você ia sentindo as dores ai a medida que ia acontecendo a dilatação até completar os quatro dedos as dores iam aumentando e não tinha quem aguentasse aquelas dores.

No primeiro parto eu não tinha ideia de como seria eu pensava “meu Deus como é que essa criança vai passar? eu sou tão estreita, não tenho nada largo”, eu não sabia que existia dilatação, ninguém conversava nada com a gente, mesmo gestante, não é como hoje que tem pré-natal que prepara a mulher do pé a ponta.

O meu primeiro trabalho de parto durou três dias, senti umas cólicas, mandei chamar a parteira, mas quando ela chegou me disse que estava com outra parturiente, me examinou e falou que eu ainda não havia entrado em trabalho de parto, deu pra dormir bem e quando foi no outro dia eu me levantei, fiz o café, tomei banho, ai mandei chamar a parteira que morava pertinho de mim, ela veio me examinou e disse:” Há minha filha, você só vai ter menino lá pra mais tarde, eu vou para casa quando for de 10 horas eu venho!” Ela entendia, né? Então o que eu fiz, arriei na cama, não me levantei mais de jeito nenhum, fiquei deitada, tendo as dores deitada o tempo todo.

Às 10 horas ela chegou trazendo tudo, quando a menina nasceu deu logo o banho, fez logo a limpeza, já tinha uma chaleira no fogo que eu botei, ela deu o banho, botou a roupinha, cortou o umbigo, colocou lá no berço, depois do parto a minha mãe ficou oito dias comigo, o resguardo pela minha mãe era antigo, ela só me deixou levantar com cinco dias, o banho era na cama do pescoço pra baixo, com a água morna e usava-se mercúrio pra limpar os pontos, ai com seis dias foi que eu me levantei e com sete dias foi que eu tomei um banho completo.

Com sete dias, a própria parteira veio tirar meus pontos, trouxe o material esterilizado todinho lá do hospital, trouxe aquele estojozinho branco, com tesoura, com tudo, correu tudo bem.

O parto mais complicado que eu tive foi o ultimo, eu me levantei maneira, porque sempre é um peso, né? Notei a barriga diferente, aqui subiu pra cá (referindo que o fundo uterino estava mais rígido e maior) e aqui ficou baixo (referindo à pelve) comecei a sentir

umas cólicas, já tinha completado nove meses... Fui logo ao hospital, quando cheguei lá, o medico olhou e disse que a criança havia mudado de posição, mas que eu ainda não havia entrado em trabalho de parto e me mandou voltar no outro dia.

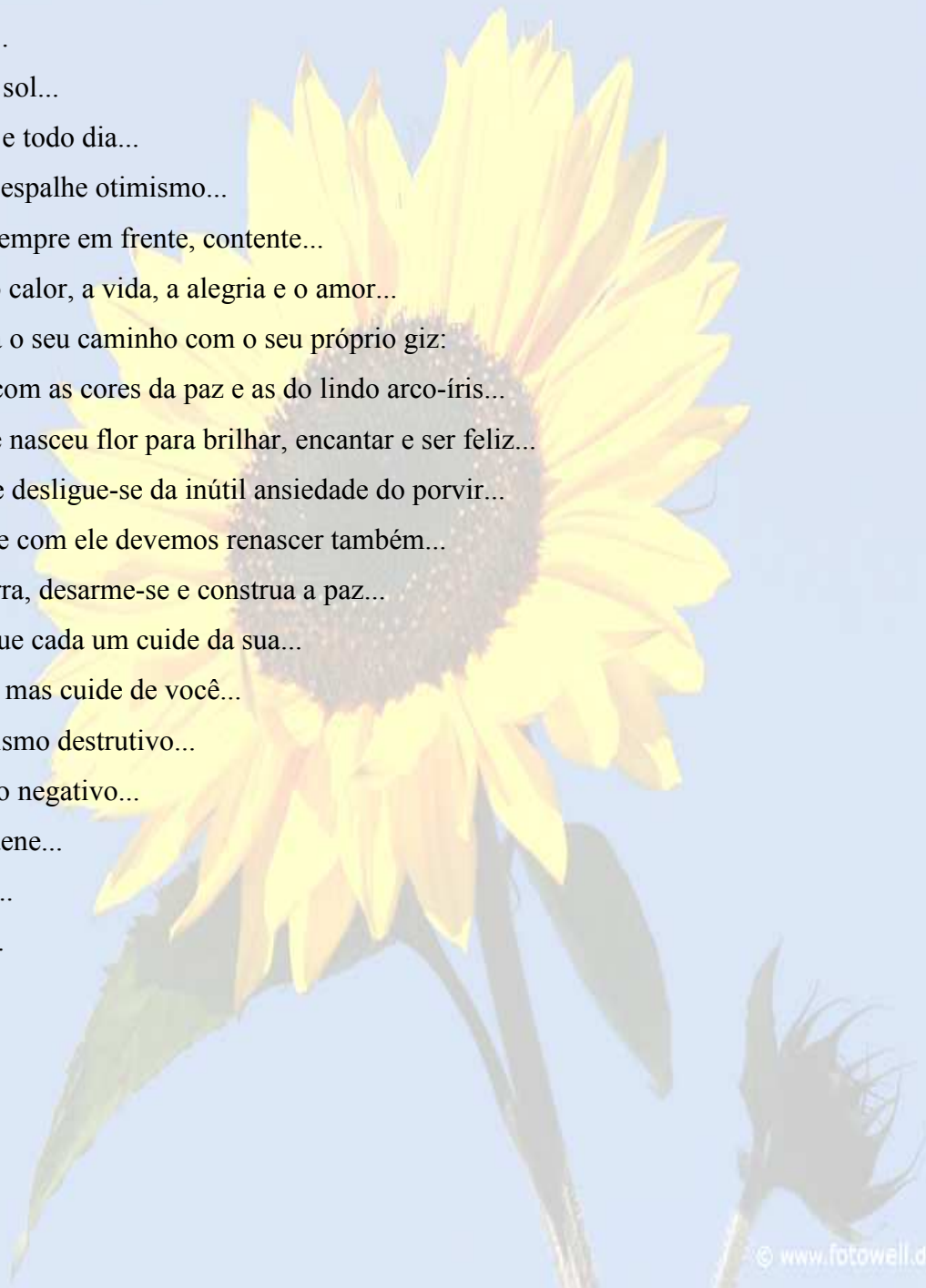
Voltei pra casa, dormi a noite bem e quando eu me levantei no dia seguinte, notei que a bolsa havia estourado, fui para o hospital e o medico disse que havia entrado em trabalho de parto, mas que ia nascer lá pras 6 horas, 7 horas, fiquei no hospital sozinha e tive minha filha numa enfermaria, porque o bloco cirúrgico ainda estava sendo construído, me colocaram na cama de parto, que a gente coloca as pernas no gancho, achei ruim, porque eu estava acostumada a parir em casa na minha cama, em outra posição, né?

O medico disse que eu não podia fazer força e eu sentindo dor, a minha filha estava sentada e eu teria que ter ela por via vaginal mesmo, então ele rodou tirou uma perninha virou puxou a outra, ai puxou o corpinho, eu sentindo aquilo tudo, pra tirar a cabeça eu sofri, ele conseguiu tirar enfiando os dedos na boca da criança.

Ele simplesmente disse: “Olhe, temos que fazer o possível pra tirar essa cabeça, porque se o útero se contrair eu vou ter que degolar a criança porque ela vai morrer, pra lhe salvar eu tenho que degolar a criança”, e eu me peguei muito com Deus, com Nossa Senhora do Bom Parto me desse uma boa hora e eu me segurei firme, então conseguiram tirar, a menina nasceu roxa, pensei “Ah meu Deus! tanto sofrimento e eu não criar minha filha...”. Depois ela ficou sem chorar, ai quando chorou já foi mudando a cor, mas sangrou o dia todinho e a cabecinha dela ficou como se fosse achatada.

Depois que ela nasceu eu sofri 24 horas, a minha vagina ardia, parecia que tinham passado pimenta, passar 24 horas de perna cruzada, só mexia os braços, mas venci né? Venci! Hoje ela já vai fazer 32 anos, há 32 anos que eu passei esse sufoco.

E mesmo com todas as dificuldades, quando olho minhas filhas que também já são mães eu penso e tenho a certeza de que ser mãe é padecer no paraíso, como diz aquela musica, ser mãe é amor maternal, é sentir o que sua mãe sentiu por você, saber o que sua mãe passou por você e é uma coisa tão abençoada por Deus que na hora que a criança nasce você esquece tudo, você não se lembra nem que sofreu, nem o que passou, eu fui desse jeito, nasceu a criança meu desejo era ver minha filha, não me lembrava de dor.”



Sorria...
Encante...
Brilhe muito...
Seja um girassol...
Siga iluminado e feliz...
Olhe sempre para o rei sol...
Seja girassol toda hora e todo dia...
Seja sempre positivo e espalhe otimismo...
Olhe para o alto, siga sempre em frente, contente...
Busque sempre a luz, o calor, a vida, a alegria e o amor...
Cada um risca e arrisca o seu caminho com o seu próprio giz:
Risque o teu caminho com as cores da paz e as do lindo arco-íris...
Você é uma estrela que nasceu flor para brilhar, encantar e ser feliz...
Liberte-se do passado e desligue-se da inútil ansiedade do porvir...
O sol renasce todo dia e com ele devemos renascer também...
Faça amor e não a guerra, desarme-se e construa a paz...
Deus deu a vida para que cada um cuide da sua...
Ajude, pratique o bem, mas cuide de você...
Evite sempre o pessimismo destrutivo...
Confie e fuja sempre do negativo...
Não julgue e nem condene...
Não seja uma quimera...
Viva sempre sorrindo...
Seja primavera...
Florindo...

Wilson Madrid

© www.fotowell.de

Girassol

Os girassóis representam a mais feliz das flores, brilha majestosamente sempre voltadas para o sol, sua cor amarelo-alaranjada intensa traz vida para onde florescem radiantes, são também muito resistentes, prospera até mesmo em estações que lhe são pouco favoráveis, o girassol é conhecido por transmitir energia positiva e força aos que lhe cercam.

A nossa esplêndida flor girassol veio alegrar nossos campos no ano de 1959, numa singela casa do interior, uma parteira tradicional a trouxe ao mundo através de um parto natural, naquele período seus pais passavam por uma forte crise financeira, para lhe vestir sua mãe rasgou seus próprios vestidos, porém, sua vida foi melhorando à medida que os negócios comerciais de seu pai progrediam.

Sempre foi uma mulher intensa, tem o dom de contagiar a todos com seu jeito alegre de ser, quando mais jovem adorava viajar, curtir a vida e desfrutar dos bons momentos que ela lhe proporcionava, mais tarde, casou-se, passou a trabalhar fora de casa como comerciante, sempre foi muito independente, relata orgulhosa que já passou por muitas situações frágeis em sua vida, mas conseguiu renascer e voltar mais viva ainda depois de todas elas, é uma mulher de fé que não se deixa abalar.

Girassol deu a luz a três filhos, todos através de parto natural e em ambiente hospitalar, a flor relata emocionada a experiência de seu primeiro parto vivenciado em 1986 em um momento de transição da obstetrícia, que acarretou-lhe o trauma de parir de forma contrária ao que defende a humanização.

Tom Vital:

[...] Eu chorei a noite toda... Sozinha, sem comida, sem nada... Eu senti muita solidão porque numa hora dessa eu queria tanto as pessoas que eu gostava por perto [...]

“Quando engravidei do meu primeiro filho nós morávamos em São Paulo, não existia pré-natal, o que as gestantes faziam eram apenas consultas médicas, cheguei a participar de um grupo de mães, tive uma gestação saudável, mas nunca fiz ultrassom, só sabia do sexo da criança no momento do parto, minha mãe morava longe de mim, então eu sempre conversava com as amigas do trabalho ou vizinhas se surgisse alguma dúvida.

No dia de ganhar o bebê, eu comecei a sentir umas dores diferentes, então eu acho que mesmo que a mulher não tenha tido orientação a respeito do parto, ela sente, tem instinto, então eu fui para a Maternidade, quando cheguei lá, a enfermeira fez o toque e disse que eu ainda não estava em trabalho de parto, me deu “buscopan” e mandou voltar pra casa,

mas São Paulo é uma cidade muito grande e a Maternidade era distante da minha casa, foi o tempo de chegar e as dores começaram a aumentar, muito frequentes, então eu tive que voltar para lá novamente.

Ao chegar lá pela segunda vez fiquei internada, me encaminharam para uma enfermaria e lá eu fiquei sozinha a noite toda, porque não era permitido acompanhante, chovia muito e todas as minhas coisas, haviam ficado na recepção, não tinha água, nem comida, eu chorava, chorei a noite todinha, lembro que uma enfermeira entrou e eu disse que estava sentindo dores e ela respondeu: “É assim mesmo, você ainda não entrou em trabalho de parto!”.

Eu senti muita solidão, num momento desse eu queria tanto que as pessoas que eu gostava por perto pra acalmar, pra dizer uma palavra de conforto e eu não tive ninguém, logo numa cidade grande, ninguém conhece ninguém, chega lá, ganha o menino, os profissionais não se importam porque para eles que fazem isso todos os dias, é normal.

Pela manhã me levaram para outra sala pra fazer o exame de toque, fui levada para a sala de parto, chegando lá me deitaram na cama e ergueram minhas pernas num gancho, aplicaram uma injeção para aumentar minhas contrações, em um certo momento romperam minha bolsa e me pediam pra que fizesse força.

Eu ouvi o choro do meu filho e nesse instante toda a minha dor passou, eu só queria vê-lo, logo, elas me mostraram o rostinho dele e falaram que era um menino, levaram ele para outra sala, fizeram minha higienização, me deram os pontos do corte e fui para outra enfermaria, novamente eu fiquei sozinha, eram 10 da manhã e eu ainda não havia comido nada, estava com a mesma bata do parto e enrolada em um lençol, minhas coisas ainda estavam na recepção, não tinha ninguém que pudesse pega-las para mim.

Meu almoço chegou ao meio dia, me deram macaxeira e eu mal sabia que por ter comido isso meus pontos inflamariam e eu teria minha alta suspensa até voltar ao normal, umas três da tarde eu já não aguentava, quis ir tomar um banho antes que as visitas fossem liberadas, o banheiro era coletivo e ficava no final do corredor, me levantei e fui até lá, mas eu não tinha sabonete, não tinha toalha, nada. O sangue começou a descer nas minhas pernas, de repente escureceu a vista, eu ligava o chuveiro e a água ora muito quente, ora frio, eu não sabia controlar, estava descalça e chamava alguém pra me ajudar, mas não passava ninguém, então novamente eu me enrolei no lençol e voltei para o quarto.

Nesse momento meu marido chegou com minha mãe trazendo minhas coisas e eu depois de muita angústia, pude me sentir bem, protegida e acolhida.

O tempo passou e um dia fui visitar uma amiga minha, ela havia feito o parto num hospital particular, tudo muito diferente, o bebê ficava ao lado dela, porque o meu só traziam pra eu amamentar e levavam de novo, ele nem ficava comigo e o dela não, ficava ali junto da cama, ou seja, ela teve condições de pagar um hospital particular muito bom, né? Foi quando eu vi a diferença entre nós duas.

A experiência do meu primeiro parto foi um pouco traumática, eu cheguei a pensar em nunca mais ter outro filho, mas depois você esquece tudo o que passou, esquece a dor, o sofrimento, hoje eu vejo o quanto é bom ser mãe, eu me orgulho em dizer que tive meus filhos por parto normal, ser mãe é uma dádiva de Deus”.

Eu sou dente de leão
Eu me disperso no vento,
eu crio asas mágicas, que me permitem voar
até o infinito,
bem acima dos céus, bem acima das nuvens
no topo da montanha eu farei o meu ninho junto das águias
Eu sou dente de leão
Com meus amigos eu partirei aos quatro cantos da terra
eles me levarão consigo em seus corações, meu desejo, minhas esperanças
de que eles sejam felizes

Meus amores se lembrarão de mim
Quando tristes se lembrarem das flores que pisamos ao chão
elas sempre tão lindas, distribuindo sorrisos
na humildade de seu minúsculo reino
mas só iremos observá-la
Numa falha, Quando caímos ao chão e olhamos do fim para o início
da terra para o céu...

E eu voarei no fim de tarde,
quando eu me deitar no chão e pensar por um instante
que maravilhosa tarde, que campo mais lindo!
Eu me converterei em raiz
e subirei do fundo do meu coração
e eu serei um simples dente de leão a voar
desejoso de semear seus pensamentos
com todo o amor que só para você eu queria reservar

Eu sou dente de leão,
Simples como o sorriso de uma criança
Eu me lançarei como o pó que criou os homens
e formarei novos sonhos numa terra distante
até distrair você com meu dançar mágico em meio aos céus.

Rafael

Dente-de-leão

A flor dente-de-leão tem esse nome devido sua aparência que se assemelha a juba do rei da selva, ambígua é delicada e frágil, mas é justamente por ter essas características que elas conseguem se multiplicar e adaptar-se a diferentes realidades geográficas do planeta.

Não se instiga a posse ou o apego, simboliza a liberdade e a esperança no futuro, a dente-de-leão remete ideias de inconclusão está sempre em ciclos inacabáveis, com um simples sopro suas pétalas se desprendem do miolo e voam livremente levadas pelo vento, assim como as mulheres da terceira geração, passam pelo tempo de ser apenas flor repousando em miolo e depois que amadurecem revoam aventureiras pelo campo.

Seguem seu destino incerto, já nascem com a consciência de que um dia saíram do seu confortável miolo e ganharam o mundo para viverem outras experiências, amar, estudar e ganhar independência, renovando-se para novamente germinarem e recomeçarem o ciclo que sempre estará em constante transformação.

A nossa flor é exatamente assim firme, forte e ao mesmo tempo delicada, simples e sonhadora, consegue ser mãe, esposa, dona de casa e estudante ao mesmo tempo, almeja independência e crescer profissionalmente.

Dente-de-leão nasceu há 23 anos, veio ao mundo através de um parto natural em ambiente hospitalar, ficou grávida depois de um longo relacionamento com o pai de sua filha, e no momento que soube da gestação já moravam juntos, seu companheiro também jovem estuda e trabalha para manter sua família a todo o momento ajuda sua esposa nos cuidados da pequena bebê, remetendo que o papel da paternidade também evoluiu com o passar do tempo.

A gravidez desta flor foi um tanto conturbada, pois ao engravidar, ela desenvolveu um cálculo na vesícula biliar que só foi diagnosticada após o parto, no momento do nascimento de sua filha ela encontrava-se em uma crise de dor, o que aparentemente se confundiu com a dor do próprio parto, relata ainda que por esse motivo, várias intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto agravam ainda mais a sua condição.

Tom Vital:

[...] Naquele momento eu vi que as coisas não acontecem da forma como a gente espera, nada é uma escolha da gente na verdade... Acaba vivendo aquele momento que você tanto esperou os nove meses de gestação com pessoas que você nem conhece [...]

“Durante toda minha gestação eu fui acompanhada pela enfermeira da USF ela indicou que uma vez ao mês eu fizesse uma consulta médica, mas o médico que eu fui não indicou nada pra mim e nem me examinou na verdade, então resolvi não ir mais.

Eu sempre pensei em ter um parto normal, mesmo ouvindo de outras mulheres que era muito doloroso, eu sempre soube que o parto natural o risco de infecção é menor e que a mulher se recupera mais rápido podendo cuidar melhor do bebê.

Quando comecei a sentir contrações fui pro hospital da minha cidade, a médica fez o toque, eu estava com 1 cm de dilatação, ela me encaminhou pra maternidade da cidade vizinha, ao chegar lá fui internada, fiquei num quarto junto com outras mães e só pela manhã eles começaram a fazer o toque, os toques vaginais foram feitos por dois profissionais médicos, fizeram mais de três toques, eles diziam que estavam me ajudando, não sei se era verdade.

No trabalho de parto fiquei na posição que eu quis, eu ficava um pouco sentada, mais em pé do que sentada, por causa das contrações, mas quando já estava mais próximo ir para a sala de parto, não me deixaram mais sentar, disseram pra eu me deitar e mandaram fazer força quando viesse a contração, para intensificá-las.

Durante a noite eu senti falta de uma pessoa pra estar comigo, pra me dar força, senti essa necessidade, de estar com o pai da minha filha, com minha mãe porque eu acho que esse é um momento muito importante, a presença das pessoas que a gente gosta torna tudo mais confortável e seguro, as enfermeiras iam ao quarto olhavam e às vezes nem falavam nada, só olhavam e saiam então você fica se sentindo solitária, acaba vivendo aquele momento que você esperou os nove meses de gestação com pessoas que você nem conhece, muitas vezes nunca nem viu, eu mesmo nunca havia nem visto eles na minha vida.

Naquele momento eu vi que as coisas não acontecem da forma como a gente espera, talvez porque o parto se deu num hospital público, lembro que a cama obstétrica estava quebrada, era desconfortável e eu não me sentia em segurança, fiquei na posição que eles queriam porque na verdade, nem me perguntaram qual a posição que eu preferia ficar, só me mandaram deitar e colocar as pernas nos ganchos da cama, aquilo foi constrangedor, vi que nada é conversado, nada é uma escolha da gente na verdade.

Eu comecei a sentir muitas contrações, elas vinham rápido, uma em cima da outra, a enfermeira dizia: 'respire', mas eu não tinha mais força, eu estava sufocada então minha respiração era muito fraca pra isso, já na sala de parto meu marido veio e ficou comigo, acho que só permitiram a entrada dele por ele ser da área da saúde e reconhecia o direito que eu tinha de ter o acompanhante.

Eu estava numa crise de vesícula biliar e até então não sabia, as compressões que fizeram no fundo de útero para empurrar a barriga para baixo eram bem em cima da

vesícula que estava inflamada, complicando ainda mais minha condição, eu gritava de dor e pensava que eram do próprio parto.

Quando minha filha finalmente nasceu eu estava exausta, ouvia o choro dela e vi que ela se mexia bastante, o primeiro a vê-la foi o pai, depois a enfermeira levou ela para a salinha e só depois foi que ela trouxe e me mostrou bem rápido.

Eu respirei aliviada, pensava que tudo estava bem, até o médico informar que eu estava com hemorragia e que provavelmente minha placenta estava colada, ele deu uma massagem, tentou puxar pra não ficar nenhum resto de placenta pra não precisar da curetagem e aplicou uma injeção, eu fiquei com medo de que acontecesse alguma coisa comigo e não desse tempo de ver minha filha.

Depois disso eu fui pra um quarto, deram um lençol pra eu me cobrir e outro pra colocar entre as pernas, eu estava muito cansada, com fome por que não havia comido nada desde a hora em que cheguei à maternidade, com frio, mas aliviada e feliz por tudo ter dado certo, eu só pensava em poder pegar ela no colo e ver seu rostinho.

Foi então que eu senti o valor de ser mãe, o que era amor incondicional, é inexplicável, às vezes eu nem acredito que fui capaz de carregar ela nove meses, ver o quanto ela é frágil e dependente de mim, nesse momento a gente também passa a dar mais valor a nossa mãe, entende o que elas passaram para nos trazer ao mundo, principalmente nós mulheres, que passamos por aquele processo todo na gestação e parto, eu olho e nem acredito que sou mãe e é como se eu visse a minha mãe me carregando no ventre dela, é muito emocionante.”



QUEM PROTAGONIZA A CENA?

O material empírico levantado no estudo nos aproximou das relações entre a mulher, o parto e o processo de nascer, bem como observaram-se mudanças ocorridas no cenário do nascimento após a introdução da obstetrícia enquanto ciência ao longo das histórias de parturição narradas na pesquisa.

A análise foi norteada a partir do tom vital encontrado através da narrativa das colaboradoras junto aos depoimentos dados que relataram acerca dos fatores contribuintes para a sua condição diante da parturição.

Os elementos encontrados, considerando as histórias temáticas das colaboradoras do estudo, foram divididos em três eixos categóricos: solidão, desinformação e desassistência. Nesse sentido, percebe-se primariamente um cenário desfavorável ao nascimento tendo com o passar do tempo tirando da mulher seu protagonismo diante do parto que se tornou fragilizado devido à implantação de um modelo hegemônico na prática obstétrica, acabando muitas vezes por constituir relações frias e implicando o momento do parto como um processo institucional e não mais inato da esfera feminina.

Passaremos assim a apresentar individualmente os eixos temáticos anteriormente cotados. O primeiro deles corresponde à solidão e com ele todos os outros sentimentos que tornam a mulher um ser vulnerável a partir do momento que ela entra em trabalho de parto e é conduzida para o ambiente de parturição. O que pode ser observado nas seguintes falas:

*[...] Eu chorei a noite toda... Sozinha, sem comida, sem nada... Eu senti muita solidão [...]
Girassol.*

*[...] Eu sofri bastante (...) eu estava sozinha e não tinha com quem falar nada e não se sentir
segura. [...] Dente-de-leão.*

*[...] Fiquei no hospital sozinha e tive minha filha numa enfermaria [...]
Margarida*

Junto com o “sentir-se só” diversos outros sentimentos surgem durante o trabalho de parto e nascimento e assim se reafirma o ciclo de medo e ansiedade presente na grande maioria dos nascimentos. Este contexto anteriormente descrito torna a mulher um ser vulnerável diante de emoções e sensações desconhecidas. A solidão pode ser entendida como uma das fontes de ansiedade, neste sentido Fromm afirma que:

A experiência da separação desperta ansiedade, ser separado significa ser cortado, eis porque ser separado é o mesmo que ser desamparado, incapaz de apreender o mundo, as coisas, as pessoas de modo ativo (Fromm, 1976, p. 28).

Muitos são os medos da gestante no momento do parto, porém, nenhuma crença é tão temerosa quanto à solidão que começa assim que a parturiente adentra no cenário da parturição. As colaboradoras referem nos relatos que durante a gestação sempre estiveram cercada por seus familiares e que ao entrar em trabalho de parto passaram a vivenciar o momento mais esperado da gestação de forma fragilizada com pessoas desconhecidas. Conforme as narrativas, a ausência mais sentida, de acordo com as colaboradoras, é da presença da mãe, do marido ou alguém de sua confiança.

[...] Eu passei a noite inteira sozinha, só pela manhã foi que chegou uma enfermeira lá pra ver como eu estava. [...] Girassol

[...] Antes de eu entrar na sala de parto eu senti necessidade de tá com o pai da minha filha, com minha mãe... Eu queria que meu marido ou minha mãe estivesse comigo [...] Dente-de-leão.

[...] Numa hora dessa a gente quer tanto as pessoas que a gente gosta perto da gente, a mãe, o marido pra acalmar, pra dizer uma palavra de conforto e eu não tive ninguém. [...] Girassol.

É possível perceber que com o passar do tempo, a mulher foi ficando cada vez mais sozinha e longe dos vínculos afetivos familiares. No que diz respeito ao trabalho de parto e nascimento, essa mudança se deu principalmente a partir do momento em que a esta saiu de seu ambiente domiciliar para parir em maternidades. A unanimidade das falas no sentido da solidão, com ênfase nos discursos das mulheres da segunda e terceira geração, justamente no período da transição na forma de parir enfrentada pela mulher brasileira mediante a quase hegemonia adotada pelas equipes de saúde na forma de nascer.

Ellison (1980) refere que a sociedade de consumo é uma das mães da solidão, o avanço tecnológico foi coisificando o homem, isso pode ser observado na prática obstétrica atual onde o hospital atua de forma a sobrepor seus interesses institucionais as necessidades da parturiente. Neste sentido entendemos que o fato de a mulher sentir solidão no momento do nascimento de seu filho, não está diretamente ligado a “estar sozinha” e sim “se sentir

sozinha”, pois, o que ela quer dizer é que sente a falta de alguém com quem ela mantém um vínculo afetivo, o que geralmente não se relaciona a equipe e profissionais que lhe prestam assistência, assistência esta que muitas vezes é falha e colaboram ainda mais para a solidão dela.

De acordo com a Lei 11.108 de 2005, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Segundo Michel Odent (2002) é preciso refletir sobre a presença do homem no ambiente do parto buscando preservar a entrega da mulher nesse momento. Apesar de reconhecer que os maridos sejam a referência emocional das mulheres nas famílias nucleares urbanas, O referido autor não considera que os homens, segundo sua observação nos partos, teriam condições de acompanhar a experiência profunda de uma mulher em trabalho de parto. Além disso, as equipes obstétricas e pediátricas precisam ser treinadas para lidar com a família e a profundidade emocional do nascimento.

A realidade vivenciada no cotidiano dos ambientes obstétricos nos mostra que este direito não é cumprido de maneira satisfatória, muitas instituições de saúde e até mesmo os profissionais omitem e violam este direito, fazendo com que muitas mulheres nem se quer saibam desta lei (SANTOS, 2008).

O segundo eixo categórico a ser abordado está relacionado sobre as formas de empoderamento das gestantes sob elas mesmas diante do trabalho de parto e nascimento. Nesta perspectiva, entende-se que o empoderamento materno se dá, especialmente, pelas informações e trocas de experiências adquiridas ao longo da gestação.

É necessário compreender que informação é diferente de conhecimento. Para Turban, Mclean e Wetherbe (2004), informação é todo conjunto de dados organizados de forma a terem sentido e valor para seu destinatário que interpreta o significado, tira conclusões e faz deduções a partir deles, quanto ao conhecimento os autores referem ainda que este incida de dados e informações organizados e processados para transmitir compreensão, experiência, aprendizado acumulado e técnica, quando se aplicam a determinado problema ou atividade.

Neste sentido, o acesso a informações gera conhecimento, permitindo ao indivíduo autonomia para que estes cheguem ao empoderamento que, segundo Costa (2004), é definido como estratégia ou dispositivo por meio do qual os vários sujeitos e atores sociais, individuais e coletivos tomam consciência de que possuem habilidade e competência para produzir, criar, gerir e transformar suas próprias vidas, seus entornos, tornando-se protagonistas de suas histórias.

Com os relatos das colaboradoras, é notório que a maneira como as quais as passaram a adquirir informações mudaram significadamente com o passar das décadas. O que era considerado um tabu para a sociedade patriarcal da antiguidade tornou-se objeto de saúde pública, configurando-se como importante instrumento não só para o desenvolvimento de uma gravidez saudável como também um forte aliado para fazer valer os direitos femininos frente ao autoritarismo do atual sistema obstétrico.

Assim, identificou-se uma disparidade de conhecimentos entre estas mulheres. É perceptível que a modernização que tomou conta da sociedade contribuiu para a transformação da maneira de agir e pensar do gênero feminino, fazendo com que de uma geração para outra o acesso à informação progredisse, seja através da tecnologia ou do simples ato de dialogar:

[...] Eu não tive orientação de ninguém. [...] Girassol.

[...] Ninguém conversava nada com a gente, mesmo gestante, não é como hoje que tem pré-natal que lhe prepara do pé a ponta. [...] Margarida.

[...] Eu havia visto na internet algo sobre parto normal sem dor, até perguntei pra enfermeira porque eu tive dúvida. [...] Dente-de-leão.

Os depoimentos acima geram uma reflexão acerca do empoderamento materno, apontando-o como mais recorrente no discurso da mulher da terceira geração, quando diferentemente das gestantes anteriores, finalmente passa a existir um profissional capacitado para assisti-la, tornando-se assim seu principal orientador através da consulta pré-natal e estimulando o seu pensamento crítico.

A Declaração de Jacarta (1997) relata que tanto a comunicação tradicional como os novos meios de informação apoiam esse processo. É necessário utilizar os recursos sociais, culturais e espirituais de formas inovadoras. Já segundo a Declaração de Santa Fé (1992), o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades.

Desse modo, verifica-se, por meio dos discursos das três gerações, que um importante modo de empoderamento não mudou com o passar dos anos, ou seja, as mulheres de hoje assim como as de décadas passadas continuam buscando a experiência de gestações e nascimentos de outras mulheres como subsídio para seu próprio ensaio materno:

[...] Eu conversava com minhas colegas de trabalho e vizinhas, porque minha mãe morava longe. [...] Girassol.

[...] Eu conversava com outras mulheres, então umas diziam que parto normal era muito doloroso, outras diziam que não era coisa de outro mundo, que era uma dor suportável. [...] Dente-de-leão.

[...] Eu conversava com minhas vizinhas, entendeu? Eram antigas, já eram mães, elas me orientavam. [...] Margarida.

Em meio a crenças e a cultura social que permeiam ricamente a gestação e o parto, são vistos conteúdos que remetem ao saber inerente ao ser feminino, uma vez que mesmo as mulheres primíparas conseguem entender as respostas dos seus corpos as alterações gravídicas fisiológicas que culminam na parturição, reconhecendo tais indícios e, por si só, são capazes de ser resolutos.

Santos (2002), descreve que era o parto o momento onde a mulher exercia sua autonomia e era permitida a prática de saberes inatos; a princípio, os homens eram guiados pelos seus “instintos naturais”, no momento da parturição a mulher se isolava, sozinha, sem assistência ou cuidados advindos de outras pessoas do grupo, apenas deixava a sua natureza agir como deveria ser.

[...] Veja a inocência, eu via as mães com os meninos e eu pensava que uma só ia nascer quando a outra já estivesse grande, com o passar do tempo vieram outras gestações e eu fui entendendo como se davam as coisas. [...] Margarida.

[...] Eu tinha alguma noção porque quando eu comecei a sentir contrações mais fortes eu vi que não era normal, eu já sabia que era pra ganhar neném. [...] Girassol.

[...] Eu não sabia que existia dilatação, então eu pensava “meu Deus como é que essa criança vai passar? eu sou tão estreita, não tenho nada largo” [...] Margarida.

A assistência ao parto surge quando as próprias mulheres passam a se auxiliarem, desenvolvendo assim um arsenal de conhecimentos próprios sobre a gestação e parturição

baseado nas suas experiências e na cultura onde estavam inseridas. Estes conhecimentos eram passados das mulheres mais velhas da família para as mais jovens, sobretudo, de mãe para filha promovendo o empoderamento destas para vivenciar a gravidez. (ÁVILA; CORREA, 1999).

Sabe-se que o parto sempre foi um assunto feminino, as experiências compartilhadas por elas originam uma conexão de informações que podem ser benéficas ou não, dependendo de como estas serão absorvidas. É neste momento que surge o papel de educador do profissional de saúde, o qual deve estar disponível para um diálogo esclarecedor e dinâmico, integrando um ambiente de relações horizontais, onde a construção de conhecimento aconteça simultaneamente norteadas pela obstetrícia baseada em evidências e buscando prover a mulher o protagonismo da sua ‘maternagem’.

[...] A enfermeira disse que eu fosse ao médico uma vez por mês, mas o médico que eu fui não falou nada, não fez nenhum tipo de exame, não indicou nada pra mim nem me examinou na verdade, ai eu disse pra ela que não ia mais não. [...] Dente-de-leão.

[...] Geralmente a enfermeira não conversava comigo a respeito do parto, ela só fazia me examinar, examinar a barriga, ver o peso, pressão, essas coisas mesmo. [...] Dente-de-leão.

[...] Eu chamei uma enfermeira e disse pra ela que não aguentava mais as contrações e ela só disse: “É assim mesmo, você ainda não ta em trabalho de parto não!” [...] Girassol.

[...] No trabalho de parto as enfermeiras vinham, mas, só olhavam e às vezes nem falavam nada, só olhava e saia, olhava e saia. [...] Dente-de-leão.

Observa-se nos relatos que há uma relação frágil entre equipe de saúde e gestantes. Este impasse foi observado em todas as etapas da gravidez: processo evolutivo, resolutivo e involutivo, a ausência de esclarecimentos gera à parturiente vulnerabilidade e falta de conhecimento quanto a sua própria condição.

Para Cruz (2008), a relação entre qualidade e quantidade de informação é, sem dúvida, um dos “calcanhares-de-aquiles” desta sociedade. Por isso o grande desafio está em transformar o imenso volume e o intenso fluxo de informações em conhecimento. Desta forma, é imprescindível refletir sobre como nossas gestantes estão buscando orientações e de que maneira estas podem interferir no processo de gestação e nascimento e ainda mais buscar

a capacitação daqueles que a assistem, valorizando uma assistência menos técnica e mais humana, para assim serem aptos a promover a maternidade consciente.

O terceiro eixo temático diz respeito à assistência prestada as mulheres durante as etapas que envolvem o nascimento de uma criança, levando-se em conta as intervenções realizadas, o tratamento humanizado, a relação estabelecida entre equipe multiprofissional e parturiente e a posição da mulher frente à autoridade do sistema obstétrico.

É recomendada, pela OMS, a adoção de práticas que beneficiam e tornam o parto de baixo risco menos intervencionista e mais humanizado, porém, a institucionalização do parto fez com que ao longo do tempo essas práticas venham sendo cada vez mais violadas, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada e tirando da mulher o papel de protagonista de sua parturição (OMS, 1996).

A gestação e o parto é um momento de grande significância para a mulher, trazendo impactos importantes em sua vida a partir do nascimento de um filho, porém, para Wolff (2008), essa experiência pode ser tanto positiva e enriquecedora quanto negativa quando percebida por ela como algo traumático, dependendo principalmente da forma como ela é assistida durante este processo, podendo inclusive influenciar nas gestações e partos futuros.

Desta forma, observaram-se nos relatos seguintes os procedimentos profissionais mais utilizados na prática obstétrica, fortemente desvalorizados pela OMS, porém, muito comuns ainda nos dias de hoje:

[...] Os toques foram feitos por dois médicos, cada um fez mais de três toques, eles diziam pra mim que estavam me ajudando. [...] Dente-de-leão.

[...] O pessoal mais antigo conta que antigamente existiam as ‘cachimbeiras’, pra aumentar as contrações elas mascavam cebola, misturavam com fumo e passavam na barriga da mulher [...] Margarida.

[...] Lembro que me deram uma injeção pra aumentar as contrações. [...] Girassol.

[...] Na hora do parto precisei ser cortada pra o neném poder passar. [...] Dente-de-leão.

[...] O resguardo por minha mãe era antigo, ela só me deixou levantar com cinco dias, o banho era só do pescoço pra baixo, com a água morna, com seis dias foi que eu me levantei e com sete dias foi que eu tomei um banho completo. [...] Margarida.

[...] A enfermeira fez o toque e disse que eu ainda não estava em trabalho de parto, me deu um analgésico e me mandou vir pra casa, mas eu morava longe, quando cheguei em casa tive que voltar porque as contrações estavam mais fortes. [...] Girassol.

[...] Não me ofereceram nada, fiquei sem comer e sem beber água. [...] Dente-de-leão.

[...] Eu ouvi a criança chorando, então levaram primeiro pra salinha, eu queria ver ela assim que tivesse nascido, mas só depois foi que ela veio e me mostrou a carinha dela. [...] Dente-de-leão.

[...] Quando meu filho nasceu eu nem ficava com ele, só traziam pra mamar e depois levavam pro berçário de novo, o bixinho nem ficava comigo. [...] Girassol.

[...] No momento do parto as enfermeiras empurravam minha barriga para baixo pra dar impulso às contrações. [...] Dente-de-leão.

É interessante perceber como a maneira que a gestante é assistida foi transformada ao longo da evolução obstétrica, cuidados baseados em crenças e procedimentos intervencionistas compõem tais mudanças, infelizmente muitas destes desvalorizam o processo fisiológico natural da mulher na parturição, práticas como: proibição da ingestão de água e comida durante o trabalho de parto, o uso de manobras prejudiciais em fundo uterino, os exames vaginais frequentes e realizados por diferentes profissionais, realização de episiotomia, amniotomia para provocar o aceleração do parto, o uso de medicamentos para alívio da dor e indução das contrações, a realização dos cuidados imediatos ao recém-nascido não permitindo o estabelecimento do vínculo mãe-filho mesmo que o RN tenha condições favoráveis para tal, assim como a separação dos mesmos após o parto em ambientes diferentes são algumas das intervenções acima citadas e reconhecidamente desnecessárias pela OMS.

Para atender à parturiente é indispensável que, não apenas os multiprofissionais colaborem com a adoção de medidas capazes de atendê-la em todos os aspectos, é preciso também que as Instituições de saúde a valorizem como um ser humano que necessita de assistência digna e de qualidade. De fato, este é um processo árduo, porque a má qualidade da assistência demanda de um forte histórico social e cultural, a medicina obstétrica iatrocêntrica (centrada no médico), etiocêntrica (centrada na patologia) e hospitalocêntrica (centrada no

hospital) não consegue oferecer a feminilidade que o parto carece, pois, é incapaz de reconhecer as necessidades básicas de uma mulher no momento de parir. (JONES, 2004).

Neste contexto, outra mudança de importante significado para a boa qualidade de assistência diz respeito às relações interpessoais entre parturiente-equipe, que deve ser embasada uma relação de respeito, compreensão e cordialidade, não só com a mulher, assim como ao seu filho e familiares, validando seus direitos e apoiando suas escolhas.

[...] Meus partos foram todos naturais com parteiras que eu considerava como minhas comadres. [...] Margarida.

[...] A primeira enfermeira que ficou comigo, me tratou muito bem, cuidou de mim, perguntava se eu tava precisando de alguma coisa, como é que eu estava. [...] Dente-de-leão.

[...] Nas cidades maiores já existiam maternidades, mas eu tinha um medo tão grande de hospital, eu fazia de tudo pra ter em casa com as parteiras, então se dava pra ser normal não se ia para o hospital, né? [...] Margarida.

[...] Eu achava que com o médico tava mais seguro, porque ele era formado, sabia mais que eu, mas eu me senti melhor nos outros partos em casa. [...] Margarida.

[...] Eu acho que quando é particular o tratamento é diferente, do que uma pessoa que chega pra ter neném num hospital público sem conhecer ninguém. [...] Girassol.

[...] Eu confiava na minha parteira, ela era experiente e fez todos os meus partos. [...] Margarida.

[...] Nos outros partos eu senti a diferença, porque aí já foi em uma cidade pequena, eu já conhecia o médico, as enfermeiras. [...] Girassol.

A confiança depositada pela gestante na equipe que lhe assiste é fundamental para que esta se sinta segura em relação à sua saúde e a do seu filho, os relatos evidenciam ainda a condição de dependência da mulher ao outro, nesse caso ao próprio profissional de saúde, quando estas se referem que “a parteira”, “a enfermeira” ou “o médico” fez seu parto, na verdade quem o faz é ela própria, o profissional apenas interviu no processo.

Quanto aos relatos que acercam sobre a posição adotada pela mulher durante o trabalho de parto e parto, deve-se considerar sua relevância, visto que, tal fator pode interferir em todas as outras etapas da parturição, inclusive no tempo de sua evolução.

Desde a antiguidade as mulheres sempre procuravam posições verticais para parir, pois a própria ação da gravidade sobre o corpo facilita o processo de dilatação, expulsão e dequitação, podendo ser observado nas gravuras antigas, no entanto, com a entrada do médico obstetra no cenário do parto, a mulher foi submetida a deitar-se para que este pudesse ter uma melhor visualização do canal vaginal, já a mulher não consegue visualizar a saída do feto, além do mais, com isso, várias outras intervenções foram necessárias para compensar esse desequilíbrio.

Osava (1997), defende que com a introdução do homem no ambiente de parturição, este passou a ser observado como um momento que necessitava de uma intervenção cirúrgica e a parturiente vista como uma paciente, sendo tratada como enferma e impedida de atuar ativamente, a começar pela posição adotada no momento da expulsão do feto, onde era mais cômoda para o médico e fisiologicamente mais difícil para a mulher, assim a verticalização do parto foi sendo substituída pela forma horizontal.

[...] No meu ultimo parto eu precisei ter no Hospital, fui pra sala de parto e tive que ficar naquela maca que a gente coloca as pernas, achei ruim, porque eu era acostumada a ter em casa na minha cama, na posição que eu queria, né? [...] Margarida.

[...] Quando me levaram pra sala de parto, o médico mandou eu me deitar e colocar as pernas lá num gancho. [...] Girassol.

[...] Durante o trabalho de parto eu fiquei na posição que eu quis, eu ficava um pouco sentada, mais em pé do que sentada, por causa das contrações. [...] Dente de leão.

[...] Quando já tava mais perto de ganhar neném, não me deixaram mais sentar, me colocaram na cama que era muito desconfortável porque tava quebrada. [...] Dente-de-leão.

[...] O parto se deu na minha própria cama, eu fiquei deitada normal, só com as pernas dobradas, né? Um pouco aberta, a posição que eu quis foi essa. [...] Margarida.

[...] Tive minha filha deitada porque na verdade, nem perguntaram nada não, só mandaram “deita ai e fique na posição” e pronto, não é uma escolha da gente não na verdade. [...]
Dente-de-leão.

A mulher acostumada a parir em casa, em sua própria cama, viu-se obrigada ter seu filho no Hospital, chegando lá foi obrigada a se deitar no momento da parturição para que fosse facilitada ao médico a visualização do canal vaginal e manipulação dos órgãos sexuais reprodutivos femininos e isso mudou tudo, na posição horizontal o processo de nascimento é retardado, por isso, a gestante precisou ser medicamentada para que este fosse acelerado, além de precisar receber o corte conhecido como episiotomia para que o feto pudesse passar mais facilmente pelo trajeto de parto e por fim durante a expulsão do feto a ela foi negada o poder de receber seu filho, pois, na posição horizontal ela permanece olhando para o teto, ou seja, quando a mulher se deitou para parir todo o processo fisiológico natural da parturição foi alterado, não para conforto dela, mas sim para o conforto de quem “faz” seu parto, roubando-lhe o protagonismo da parturição.

Como afirma Machado (1995), desta forma, surge a era do parto hospitalar, na qual a mãe deixa de ser a protagonista principal da sala, cedendo seu lugar à equipe médica, os papéis se invertem e o obstetra passa a ser o protagonista da cena, intervindo na posição que a mulher deve adotar, não podendo opinar como gostaria de vivenciar este momento, o que implica sobre sua participação ativa no nascimento do próprio filho, as posições verticais, usadas ao longo da história pelas mulheres, passam a ser negadas pelo obstetra.

Segundo Illich (1981), as instituições de saúde, assim como os profissionais assistenciais, detêm o poder de argumentação, podendo assim oprimir e controlar as gestantes, tornando-as vulneráveis em virtude da falta de conhecimento sobre seu corpo, os processos reprodutivos e sua própria sexualidade.

Deste modo, entende-se que as gestantes têm sido submetidas cada vez mais as práticas intervencionistas que lhes são dirigidas, de forma que a estas não são permitidas a execução de poder de decisão sobre seu próprio corpo, muitas vezes acreditando que um bom atendimento está relacionado à submissão aos profissionais e seus procedimentos, mesmo que estes sejam maléficis.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atitude feminina frente ao processo de gestar e parir são bastante variáveis levando-se em conta fatores importantes que podem ser identificados através da crescente mudança nos padrões e na forma de vivenciar a maternidade.

Esta análise permitiu a observação de diferentes fatores que levaram a atenção obstétrica a ser visualizada pelas gestantes como um sistema autoritário que valoriza um cenário de parto tomado pela violência obstétrica que controla e manipula sua gestante, omitindo seus direitos e desrespeitando suas escolhas.

Em todo o mundo a atenção obstétrica sofreu recorrentes mudanças ao longo das últimas décadas, neste sentido através do presente estudo buscamos compreender as mudanças enfrentadas e a posição feminina frente à parturição por meio de relatos de mulheres primíparas de três gerações diferentes que deram à luz seus filhos por via vaginal, identificando assim a forma como estas vivenciaram este processo e refletindo sobre como estas transformações têm contribuído para a melhoria ou agravamento da assistência obstétrica atual.

A mulher da primeira geração representa as mulheres de ‘tempos antigos’, educadas sob um regime patriarcal, acostumadas a parir em casa, junto aos seus familiares, em seu próprio quarto, assistidas por parteiras a quem lhes depositavam confiança e estima, à mulher desta época era permitida a escolha da posição mais cômoda no trabalho de parto e parto e ela era a primeira a ver o fruto de sua parturição, porém, a mulher não tinha fontes de informações, os conhecimentos a cerca de sua sexualidade e capacidade de reprodução eram baseados nas experiências adquiridas anteriormente delas mesmas ou vindas de outras mulheres mais antigas, ou seja, naquele tempo as mulheres eram mais ativas em seus partos, porém, pouco ‘empoderadas’ de conhecimento crítico.

Décadas depois a obstetrícia transforma-se e as mulheres se viram praticamente obrigadas a parir em Maternidades, junto com esta mudança do cenário do parto e nascimento vieram todas as intervenções muitas vezes desnecessárias e invasivas, que tornou o parto um episódio hospitalocêntrico remetendo as gestantes por vezes a partos traumáticos devido à inexperiência do sistema em lhe dar com essa nova realidade.

Estes resultados foram possíveis de ser observados a partir do relato da mulher que representa a segunda geração. Consideramos aqui um dos momentos mais críticos da obstetrícia, pois era oferecido à mulher um parto submisso, que lhe condicionava a se posicionar de forma dependente geralmente da figura do médico para que o seu filho pudesse nascer, já que neste momento o nascimento pelas mãos de parteira foi considerado pela obstetrícia como indevido. As mulheres desta época se dirigiam aos ‘Hospitais –

Maternidades' para parir sem nem ao menos saber ao que seriam submetidas. Poucos eram os direitos que lhe asseguravam ter um parto natural seguro, logo, estas continuavam desinformadas e ainda sujeitas à assistência de má qualidade.

Disposto a mudar a realidade a que as parturientes brasileiras estavam sendo debeladas, vários movimentos foram surgindo com o passar das décadas, movimentos estes que defendiam a construção de políticas públicas que devolvessem o protagonismo do parto à mulher, neste momento surge o profissional de enfermagem como um importante instrumento da humanização proposto pela OMS, este atuando como educador no processo de gestação e nascimento conduzindo à gestante de baixo risco, orientações através das consultas pré-natais, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para o empoderamento materno eficaz.

No entanto, infelizmente não é isto que vemos quando analisamos de perto a prática obstétrica atual, embora com todo o aparato tecnológico disponível que deveria melhorar a qualidade da atenção, mesmo com todo o incentivo ao parto ativo e com todos os direitos que asseguram à gestante um parto natural e humanizado, o modelo obstétrico atual anda longe do idealizado.

No relato da representante da terceira geração podemos observar alguns fatores essenciais para que isto ocorra, encontramos mulheres com fontes de informação e conhecimento disponíveis, boa assistência através do pré-natal e que mesmo assim não são suficientes para que elas estejam empoderadas ou para que o parto ocorra sem intervenções controladoras, o que nos remete a pensar onde está o erro então?

Na verdade, tudo começa pela postura passiva da mulher construída ao longo da evolução histórica que a condicionou a pensar que um bom atendimento está relacionado à submissão aos profissionais e as rotinas impostas, desta forma, para ela o médico é o grande detentor do saber e por este motivo não o confronta. Este fato se incide talvez como o maior obstáculo a ser superado, pois, de nada adianta todas as intercessões defendidas pelas políticas públicas para devolver-lhes o protagonismo do parto se nem mesmo elas sabem que perderam este atributo.

Por outro lado, vemos que na prática muitos fatores tidos como benéficos para o bom acompanhamento da parturição são violados sejam através dos próprios profissionais envolvidos, seja pelas Instituições que prestam assistência às parturientes, por este motivo o modelo humanizado da parturição torna-se tão difícil de ser exercido no Brasil.

O pré-natal deve ser considerado um espaço onde a gestante possa trocar informações, tirar dúvidas e tomar conhecimento de sua condição gravídica através de um profissional especializado para exercer tal função e que permita o 'empoderamento' e autonomia para que

a mulher reconheça as mudanças gravídicas e o caminhar entre essas evoluções gravídicas, bem como os direitos que lhe são assegurados.

Porém, na maioria das vezes, e como exemplifica as falas das entrevistadas, as consultas pré-natais mantêm a mulher na condição de expectadora do profissional e este por sua vez está mais preocupado em preencher a consulta com procedimentos técnicos e rotineiros meramente descartando qualquer iniciativa educativa.

Nas narrativas das usuárias é possível notar constantes referências a ofensas verbais, indiferença, violação de direitos, humilhações, negligência, omissão e abusos sofridos a partir do momento em que elas adentram no setor obstétrico, além do abuso por parte dos profissionais que assumem o corpo da parturiente e negam-lhe até o direito de serem informadas acerca das intervenções realizadas, o que acaba acontecendo sem seu consentimento.

Diante do exposto, ao final deste a partir das histórias de vida de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e nascimento, identificando diversas variações na forma da mulher vivenciar o parto e nascimento diante da evolução temporal a do empoderamento feminino neste processo. A ‘cena’ do nascimento foi com o passar do tempo perdendo a mulher como protagonista desse cenário e por consequência sua autonomia, e assim, passando a ser da equipe de saúde e, sobretudo do médico o destaque principal.

Logo, o papel ativo da mulher surge como fator essencial para a (re) construção de um modelo obstétrico diferente, onde neste novo cenário o protagonismo feminino está resgatado, de forma a exigir uma nova assistência, capaz de promover a parturiente uma relação horizontal, respeitosa, proporcionando assim que as gerações seguintes possam nascer dignamente por meio de um parto ativo, consciente e humanizado de verdade.

Esperamos que este estudo venha contribuir par o enriquecimento da literatura e as reflexões aqui desenvolvidas instiguem novos estudos e novos olhares a respeito das formas do parir e nascer.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. P. **Instrução pública no Brasil (1500-1889): história e legislação**. 2.ed. São Paulo: EDUC/INEP/MEC, 2000. 365 p.

ALTTIMAN, C. N.; COSTA, S. G. **Revolução Feminina: As Conquistas da Mulher no Século XX**. São Paulo, Editora: Faculdade Eça de Queirós. Jandira, 2009.

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, . O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios**. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.

BADINTER, **Palavras de homens (1790-1793)**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. 4º Ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

_____. Ministérios da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1067 de 6 de Jul. 2005**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 128, 06 de Jul. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 11.108 de abril de 2005**. Brasília.

CHANINE, N.; JAZDZEWSKI, C. **Beleza do século**. São Paulo: Cosac & Naif Edições, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Disponível em <<http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/Santafe.pdf>> Acesso em: 22/03/2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem – Resolução COFEN 311 de 08 de fevereiro de 2007**. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. A química das mulheres. Salvador, março 2004. Disponível em <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf> Acesso em: 09/8/2011.

CRUZ, J. M. O. **Processo de ensino-aprendizagem na sociedade da informação**. Educ. Soc., Campinas, v. 29, n. 105, dez. 2008. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acessado em: 28/04/2012.

D'INCAO, M. A. (Org.). **Amor e família no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1989.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A Experiência da Maternidade Leila Diniz** [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

ELLISON, C. W. **Solidão, uma doença psicológica**. Rio de Janeiro: Record, 1980.

FREYRE, G. **Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. 5. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio- INL, 1977.

FROMM, E. **A arte de amar**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976. 170 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=251010>> Acesso em: 05/03/2012.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

IWANOWICZ, B. et al. A imagem e a consciência do corpo. In: BRUHNS, H. **Conversando Sobre o Corpo**. 5ª ed. Campinas. Ed. Papyrus, 1994.

JONES, R. **Memórias do Homem de Vidro - Reminiscências de um Obstetra Humanista**. Ed. Idéias a Granel, Porto Alegre: Vidro, 2004. 286 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo, Atlas S.A., 1991. 249 p.

LAURETIS, T. de. A Tecnologia do gênero. In: HOLANDA, E. B. de. (Org.). **Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEAL, M. C. VIACAVA, Francisco. **Maternidades do Brasil**. Radis – Comunicação Em Saúde, 2002.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MARTINS, A. P. V. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

MESTRE, M. B. A. **Mulheres do século XX: Memórias de trajetórias de vida, suas representações (1936-2000)**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Curitiba, 2004. Disponível em <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/2290/marilsa_final.pdf?sequence=1> Acesso em: 13/09/2011.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

NOSPHERATT. **Série Deusas: Lilith, a Deusa Escura** (2009). Disponível: <<http://deusario.com/2009/03/serie-deusas-lilith-a-deusa-escura.htm>> Acesso em: 07/08/2011.

NOVAIS, F. A. SEVCENKO, N. **História da Vida Privada no Brasil: república**. Vol III. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ODENT, M. **O Renascimento do Parto**. Ed. Saint Germain, Florianópolis, 2002. 134 p.

OLIVEIRA, A. C. **Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/oliveiraacom.pdf>> Acesso em: 15/07/2011.

OMS. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico** (Tese Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

PRIORE, M. D. O corpo feminino e o amor. In: D'INCAO, M. A. (Org.). **Amor e família no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1989.

QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997.

QUEIROZ, M. I. P. de. **Relatos orais: do indizível ao dizível**. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 39, n.3, p. 272-286, mar. 1987.

RAGO, M. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, 1993.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, 245 p. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n19/n19a13.pdf>> Acesso em: 02/10/2011.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo, Martins Fontes, 1993. 294 p.

SANTOS, J.O.; et al. **Conhecimento de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde sobre o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto**. *Rev.*

Inst. Ciência e Saúde. 2008; 26(3): 294-8. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/03_jul_set/V26_N3_2008_p294-298.pdf> Acesso em: 12/04/2012.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002. Disponível em<<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/20581/189071.pdf?sequence=1>> Acesso em: 17/11/2011.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil, 2003.** (Tese De Doutorado), Campinas: Universidade Estadual De Campinas. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf> Acesso em: 04/03/2012.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 3. ed. rev. Atual, Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. **O Processo De Trabalho Na Assistência Ao Parto Em Londrina-PR.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a10.pdf>> Acesso em: 10/08/2011.

THÉBAUD, F. Introdução. In: DUBY, G.; PERROT, M.. **História das mulheres no ocidente.** V5: o século XX. Porto (Portugal): Afrontamento; São Paulo: EBRADIL, 1991. 700 p.

TORNQUIST, C. S.. **Paradoxos da Humanização em uma Maternidade no Brasil.** Cadernos De Saúde Pública. 2003. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>> Acesso em: 15/02/2012.

TRUJILLO, F. A. **Metodologia da Ciência.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

TURBAN, E.; McLEAN, E.; WETHERBE, J. C. **Tecnologia da informação para gestão.** 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>> Acesso em: 13/05/2012.



APÊNDICE I
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
“Arte de partejar”: Quem protagoniza a cena?

PARTE I - Dados de caracterização da entrevistada

- ❖ Iniciais: Idade atual:
- ❖ Ano que deu a luz ao primeiro filho:
- ❖ Ambiente em que se deu o parto:
- ❖ Quanto tempo durou o trabalho de parto?
- ❖ Quem a assistiu durante o trabalho de parto e parto?

PARTE II - Questões norteadoras da entrevista

1. Por quem você foi preparada para vivenciar o momento do parto?
2. O parto natural foi uma escolha sua? Porque escolheu este tipo de parto?
3. Quais as condutas utilizadas durante seu parto?
4. Como você se sentiu durante o trabalho de parto e parto?
5. Quem lhe acompanhou durante o parto? Como se deu esse acompanhamento?
6. Como você idealizava o momento do seu parto?
7. Para você o que significa ser mãe?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “*Arte de partear*”: *Quem protagoniza a cena?*. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité-PB, e está sendo desenvolvida pela aluna Monise Gleyce de Araujo Pontes sob a orientação da Prof^a. Ms. Gigliola Marcos Bernardo Pinon. O presente estudo tem por objetivo geral conhecer e analisar histórias de vida de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e nascimento, identificando a evolução histórica do empoderamento feminino neste processo.

Você está sendo convidada para colaborar com esta pesquisa por ter vivenciado o parto “normal”, foco central deste estudo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que envolvem dados sobre as experiências vivenciadas por você no parto. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurado a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua assistência.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura venha a surgir ou que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Nova Floresta ____/____/____

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Participante da Pesquisa

Monise Gleyce de Araujo Pontes
Pesquisadora

Prof^a. Ms. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Pesquisadora Responsável/Orientadora

Contatos para dúvidas/esclarecimentos: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Olho D’ Agua da Bica s/n – Cuité-PB. CEP: 58175-000. Telefone: (83) 3372-1900. Ramal: 1972 E-mail: gigliolambl@ufcg.edu.br



ANEXO A



F · A · C · U · L · D · A · D · E
SANTA EMÍLIA DE RODAT
 ÉTICA E EXCELENCIA PROFISSIONAL



NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO - NUPE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- ◆ Processo número: 065/2011
- ◆ Título do projeto de pesquisa: “ARTE DE PARTEJAR”: QUEM PROTAGONIZA A CENA?
- ◆ Pesquisador Membro: Monise Gleyce de Araujo Pontes
- ◆ Pesquisador Responsável: Profª. Ms. Gigliola Marcos Bernado Pinon
- ◆ Instituição onde se realizará a pesquisa: A pesquisa será realizada no município de Nova Floresta – PB
- ◆ Curso: Graduação em Enfermagem
- ◆ Relator (a): Profª. Ms. Maria Eliane Moreira Freire

PARECER

Com base na **Resolução 196/96 do CNS/MS**, que regulamenta as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat – João Pessoa - Pb, em sua sessão realizada em 15/12/2011, após apreciação do parecer do relator e demais membros deste Comitê, resolveu considerar, **APROVADO**, o Projeto de Pesquisa acima referido.

O presente documento não dispensa de que o responsável por este estudo deixe obrigatoriamente de apresentar a este Comitê, o resumo do **Relatório Final** da pesquisa em questão, sob pena de não ser emitido o certificado de conclusão da pesquisa, que credenciará o trabalho para publicação.

João Pessoa, 16/02/2012.


 Maria Eliane Moreira Freire
 Coordenadora do Comitê de Ética

Praça Caldas Brandão, s/n – Tambiá – João Pessoa/PB - CEP: 58020-650

Tel.: (83) 3214.4820 / Fax: (83) 3221.2683

ANEXO B