

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Trabalho de Parto e Parto:
Compreensão de mulheres e des-velamento da solicitude
como possibilidade assistencial**

MICHELLE BARBOSA MORATÓRIO

**Juiz de Fora
2015**

Michelle Barbosa Moratório

**Trabalho de Parto e Parto:
Compreensão de mulheres e des-velamento da solicitude
como possibilidade assistencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora

2015

“Fazer isso, devolver o parto às mulheres, não é uma ambição pequena. Pois, no cômputo final, a história da obstetrícia é fundamentalmente a história da exclusão gradativa das mães do seu papel central no processo de nascimento.”

(Michel Odent, *O Renascimento do parto*, p. 11)

Dedicatória

*Dedico essa dissertação aos meus pais, por acreditarem em meus sonhos e pelo imenso apoio durante
minha caminhada, sendo ambos o alicerce de minha vida.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a DEUS por ser minha fonte de amor e de esperança, meu porto seguro e minha fortaleza em todos os momentos, e pela intercessão de Santa Rita de Cássia, mãe que acolhe e consola durante toda minha caminhada.

A toda minha família, alicerce de minha vida, em especial aos meus amados pais, Mauro e Edmea, que são fonte inesgotável de amor. Aos meus irmãos, Anderson e Flávia, pela amizade e por sempre me apoiarem e incentivarem, assim como a minha cunhada Rosângela, grande exemplo de luta, força e fé, e ao meu cunhado Robison.

Aos meus sobrinhos maravilhosos, Maria Paula, Davi, Mell e João Pedro pelos momentos de alegria e descontração, e por me despertarem um sentimento de ternura e amor puro.

Ao meu noivo Alexandre pelo imenso amor, carinho, cuidado e compreensão em todos os momentos e por acreditar em meus sonhos.

Às amigas Denicy e Natália Ana, as quais fizeram parte dessa caminhada, obrigada pelo incentivo e solicitude, e aos demais colegas do mestrado por ajudarem na construção do conhecimento.

A minha prima Janaina que me possibilitou vivenciar sua preparação para um parto natural, o que foi uma experiência riquíssima, e contribuiu de forma plena para minhas reflexões acerca do modo que vem sendo conduzido o preparo das mulheres para o parto, além de me brindar com um grande presente: o meu afilhado Emanuel.

A minha querida orientadora professora Anna Maria por acreditar na possibilidade de construção dessa pesquisa e sempre incentivar meu crescimento pessoal e profissional, mostrando-se sempre disposta a ajudar com cuidado, carinho e amizade. Sua orientação, que ultrapassa a relação professor-aluno, considerando o ser-do-aluno, incentiva-me desde a graduação.

Às queridas professoras Betânia e Inês que me apresentaram durante a graduação a possibilidade de um cuidado autêntico e que despertaram a minha paixão pela obstetrícia.

Às professoras Maria Carmen e Zuleyce pelas ricas sugestões, assim como à colega e doutoranda Thaís, que contribuiu imensamente na construção da pesquisa.

À adorável professora Ívis que, de forma prazerosa e rica, contribuiu para melhor compreensão da fenomenologia.

À secretária Elisângela por sempre nos receber de modo cordial e pela sua disposição em nos ajudar.

Às depoentes que, através de seus relatos repletos de sentimentos de emoção ao lembrarem seu trabalho de parto e parto, possibilitaram-me refletir e construir a pesquisa.

Ao hospital que me autorizou realizar a pesquisa e permitiu que eu atuasse com total liberdade para escolha das depoentes e realização do estudo.

Ao programa de Pós Graduação em Enfermagem que me possibilitou o meu crescimento profissional e pessoal.

A CAPES que, através dos recursos disponibilizados, permitiram que eu me dedicasse exclusivamente ao mestrado.

RESUMO

Este estudo de natureza qualitativa teve como objetivo compreender os significados das mulheres e desvelar os sentidos do vivido do trabalho de parto e parto em um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar. Foram utilizados a abordagem fenomenológica como método de pesquisa e o pensamento de Martin Heidegger como referencial teórico-metodológico. Foram depoentes 15 mulheres que vivenciaram o trabalho de parto em uma instituição filantrópica no interior de Minas Gerais. Através da entrevista fenomenológica, emergiram as estruturas essenciais, sendo então realizado o primeiro momento metódico, a saber, a compreensão vaga e mediana, a qual permitiu a construção de duas Unidades de Significação: O processo de parturição e nascimento é doloroso e sofrido, mas acabou, acabou... a recuperação é mais rápida do que a cesárea; No processo de parturição, o soro aumenta a dor, o chuveiro ajuda bem e, quando você escuta alguém falando com você, acaba fortalecendo mais. A partir dessa compreensão vaga e mediana, foi possível elaborar o fio condutor o qual conduziu para o segundo momento metódico, a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Foi desvelado que, no fenômeno do trabalho de parto e parto a mulher, mostra-se na disposição do terror, principalmente durante a realização das intervenções obstétricas trazidas pelas mulheres como desconfortáveis e dolorosas. Essas intervenções são realizadas por meio da *solicitude substitutiva-dominadora*, quando os profissionais tomam frente das decisões sem possibilitar que a parturiente participe e decida sobre o seu cuidado. Em contrapartida, algumas intervenções obstétricas são referidas pelas mulheres como boas. Durante a realização das mesmas, os profissionais demonstram uma *solicitude antecipativa-liberatória*, sendo desvelada uma pré-ocupação-com que não substitui a mulher e sim um *estar-junto* em um modo de *dis-posição* comprometido com o bem estar do outro. A mulher traz à luz que a valorização da equipe de enfermagem e médica não está relacionada apenas com a execução de tarefas, pelo contrário, elas se sentem melhor cuidadas quando esses profissionais oferecem uma assistência que vê o outro como um ser que pensa, que possui sentimentos e que tem possibilidades de escolha.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Obstetrícia. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia.

ABSTRACT

This qualitative study is aimed at understanding the meanings assigned among women and unveiling the senses of lived experiences of labor and delivery in an Intra-hospital Birth Center. It was used the phenomenological approach as a research method and Martin Heidegger's thought as a theoretical methodological framework. Fifteen women who have delivered their babies in a philanthropic institution in the countryside of Minas Gerais state were interviewed. Through the phenomenological interview essential structures emerged being performed the first methodical moment called vague and median understanding which allowed the construction of two units of signification: The process of labor and birth is painful and suffering however it is over, over... recovery is faster than cesarean section; In the process of parturition the pain is increased by intravenous infusion, the shower is useful and when you hear someone talking to you it makes you feel stronger. From the vague and median understanding it was possible to draw up the central research thread which led to the second methodical moment, the interpretive understanding or hermeneutics. Through labor and childbirth it was shown the disposition to terror in women particularly during some obstetric interventions considered as uncomfortable and painful by them. These interventions are performed through a mode of solicitude which dominates and replaces, the moment in which the professionals make the decisions without giving the mother the chance to participate and decide about her health care. In contrast some obstetric interventions are considered good by women. While performing these interventions, the professionals demonstrate a solicitude which leaps forth and liberates, revealing a kind of concern with being-with that does not replace the woman but a being together with dis-position fully committed to the well-being of the other. Women understand that the appreciation of medical and nursing staffs is not only related to performing tasks. On the contrary, they feel well cared when these professionals deliver health care just seeing the other as a thinking human being with feelings, a real being-of-possibilities.

Keywords: Women's health. Obstetrics. Nursing. Qualitative Research.

RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender los significados de las mujeres y revelar los sentidos de lo que se vive en trabajo de parto y del parto en un Centro de Parto Normal Intrahospitalario. Se utilizó el enfoque fenomenológico como metodología de investigación y el pensamiento de Martin Heidegger como un marco teórico metodológico. Como deponentes, se eligió 15 mujeres que han experimentado el parto en una institución filantrópica en Minas Gerais. A través de la entrevista fenomenológica, surgieron las estructuras esenciales y luego se realizó el primer momento metódico, a saber, la comprensión vaga y mediana que permitió la construcción de dos unidades de significado: el proceso del parto y el parto es doloroso y sufridor, pero al fin se terminó, se terminó... la recuperación es más rápida que la de la cesárea; En el proceso de parto el suero aumenta el dolor, la ducha ayuda mucho y cuando escuchas que alguien te habla, te sientes más fuerte. A partir de ese vago y mediano entendimiento, se pudo elaborar el hilo que condujo al segundo momento metódico, el entendimiento interpretativo o la hermenéutica. Se descubrió que, en el fenómeno de parto y el parto, las mujeres están predispuestas al terror, sobre todo durante la realización de las intervenciones obstétricas, las cuales, según las mujeres mismas, son incómodas y dolorosas. Estas intervenciones se realizan mediante la *solicitud substitutiva dominadora*, cuando los profesionales llevan adelante las decisiones sin habilitarle a la parturienta la participación y decisión sobre su atención. En contrapartida, las mujeres se refieren a algunas intervenciones obstétricas como buenas. Durante la realización de las mismas, los profesionales demuestran una *solicitud anticipativa liberatoria*, y muestran una preocupación que no sustituye a la mujer, sino un *estar juntos* en un modo de *dis-posición* comprometido con el bienestar de los demás. Las mujeres sacan a la luz que la apreciación del personal médico y de enfermería no está relacionada solamente con la ejecución de las tareas, por lo contrario, se sienten mejor atendidas cuando estos profesionales les ofrecen un tipo de asistencia que ve al otro como un ser pensante, que tiene sentimientos y tiene elección.

Palabras clave: salud de la mujer. Obstetricia. Enfermería. Investigación Cualitativa. Fenomenología.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aproximação temática.....	12
1.2	Situação do estudo.....	14
1.3	Objetivo do estudo.. ..	17
II	PRÉ-REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA	18
2.1	Gestação e Parto	18
2.2	Política de atenção ao parto e nascimento	22
2.3	Violência obstétrica	25
2.4	O posicionamento da enfermagem frente ao cuidado no processo de parir	28
III	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METÓDICO.....	31
IV	CAMINHOS DO ESTUDO.....	36
4.1	Cenário.....	36
4.2	Depoentes.....	38
4.3.	Os movimentos da etapa de campo.....	38
V	ANÁLISE COMPREENSIVA.....	49
5.1	Historiografia e Historicidade das depoentes.....	49
5.2	Compreensão vaga e mediana.....	56
5.3	Fio condutor da interpretação.....	63
5.4	Interpretação compreensiva- hermenêutica heideggeriana.....	64
VI	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
VII	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	87

I INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação temática

Durante minha trajetória profissional desde a formação acadêmica, sempre me encantei pelo processo da gestação. Para minha felicidade, atuei pela primeira vez como enfermeira em uma maternidade e há quatro anos venho atuando nessa área com gestantes, puérperas e recém-nascidos.

A partir dessa vivência na minha prática profissional, comecei a questionar a forma como se conduz o processo assistencial do trabalho de parto e parto nas instituições hospitalares, principalmente no que diz respeito ao número abusivo de procedimentos realizados e a forma desrespeitosa com que as mulheres muitas vezes são tratadas durante esse evento.

Concordo com Carneiro (2012) quando expressa que o parto é muito mais do que um evento fisiológico, sendo, principalmente, cultural, social, pessoal, familiar, emocional e sexual.

Penso que na maioria das vezes o parto e o nascimento são momentos significativos na vida da mulher e de sua família, pois se encontram repletos de perspectivas em relação à nova vida que chegará. São nove meses de transformações no corpo e no psicológico da mulher; finalmente chega o momento tão esperado e às vezes esse momento torna-se frustrante devido ao modo como atuam os profissionais de saúde. Assim, a atenção em especial no cenário hospitalar pode se constituir em violência obstétrica para essa mulher e sua família.

Meu interesse pela área de saúde da mulher em especial durante a gestação surgiu quando cursei a disciplina Saúde da Mulher no quinto período da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no ano de 2008.

Na época, não estavam sendo realizados partos na Casa de Parto que pertencia a UFJF, pois infelizmente as atividades de internação e parto haviam sido suspensas em agosto de 2007 por diversas questões institucionais. Porém tivemos a oportunidade de acompanharmos e realizarmos consultas de pré-natal nesse local. Fiquei encantada com o processo de trabalho da Casa de Parto, revelado pela forma acolhedora, respeitosa e responsável com que os profissionais tratavam as gestantes.

As docentes faziam com que tivéssemos consciência de que uma gestação de risco habitual, somada a um pré-natal de qualidade, na maioria das vezes poderá

evoluir para parto vaginal realizado com o mínimo de intervenções possíveis. O objetivo é que a mulher possa vivenciar de forma prazerosa seu trabalho de parto e parto e que o recém-nascido possa ser recebido no mundo de forma acolhedora, sendo o vínculo mãe-bebê estimulado desde o primeiro minuto após o nascimento e sem a realização de intervenções desnecessárias.

Como a Casa de Parto não estava realizando partos, fomos realizar o estágio da disciplina Saúde da Mulher em uma maternidade da cidade para acompanharmos o pré, o trans e pós-parto, além dos cuidados com o trinômio mãe-filho-família. Porém, nesta oportunidade de ensino, já presenciamos cenas de violência obstétrica. Desconhecíamos esse termo, mas sabíamos que aquela forma de tratamento desrespeitosa destoava do nosso processo de aprendizagem, o que gerou indignação entre nós acadêmicos. Fomos então impedidos de acompanhar os partos dessa instituição, pois, de acordo com nossa docente, essa prática conduzida nesse cenário se contrapunha a nossa formação profissional.

Esses episódios já trouxeram um despertar, uma inquietação em relação à forma com que gestantes e puérperas são tratadas nas instituições de saúde. Foi nesse caminhar que, durante a disciplina de Pesquisa em Enfermagem, elaborei um anteprojeto de pesquisa abordando o tema da violência na gestação relacionada à desnutrição neonatal.

Assim, nesta oportunidade, aproximei-me da temática da violência contra a gestante e constatei, através da leitura dos estudos já realizados, a existência da violência doméstica, a qual ocorre no âmbito familiar, e da violência obstétrica, e as consequências que ambos os tipos de violência trazem para a mãe, o feto/ recém-nascido e toda família.

Neste contexto, continuei durante o Curso de Graduação interessada por essa temática e acabei desenvolvendo uma pesquisa, cujo relatório final formalizou no Trabalho de Conclusão de Curso. Nesse estudo, abordei a equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde, onde atuei como estagiária, em relação à forma como os mesmos identificam e realizam o atendimento a gestantes que sofrem violência. Emergiu no estudo o despreparo desses profissionais para lidarem com essa questão.

Todo esse caminhar foi de extrema importância para elaboração desse projeto, pois, ao me deparar com a realidade das instituições hospitalares, a forma com que acolhem e assistem o processo de trabalho de parto e parto, comecei a refletir sobre essa realidade.

1.2 Situação de Estudo

A questão da violência obstétrica vem sendo discutida há mais de duas décadas. Na década de 90, foi fundada a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), a qual atualmente congrega centenas de participantes. O documento que fundou o Rehuna foi a Carta de Campinas, na qual foram denunciadas circunstâncias de violência e constrangimento em condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do parto e nascimento (DINIZ, 2005).

A parturição foi transferida do domicílio para o hospital, e, nesse cenário, a parturiente passou a ser assistida por meio de normas e rotinas que na maioria das vezes desconsideram a individualidade dessa mulher, constituindo-se uma assistência que evidencia o atendimento às necessidades fisiológicas (SIMÕES e SOUZA, 1997a).

Assim, o interesse por realizar este estudo emergiu da observação do número abusivo de intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, parto e nascimento, tendo como uma das suas principais consequências a grande quantidade de cesáreas realizadas no Brasil, com médias muito acima das recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a referida organização, o ideal é a cesariana ser realizada em somente 15% dos partos, mas no caso brasileiro o procedimento chega a 52% dos nascimentos, alcançando 88% no setor privado da saúde (CARNEIRO, 2012).

Na pesquisa “Nascer no Brasil” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi revelado que, embora o parto normal seja considerado o melhor modo de ter os bebês, no Brasil ainda existe um modelo de atenção extremamente medicalizado, com intervenções excessivas e uso de procedimentos não recomendados pela OMS como de rotina. Esses procedimentos provocam dor e sofrimento desnecessários quando são utilizados sem indicação clínica configurando-se em violência obstétrica (TORRES *et al.*, 2014).

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, além das intervenções obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o processo natural dos mecanismos fisiológicos do parto, o qual passa a ser um processo patológico que necessita de intervenção médica, fazendo com que essa experiência se torne desesperadora e

aterrorizante. Assim, podemos entender porque a maioria das mulheres considera a cesárea como uma forma de nascimento sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005).

Nas instituições hospitalares, deparamo-nos com essa realidade onde mulheres, familiares e recém-nascidos são desrespeitados durante o processo de parir. A assistência ao parto se dá por profissionais muitas vezes despreparados para prestarem um cuidado de qualidade, impedindo que a mulher possa vivenciar seu processo de parir de forma prazerosa e que o recém-nascido possa chegar ao mundo de forma acolhedora sem a realização de procedimentos desnecessários que levam ao sofrimento psíquico e físico, gerando complicações evitáveis para a mãe-filho-familiar.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu Oito Objetivos do Milênio – ODM, que no Brasil são chamados de Oito Jeitos de Mudar o Mundo – que devem ser atingidos por todos os países até 2015. O terceiro objetivo é Reduzir a mortalidade infantil, e o quinto objetivo é Melhorar a saúde das gestantes; daí a relevância da temática do presente estudo (MENDES, 2004).

De acordo com Diniz (2005, p. 629), “há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa no Brasil é em geral chamado de humanização do parto”.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Ao atuar como enfermeira em maternidade, foi possível observar que rotinas e preconceitos que levam à violência obstétrica estão engessados nesses locais, e infelizmente muitas vezes acabamos sendo absorvidos e inseridos nesse processo sem que nos seja concedida a oportunidade de reflexão e discussões sobre nossa forma de cuidar, a qual muitas vezes está mais associada ao descuidado.

A falta de confiança da gestante nos profissionais de saúde durante a assistência ao nascimento pode despertar o medo e a ansiedade, influenciando diretamente no seu trabalho de parto e tornando o mesmo mais difícil. Além disso,

procedimentos desnecessários, como medicalização excessiva do trabalho de parto, realização de manobras durante o nascimento como a de Kristeller, episiotomia de rotina, cesáreas sem indicações reais, configuram-se atos violentos praticados no âmbito hospitalar durante o nascimento e que na grande maioria das vezes desencadeiam agravos à saúde da puérpera e do recém-nascido (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012).

A partir da análise compreensiva de como é para a mulher vivenciar o trabalho de parto e parto no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, busquei gerar reflexões e debates acerca desse tema. O intuito é que os profissionais da área da saúde, em especial os da enfermagem, possam compreender a importância de sua atuação frente ao parto e ao nascimento e assim tenham a possibilidade de prestarem uma assistência de qualidade à gestante/ à puérpera/ ao recém nascido/ à família de forma que esses se sintam acolhidos e possam vivenciar esse momento de forma intensa e prazerosa.

A Resolução do COFEN 223/1999, que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, traz em seu artigo primeiro que a realização do Parto Normal sem Distocia é da competência de Enfermeiros e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher (BRASIL, 1999).

A enfermagem tem um papel importante na assistência ao parto, e acredito que esse estudo irá trazer reflexões que nos possibilitem um novo olhar sobre o processo de cuidado à parturiente.

É importante que nós, profissionais da enfermagem, tenhamos a compreensão de que podemos atuar como facilitadores no processo de parir e que a nossa valorização como profissionais da saúde não está atrelada ao número de partos, suturas ou analgésicos utilizados, mas sim aos cuidados prestados e pela relação interpessoal estabelecida com a mulher e a família, os quais são aspectos fundamentais para o cuidado de qualidade (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012).

Ao realizar o levantamento do referencial temático para elaboração desse estudo nas bases de dados Latino-Americanas em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) com os descritores parto obstétrico, parto humanizado e violência contra a mulher, foi detectado que ainda há uma fragilidade

nas produções científicas no que diz respeito aos significados de mulheres sobre o processo de parturição desvelado a partir do ser que vivenciou esse fenômeno.

A crítica em relação à forma com que parturientes são assistidas nas maternidades fez emergir o interesse em desvelar facetas do fenômeno da violência obstétrica a partir da mulher que vivenciou o parto no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, sendo objeto deste estudo os significados experienciados de mulheres acerca do trabalho de parto e parto.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo compreender os significados experienciados pelas mulheres e desvelar os sentidos do vivido do trabalho de parto e parto em um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar.

II PRÉ-REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA

O estudo foi realizado à luz do pensamento de Martin Heidegger a partir do Movimento Analítico Hermenêutico (HEIDEGGER, 2014). Iniciamos esse movimento da investigação sobre a temática a partir da posição prévia, a qual diz respeito à tradição científica. Assim, neste tópico realiza-se uma pré-reflexão sobre a temática a qual se constitui do estado da arte do objeto de estudo (PAULA *et al.*, 2012).

2.1 Gestação e Parto

A gestação é uma experiência complexa e traz aspectos diferenciados para cada mulher. São várias as mudanças as quais vão desde a dimensão biológica até um processo social que envolve o coletivo, mobilizando a família e o meio em que a mulher está inserida (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2012).

Devido a essa complexidade, é importante que os profissionais de enfermagem criem um canal de diálogo com as gestantes, de forma a respeitar seus valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, assistindo estas mulheres integralmente. Essa abordagem é possível durante o pré-natal e na realização de grupos de gestantes (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2012).

O período gestacional constitui-se um momento oportuno para a educação, sendo um dos componentes no cuidado com a gestante, parturiente, puérpera e família, seja no ambulatório, hospital ou domicílio. É a oportunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças (CARNEIRO *et al.*, 2014).

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, podendo gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas. É fundamental que esses sentimentos sejam compartilhados com outras gestantes, com um profissional de saúde ou, mais especificamente, com o enfermeiro e o médico, no momento da assistência pré-natal (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2012).

A educação em saúde no pré-natal é essencial para que a mulher se desenvolva com autonomia e obtenha empoderamento através do conhecimento dos seus direitos de cidadania. É importante para que compreenda as implicações da questão de gênero no processo de gestar e parir; que compreenda a gestação como um fenômeno fisiológico o qual pode estar sujeito a riscos e intercorrências; que

reconheça a importância de realizar o pré-natal e identifique-o enquanto espaço de aprendizagem que oportuniza a mudança de práticas e condutas, resultando na adequação de novos hábitos e cuidados durante o ciclo gravídico e puerperal (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Há necessidade de ampliar a educação em saúde enquanto processo de construção, integração e valorização das diversas formas de saberes, especialmente na gestação. Isso porque se percebe que grande parte das mulheres-mães revelam suas representações sociais sobre o pré-natal centrado na criança e na dimensão biomédica, ao mesmo tempo em que apontam a mãe como foco para saúde do binômio mãe e filho (CARNEIRO *et al.*, 2014).

É importante que, durante a gestação, os profissionais de enfermagem prestem informações adequadas para o perfil sociodemográfico de sua clientela, preparando a gestante para o momento do parto, bem como oferecendo uma atenção integralizada e eficiente (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2012).

Um desafio que se conforma nas políticas públicas que intencionam a humanização para o parto e nascimento é fazer esta discussão presente e efetiva no cotidiano do processo de formação em saúde. Os questionamentos referentes ao tema são diversos e pertinentes para a prática da enfermagem devido ao seu papel importante no cuidado com essa mulher, desenvolvendo a interligação entre a gestante e seu empoderamento frente ao parto (VERAS e MORAIS, 2011).

Nas últimas décadas, o Brasil viveu uma alteração cultural na concepção do parto com a substituição da casa pelo hospital, da parteira pelo médico, com a incorporação de avanços tecnológicos e a crescente utilização de intervenções desnecessárias decorrentes das cirurgias de cesáreas. Houve uma inversão de valores em relação ao parto, os profissionais de saúde passaram a observar a gestação e o parto como patologias e não como processos fisiológicos (SILVA, 2014).

A imprevisibilidade aparente do parto e de outros processos fisiológicos gerou crenças e costumes para explicá-los e controlá-los. Todas as melhorias alcançadas pela ciência formaram um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, sustentadas pelo modelo tecnocrata que considera o parto um evento médico e patológico que precisa ser tratado (CARDOSO, 2008).

O Brasil é atualmente o recordista mundial no número de cesáreas, com uma taxa de quase 88% na rede privada de saúde e de quase 53% na rede pública. E essa

situação contrapõe-se radicalmente à recomendação da Organização Mundial da Saúde (1985) de que o aceitável é tão somente 15% de partos abdominais/ano, ao considerar que uma cesárea representa quatro vezes mais riscos de vida à gestante/recém-nascido quando comparada ao parto vaginal. Posto dessa maneira, algo parece realmente não caminhar bem quando, em nossa sociedade, parir mediante uma cirurgia tornou-se regra ou padrão-ouro de atendimento médico a despeito da proteção à saúde e à vida da mulher e do conceito de acesso à saúde de qualidade (CARNEIRO, 2012).

O Brasil apresenta índices de cesáreas cada vez maiores, principalmente na rede privada, o que está gerando discussões em relação às reais necessidades de sua realização. A cesárea se tornou uma epidemia, e nas classes sociais mais elevadas é um modismo. Essa cirurgia tornou-se um grande problema de saúde pública e, atualmente, através de políticas públicas, o parto natural tem sido incentivado, pois se sugere que as altas taxas de cesarianas podem estar associadas às altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal (CASSIANO *et al.*, 2014).

O objetivo não é eliminar a cesariana, que é uma cirurgia necessária em alguns casos de gestação de alto risco e nas emergências obstétricas, mas criar condições para que o maior número possível de mulheres dê à luz a bebês através da liberação de seus hormônios naturais. Esse objetivo será realidade apenas no dia em que as necessidades biopsicossocioespirituais das parturientes forem bem entendidas (ODENT, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde, o parto não deve ser medicalizado, devendo sofrer o mínimo possível de intervenções. Esta assistência direciona-se a reduzir o uso excessivo de tecnologia sofisticada quando procedimentos mais simples têm eficiência, reconhecendo que a cesariana é uma cirurgia, com seus riscos e sequelas potenciais que não devem ser banalizadas, por isso não deve ser usada de modo arbitrário (CAVALCANTE, 2013).

O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

Sem apresentar estatísticas sofisticadas, torna-se facilmente óbvio que, em todo o mundo, o número de mulheres que dão à luz a bebês e placentas graças à liberação do fluxo hormonal é cada vez menor, pois muitas das mulheres que ainda dão à luz por via vaginal utilizam substitutos farmacológicos que bloqueiam a liberação dos hormônios naturais e, portanto não estão sujeitas a seus efeitos comportamentais benéficos. (ODENT, 2010, p. 65)

Apesar do parto se constituir em rotina nos hospitais e maternidades, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre como é o parto e a maneira como ele é vivenciado deve ser única. Portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando à singularidade de cada parturiente (OLIVEIRA *et al.*, 2010). O cuidar deve estar baseado nos direitos humanos de mulheres, assim como de bebês e da família para a promoção da autonomia, da liberdade de escolha, da equidade e da não-violência de gênero e de cidadania (PEREIRA e BENTO, 2012).

De acordo com Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), busca-se restaurar a autonomia das mulheres, o controle de seu corpo e seus processos, a qualidade ética e técnica nas relações estabelecidas entre profissionais e pacientes.

A mulher, ao conhecer o seu corpo, instruída sobre a evolução do parto desde o início da gravidez e, principalmente, ao se sentir segura e encorajada, poderá vivenciar este momento com maior tranquilidade. Fortalecer a auto-estima da mulher parturiente, estar próximo, permitir a presença de um acompanhante, entre outras ações da equipe de saúde, constituem meios para a humanização do trabalho de parto e parto. (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012, p. 176)

Assim, a perspectiva humanista reconhece que não existe um padrão de humanização do trabalho de parto, afinal humanizar é dar à mulher o direito de escolher, individualizando e personalizando o seu trabalho de parto, levando em conta que o processo de parturição engloba aspectos além dos fisiológicos, envolvendo os valores culturais da mulher, da família e da comunidade (CAVALCANTE, 2013).

É possível considerar que, na perspectiva das usuárias dos serviços públicos sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal, o momento do parto pode ser caracterizado como de considerável medicalização, muito preso às rotinas e resistente à humanização. Além disso, ainda se observa no pré-natal e puerpério um cuidado em que as mulheres são tratadas como coadjuvantes em um processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais, uma assistência mecanizada que não considera a individualidade dessa mulher (PARADA e TONETE, 2008).

A gestação e o parto são eventos repletos de sentimentos profundos, sendo um momento com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (BRASIL, 2006).

2.2 Política de Atenção ao Parto e Nascimento

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) têm como um dos objetivos oferecer atendimento e acompanhamento adequado à futura mãe e ao bebê no pré-natal, parto e pós-parto. Para alcançar uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada, é fundamental incluir ações de promoção e prevenção da saúde materna e neonatal (RIUL *et al.*, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos sadios, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (PATAH e MALIK, 2011).

Os diferentes países apresentam características peculiares em relação à forma de organização da assistência à saúde as quais estão relacionadas às prioridades em saúde pública, ao modelo político estabelecido e ao grau de intervenção e participação do Estado nos diversos níveis de assistência. As diferenças nas condições sociais, educacionais e econômicas da sociedade também são relevantes. E a organização de assistência à saúde da gestante se molda a essas características, o que irá determinar o modelo de assistência ao parto (PATAH e MALIK, 2011).

Em 1985, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS organizaram uma conferência sobre tecnologias apropriadas no parto. Esse encontro teve como resultado a Carta de Fortaleza, trazendo inspiração para muitas mudanças. Este documento recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens, amniotomia, abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Além disso, a referida Carta argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e ainda afirma que nada justifica taxa maior que 10 a 15% (WHO, 1996).

Devido às críticas realizadas ao excesso de intervenções no processo do parto e nascimento em 1996, são publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendações sobre tecnologias para atenção a esse evento, classificando as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo

C, práticas com evidências insuficientes que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada (WHO, 1996).

Assim, há cerca de três décadas, inicia-se um movimento internacional para que se priorize o uso de tecnologias apropriadas, o aumento da qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a des-incorporação de tecnologias danosas. Esse movimento no Brasil é batizado como Humanização do Parto (DINIZ, 2005).

No Brasil, a denominação Humanização foi adotada oficialmente somente a partir de 2000 (BRASIL, 2000). O termo humanização tem como sentido a equidade/cidadania. Toda gestante tem direito ao atendimento pré-natal integral e completo, mínimo de seis consultas, e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. E essas ações são incentivadas a partir de estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e para que hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN (RATTNER, 2009).

Neste contexto, no Brasil, a década de 80 representa um salto na história das políticas públicas voltadas à atenção ao parto com abordagem de outras questões da saúde da mulher que ultrapassam a esfera reprodutiva (MATOS *et al.*, 2013).

Alguns profissionais da saúde vêm propondo ao longo dessas décadas uma revisão da prática médica em nome do que denominam de “humanização do parto e do nascimento”, pela redução do número de cesáreas e pelo fim de uma sequência de procedimentos médicos que são considerados invasivos e desnecessários. Se as críticas principiam nessa época, três décadas depois a questão parece ter adquirido contornos nacionais envolvendo profissionais da saúde, mulheres e suas respectivas famílias em todo o território nacional através do denominado “movimento do parto humanizado” (CARNEIRO, 2012).

Políticas públicas vêm sendo criadas para que se alcance uma assistência de qualidade na gestação, parto e puerpério. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas desde a década de 80, tais como: “Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM)”, “Humanização do Pré-Natal e Nascimento”, “Humanização da Atenção Hospitalar” e “Método Mãe Canguru”, que deveriam se constituir como práticas e cuidados que potencializariam mudanças na produção dos serviços de saúde (VERAS e MORAIS, 2011).

Visando melhorar a assistência do pré-natal e nascimento, o Ministério da Saúde em 2002 lançou o Programa de Humanização do Parto vigente até os dias

atuais. O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Indo ao encontro das "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" recomendado pela OMS em 7 de abril de 2005, é implantada a Lei 11.108, por meio da qual os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

A questão central da presença do acompanhante durante o processo de parto deriva da consciência e disposição da equipe de saúde em acolher o familiar e orientá-lo para que o processo ocorra de modo tranquilo e natural. Com a parturiente serena e amparada, o parto pode evoluir naturalmente, aspecto por vezes almejado pelos profissionais. Para que essa adaptação seja aceita e incorporada às rotinas, é importante compreender a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto como uma medida imprescindível de cuidado e conforto para toda a família (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde lança a estratégia denominada Rede Cegonha, sendo um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres tendo como diretrizes boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2013a).

A Rede Cegonha foi instituída mediante a Portaria Ministerial nº 1459 no âmbito do Sistema Único de Saúde e consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Um dos componentes dessa portaria diz respeito ao Parto e Nascimento tendo como um dos objetivos garantir a realização de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (BRASIL, 2011).

Ao revisar as políticas públicas implantadas ao longo das últimas décadas em relação ao parto e nascimento, Matos e colaboradores (2013) observaram que, para atingir o ideal de humanização, é necessária sensibilização dos profissionais de saúde

para o exercício da atenção, do diálogo, do acolhimento e da comunicação com a parturiente.

Apesar dos avanços ocorridos nas políticas públicas de atenção ao parto, ainda vivenciamos a realização de ações padronizadas com o predomínio de intervenções tecnológicas e medicalizadoras na gestação, parto e no puerpério. Assim, existe a necessidade de novos estudos para efetivação e consolidação das políticas públicas de atenção à mulher, buscando a garantia da maternidade e do nascimento seguros.

2.3 Violência Obstétrica

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2013b).

A questão da violência obstétrica ainda é tratada de forma bastante velada, uma vez que a questão da violência por si só é um tema de difícil abordagem. E, quando essa está associada a um momento de grandes emoções e expectativas envolvendo vários atores, torna-se mais desafiador, porém é uma realidade e precisa ser discutida, debatida e superada, pois suas consequências para o trinômio mãe-filho-família são graves. De acordo com Diniz *et. al* (2004), a questão da violência não é objeto específico da área de saúde, mas está a ela intrinsecamente ligado. Porém, o papel da saúde tem sido não apenas o de cuidar das sequelas deixadas pelos conflitos entre os indivíduos, mas também de preveni-los, promovendo a saúde em seu conceito mais amplo, o que envolve o bem-estar individual e o coletivo.

Na grande maioria das vezes, a gestante e sua família nem percebem que estão sendo violentados, pois a violência pode estar sendo mascarada pelo uso de tecnologias empregadas no âmbito hospitalar. Tais tecnologias são impostas à gestante e muitas vezes utilizadas de forma inadequada e desnecessária (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Dentre as distintas violências sofridas por grupos historicamente oprimidos, a violência obstétrica se faz presente no atual modelo de assistência obstétrica, em que 52% dos partos realizados no Brasil são cirurgias cesarianas, o mais alto índice no

mundo, contrariando os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Diniz e colaboradores (2004) trazem em seu estudo dois tipos de violência que, segundo os autores, constituem a “rede de violência”, a saber, a violência estrutural e a violência cultural, sendo essa última com ênfase na violência de gênero. A violência estrutural se divide em omissão e comissão, sendo que a violência tratada no presente estudo, a violência obstétrica, enquadra-se na última modalidade, a violência estrutural por comissão, sendo compreendida como violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária.

Porém, de acordo com esses mesmos autores, a mulher é vítima da violência institucional, tanto por omissão quanto por comissão, e da violência de gênero que ela traz do espaço doméstico para as instituições de saúde. Entra-se em um círculo vicioso. A mulher que chega aos serviços de saúde traz em si marcas, ora “invisíveis” ora “visíveis”, da violência de que é vítima. No entanto, mesmo “visíveis”, essas marcas não são contempladas pelos modelos de atendimento utilizados pelos profissionais de saúde, pois estes baseiam suas atitudes em um padrão pré-estabelecido norteado pelo saber e pelo poder (DINIZ *et. al.*, 2004).

Isoladamente, os modelos epidemiológicos não resolvem todas as questões que envolvem a violência, pois não são considerados os casos em que a violência não deixa marcas corporais visíveis e que dependem (O QUE DEPENDEM, AS MARCAS, OS CASOS...??) para ser detectado do bom senso e da sensibilidade (PERÍODO ESTRANHO), fato que tradicionalmente não acontece na assistência baseada em modelos de saúde unicamente voltados para a doença e pautados na racionalidade assistencial positivista (DINIZ *et al.*, 2004).

De acordo com Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), é no campo das relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde que encontramos as situações de violência mais difíceis de serem percebidas pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara a anulação da autonomia e uma forma de discriminação. A violência está frequentemente presente em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto as

suas necessidades de analgesia e uso apropriado de tecnologias, podendo ser expressas também por agressões físicas ou sexuais explícitas.

A violência obstétrica é uma realidade vivenciada nas maternidades. Gestantes em trabalho de parto ainda são submetidas a procedimentos cirúrgicos desnecessários, como a realização indiscriminada do parto cesárea e o uso abusivo de medicações, anestésias e hormônios que induzem e aceleram o trabalho de parto, visando economia de tempo, comodismo e maior lucratividade. O cuidado durante o processo do parto transcende a utilização das técnicas, pelo fato de envolver a sensibilidade intrínseca aos sentidos (visão, olfato, audição, tato e fala) (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012).

A violência institucional em maternidades no atual modelo da medicina tecnológica se dá em contexto de crise de confiança, caracterizado principalmente pelo uso da tecnologia em detrimento das interações humanas, ou seja, os recursos tecnológicos ao invés dos meios, sendo tomados como fim em si mesmo (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

A violência contra a mulher, a coerção aos seus direitos de cidadã e o desrespeito ao exercício de sua sexualidade precisam deixar de ser vistos como um quadro normal em todas as esferas de ações de saúde, inclusive nas maternidades (CARRARO *et al.*, 2006).

A palavra “violência” pode ter uma conotação muito negativa quando está relacionada aos descuidados no trabalho de parto e parto. Tais condutas, no entanto, vão além disso; configuram-se verdadeira violência contra a mulher que está em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas que a tocam intimamente e ignoram seu pudor e suas inseguranças. A rotina é, por diversas vezes, considerada “culpada” pela mecanização dos cuidados prestados e da relação (não) estabelecida entre os profissionais e a mulher parturiente e sua família. Porém, é responsabilidade da equipe ficar atenta a essa violência velada, revendo e refletindo acerca de suas condutas e aperfeiçoando os cuidados prestados (FRELLO, CARRARO e BERNARDI, 2012).

A implementação das boas práticas no trabalho de parto e parto é uma ação potente para prevenção dos óbitos neonatais evitáveis e conseqüentemente redução da mortalidade infantil. A persistente utilização de procedimentos não recomendadas pelas evidências científicas como o uso abusivo de ocitocina, imobilização no leito e posição litotômica no parto com a compressão de grandes vasos, por exemplo,

compromete a oxigenação intraútero, prolonga o trabalho de parto e o período expulsivo e pode repercutir negativamente sobre os resultados perinatais. Aliadas a essas más práticas, as situações de estresse a que são submetidas as parturientes, como o jejum, solidão, insegurança e tratamento desrespeitoso, também influenciam esses resultados (LANSKY *et al.*, 2014).

Para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessário compreendê-la e denunciá-la, bem como assegurar que os casos em que ela aconteceu sejam acolhidos, apurados e julgados (BRASIL, 2013b).

2.4 O posicionamento da enfermagem frente ao cuidado no processo de parir

Cada vez mais as ações e relações humanas estão sendo impregnadas pela razão onde a natureza não mais se harmoniza com o homem, onde o cuidado humano vem ao encontro de uma realidade de vida acelerada, complexa e transitória que o mundo moderno vivencia. Isso pode explicar muito bem a forma com que está sendo conduzida a questão do nascimento (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).

Um fator importante verificado na pesquisa realizada por Marque, Dias e Azevedo (2006) foi a necessidade dos profissionais de enfermagem mudarem a atitude e a postura diante da assistência ao parto e nascimento, reconhecendo sua importância como membros da equipe de saúde na assistência à mulher e ao neonato, usando o conhecimento técnico-científico para promover a saúde e o bem-estar de seus clientes e ajudando na implementação das práticas humanizadoras dentro dos hospitais e maternidades.

Porém, segundo Vieira e colaboradores (2012), ainda se observa o baixo quantitativo de enfermeiros obstetras para a atenção à saúde da mulher; somado a esse fato, temos as condições inadequadas de trabalho e de integração aos serviços que levam ao declínio da qualidade e da abrangência da assistência em saúde.

Buscando o aumento do quantitativo e qualitativo de enfermeiros obstetras na rede pública, Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica vem sendo financiados por todo território nacional. Esses cursos objetivam a formação de profissionais qualificados que utilizem em seu cotidiano o conhecimento adquirido visando à melhoria da qualidade da assistência à mulher durante e após o ciclo gravídico-puerperal (VIEIRA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a enfermagem tem um papel fundamental nos diversos grupos e organizações que defendem o parto humanizado. O enfermeiro se encontra como

destaque opondo-se ao modelo tecnocrata e institucionalizado em que vivemos, no qual a figura do profissional médico é hegemônica. Isso se deve ao fato de o enfermeiro ser o profissional que tem como ênfase de seu trabalho o cuidado, sendo esse indispensável para concretização de um parto assistido de forma humanizada (CAMACHO e PROGIANTI, 2013).

Somado à deficiência quantitativa de enfermeiros obstetras, temos um reduzido aproveitamento da mão de obra qualificada desses profissionais. Essa dificuldade de inserção do enfermeiro obstetra frente ao parto nas instituições de saúde deve-se à hegemonia médica, e essa supremacia do profissional médico em relação ao enfermeiro acaba por inibir os cuidados da enfermagem. A mudança de paradigmas na assistência obstétrica será possível através de movimentos políticos e de órgãos de classe (VIEIRA *et al.*, 2012).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 regulamenta, entre outros, o exercício da enfermeira obstétrica, garantindo-lhes a assistência ao parto normal de baixo risco, realizando os procedimentos necessários para a manutenção da segurança da mãe e do bebê, estando também capacitadas para identificar a ocasional necessidade de cuidados médicos específicos (CAVALCANTE, 2013).

Algumas portarias vieram anos depois para que as práticas obstétricas realizadas por enfermeiros obstetras fossem viabilizadas dentro do modelo de humanização do parto, assim o Ministério da Saúde publicou:

Portaria nº 2815 de 29/05/1998 que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para o parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas, e a Portaria GM Nº 163 de 22/09/1998(4), que regulamentou a realização do parto normal sem distócia por enfermeira obstétrica nas Organizações de Saúde Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). (CAMACHO e PROGIANTI, 2013)

A Portaria 163 de 22 de setembro de 1998 define as atribuições do enfermeiro obstetra regulamentando a realização do parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstetra visando diminuir a morbimortalidade materna e neonatal. Assim, podemos notar a importância da enfermagem frente à mudança de paradigma no processo do parto e nascimento (BRASIL, 1998).

Em estudo realizado por Camacho e Progianti (2013), foi observado que a enfermagem obstétrica começou a ser reconhecida e a ganhar autonomia da assistência ao parto sem distócia após principalmente o apoio dos governantes e gestores através da criação de leis que fornecem maior autonomia para a

enfermagem obstétrica. Assim, notamos que, além da mão de obra qualificada, é necessário apoio dos governantes e gestores para que a mudança nas práticas obstétricas sejam possíveis.

O estímulo à qualificação do profissional enfermeiro dentro da obstetrícia é de extrema importância para a conquista da sua autonomia na assistência ao parto normal sem distócia. De acordo com Vieira e colaboradores (2012), para se questionar determinadas práticas de saúde objetivando um consenso na assistência à parturiente pela equipe multiprofissional, é necessário que o profissional sinta-se seguro por ser conhecedor das evidências científicas, dos possíveis diagnósticos, procedimentos e condutas relativas à enfermagem obstétrica, estar confiante em decorrência da apropriação de saberes e, assim, de fato torna-se uma peça fundamental na prevenção da morbimortalidade materna e perinatal através da mudança de conduta frente ao parto e ao nascimento.

III REFERENCIAL TEÓRICO- FILOSÓFICO E METÓDICO

Ao buscar a compreensão dos significados para a mulher acerca do vivido do trabalho de parto e parto, encontrei a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial a partir do referencial filosófico de Martin Heidegger. A fenomenologia nos convoca e remete para uma visão holística dos fenômenos para compreendermos a humanidade dos seres humanos. Dessa forma, ela possibilita explorar o cotidiano assistencial da enfermagem, emergindo uma práxis criativa e singular (SALIMENA e SOUZA, 2008).

A enfermagem, ao lidar com questões existenciais dos seres humanos que cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e o seu fazer, uma vez que ela nos proporciona um aprofundamento na subjetividade, na essência, contribuindo assim para uma melhor compreensão da realidade do dia a dia no qual estamos imersos (TERRA *et al.*, 2006).

A palavra fenomenologia tem sua origem nas palavras gregas *phainomenon* que significa “o que se mostra”, “o que se manifesta”, e *logos* que significa “discurso” (BILIBIO, 2013).

Para a fenomenologia, a reflexão filosófica deve partir do próprio fenômeno e não de concepções já pré-estabelecidas, dos pré-conceitos. E, por esse motivo, a fenomenologia tem uma autêntica exigência ética com a verdade, rejeitando a manipulação da realidade (BILIBIO, 2013).

A fenomenologia teve seu nascimento como movimento filosófico no começo do século XX, em um contexto de profundas transformações sociais, políticas e culturais, marcadas principalmente pela influência da dicotomia estabelecida, ou seja, de um lado, o racionalismo, e de outro, o empirismo e o positivismo (BILIBIO, 2013).

O racionalismo afirmava o sujeito, mas anulava a experiência. O empirismo afirmava a experiência, mas anulava o sujeito. O positivismo afirmava a objetividade, a comprovação empírica, mas anulava a subjetividade. A partir de então surge a fenomenologia, um movimento filosófico que reúne tanto a dimensão subjetiva quanto a objetiva. Para a fenomenologia, o sujeito está inserido no mundo que é por ele determinado. O homem não é só subjetividade e nem só objetividade (PEIXOTO, 2011).

A fenomenologia permite a imersão na subjetividade, ir às coisas que se apresentam ocultas e dessa forma compreender o fenômeno a partir da consciência intencional do ser, de forma singular, pois cada indivíduo vivencia uma mesma situação de forma diferente. Por esse motivo, a fenomenologia tem sido utilizada nos estudos da enfermagem, pois é uma possibilidade de nos mostrar a importância da realização do cuidado para além do factual, do que se mostra, sendo necessário desvelar o ontológico para dessa forma cuidarmos do ser (SILVA *et al.*, 2013).

O método fenomenológico apresenta-se como desafio de pensar a possibilidade de romper o cotidiano da prática diária, consubstanciado por modelos pré-estabelecidos e permitir um modo-de-ser diferenciado, autêntico, não meramente executado pela ocupação na realização do atendimento, mas, por outra via, preocupado com o outro, pessoa que recebe o cuidado e que pode significá-lo como bem-estar e conforto. A trilha da fenomenologia constitui-se em alternativa de investigação que contribui efetivamente para um novo olhar sobre os seres, os espaços e o vivido pela enfermagem (TERRA *et al.*, 2006).

O precursor desse movimento foi o filósofo Edmun Husserl na tentativa de explicar atos e pensamentos humanos e a superação da oposição tradicional entre racionalismo e empirismo. A base da fenomenologia husserliana é a intencionalidade da consciência a qual está sempre direcionada para algo, a consciência sempre é consciência de alguma coisa (PEIXOTO, 2011).

A fenomenologia proposta por Husserl tem como direção “ir às coisas mesmas”, tendo a descrição fenomenológica com proposta de evidenciar o fenômeno em si mesmo (GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

Husserl teve alguns seguidores, entre eles Martin Heidegger, filósofo, alemão e professor, sendo sua obra mais importante o *Ser e Tempo* (1927), a qual apresenta o homem como expressão ontológica, discutindo a existência do ser a partir da facticidade (PEIXOTO, 2011).

Segundo Heidegger, o fenômeno se mantém velado frente ao que se mostra, sendo necessária a redução de pressupostos para desvelar o que está oculto frente ao que se mostra (GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

Heidegger passa utilizar a via da fenomenologia do *Daisen*, “onde esse se refere ao existir humano que se dá como um acontecer (sein) que se realiza aí (Da), no mundo, sendo o próprio existir que constitui o aí em que se dá a existência” (MOREIRA, 2010, p. 727).

Assinala Martin Heidegger (2014, p. 66):

A palavra fenomenologia exprime uma máxima que se pode formular na expressão: “para as coisas elas mesmas!”- por oposição às coisas soltas no ar, às descobertas acidentais, à admissão de conceitos só aparentemente verificados, por oposição, a pseudoquestões que se apresentam muitas vezes como “problemas”, ao longo de muitas gerações.

A fenomenologia Heideggeriana traz a possibilidade do cuidado autêntico, um cuidar com base em uma postura de ouvir buscando a priorização de cuidados para o conforto da mulher, um cuidado compartilhado, mediado pelo modo de ser-com-o-outro (SILVA *et al.*, 2013).

Portanto, o desenvolvimento desse estudo será norteado pela fenomenologia e fundamentado no pensamento teórico e metodológico de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2014).

“Dentro do estudo da fenomenologia, o método de Heidegger é uma estratégia filosófica voltada para a compreensão do ser humano que possibilita a viabilização da escolha de modos de ser e de cuidar, ponderando a expressão subjetiva da pessoa cuidada” (SILVA *et al.*, 2013, p. 169).

Heidegger, buscando compreender os entes dotados do ser da presença, desenvolveu um pensamento próprio de interpretação e análise (SALIMENA, 2007).

Para Heidegger, ser é algo que se torna manifesto, compreendido e conhecido para o humano, denominado por ele *ser-aí*, *ser-no-mundo*, e as características que permitem o *ser-aí* se manifestar são denominadas de ontológicas. Porém, tudo que o homem percebe de imediato é ôntico, que é a instância dos fatos. Assim, as características ontológicas desvelam o *ser-no-mundo*, e os aspectos ônticos dizem respeito aos entes (SALES, 2008).

Chamamos de “ente” muitas coisas e em sentidos diversos. Ente é tudo de que falamos, dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado, no teor e recurso, no valor e validade, na pré-sença, no “há”. (HEIDEGGER, 2014, p.42)

Heidegger, em sua analítica existencial, parte do ente, que nós próprios somos, e que ele nomeia de *daisen*, caminhando do ôntico ao ontológico, ou seja da explicação de como o *daisen* vivencia sua facticidade em *estar-no-mundo* para a explicitação da compreensão do ser.

Como ser constitui o questionado e ser diz sempre ser de um ente, o que resulta como interrogado na questão do ser é o próprio ente. Mas, para se poder apreender sem falsificações os caracteres de seu ser, o ente já deve se ter feito acessível antes, tal como é em si mesmo. (HEIDEGGER, 2014, p. 42)

A presença, o *Daisen*, vai se compreender a partir da existência. Heidegger chama de existência o próprio ser com o qual a presença pode se relacionar de diversas maneiras e com a qual ela sempre se relaciona de alguma maneira. A existência só poderá ser esclarecida pelo próprio existir (HEIDEGGER, 2014).

O *Daisen*, segundo Heidegger (2014), encontra-se aberto a possibilidades na sua *ex-sistência* que para o filósofo compreende aquilo que se desvela sendo constituída pela facticidade, a decadência e a transcendência.

“A facticidade, como o estar-aí, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas; a decadência como modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal e caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambiguidade; e a transcendência, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido”. (MONTEIRO *et al.*, 2006, p. 299)

Nós, seres humanos, somos, para Heidegger, “antes de tudo e na maioria das vezes”, aquilo que determinam que sejamos. É no cotidiano que o ser-aí pode se mostrar de maneira inautêntica e envolvido com as ocupações sendo à maneira de todos, sendo na dimensão existencial do cotidiano que estamos no nosso factual, onde nos localizamos e estamos expostos ao falatório, à tagarelice e à ambiguidade (HEIDEGGER, 2014).

Assim, o ser encontra-se *lançado-no-mundo*, e nesse estar “lançado” tem a possibilidade de viver de maneira inautêntica ou autêntica (SALES, 2008).

Colocar-se de um modo autêntico é colocar-se diante de tudo que se apresenta no cotidiano de um modo diferente, não fugindo do convívio social e renegando o outro. É uma possibilidade de um poder ser todo, que é inerente à constituição ontológica de cada *Daisen*. Para que isso seja possível, é necessário sair da impessoalidade, ou do modo de ser inautêntico. Porém, o encontrar-se decaído, permanecer fora da propriedade não exige nenhum esforço ontológico; via de regra, o ente sempre já se encontra no modo de ser impróprio (BILIBIO, 2013).

Dessa forma, a angústia faz-se fundamental para esse processo de transição da inautenticidade para a possibilidade da autenticidade, surgindo como um aspecto ontológico decisivo. Trata-se, de acordo com Heidegger, da angústia da escolha ontológica do *Daisen* o qual está lançado no mundo e que na maioria das vezes

encontra-se decaído na impessoalidade, e não a angústia de um sentimento afetivo (BILIBIO, 2013).

A angústia é o *Dasein* afetado pelo mundo que se abriu em sua totalidade. Seria como aquele sentimento de não se sentir em casa, é estar fora do conforto da impessoalidade. Sendo assim, a angústia implica uma necessidade de ação para assumir a condição ontológica de que se é *Daisen* (BILIBIO, 2013).

Portanto, o *Daisen* pode escolher ou não a si mesmo, ele pode escolher pela maneira própria, autêntica ou imprópria, inautêntica; essas expressões não possuem um sentido de avaliação, não indicam um grau maior ou menor de ser por parte do *Daisen*, indica apenas o modo que esse pode se remeter a este ser (HEIDEGGER, 2014).

A fenomenologia heideggeriana nos leva a compreender que conviver no cotidiano de ações da enfermagem é um desafio que remete a um novo olhar para a magnitude do cuidado. Quando Heidegger nos remete à questão do ser autêntico, reporta ao cuidar de forma individualizada, em um envolvimento voluntário, sem a condição de obrigatoriedade ou modismo; um cuidado com liberdade e responsabilidade que possa contribuir para o comprometimento com o ser humano de modo harmonioso com a natureza, o que se pretende buscar ao questionarmos as diversas intervenções desnecessárias realizadas no trabalho de parto e parto que se configuram em uma forma de violência (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).

IV CAMINHOS DO ESTUDO

4.1 Cenário

O estudo foi realizado em uma instituição filantrópica de referência do interior do estado de Minas Gerais. Trata-se de um hospital de grande porte que atende diversas especialidades e conta com uma maternidade de alto risco (BRASIL, 2013c).

Sua maternidade é composta por um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (BRASIL, 2013d), com 32 leitos de alojamento conjunto, sendo vinte e três destinados ao SUS e nove aos planos de saúde privados. A instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança. A Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC) foi criada em 1989 pela Organização Mundial da Saúde, sendo desenvolvida no Brasil a partir de 1992. Seu objetivo é mobilizar as maternidades na adoção dos “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno”. Para que a instituição seja credenciada, é necessário que os dez passos estejam implementados e passem por uma avaliação, a qual é realizada por avaliadores externos através de entrevistas com gestantes, mães e colaboradores (OLIVEIRA e ESPIRITO SANTO, 2013).

A Unidade Neonatal é composta por dezoito leitos, e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica possui dez leitos. É uma instituição de destaque regional no atendimento à gestação de alto risco.

Além da assistência terciária, a instituição fornece assistência no nível secundário através do ambulatório de obstetrícia destinado à realização de pré-natal para gestação de alto risco.

Na maternidade, atuam médicos obstetras e pediatras neonatologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, assistente sociais, nutricionistas, fonoaudiólogas e psicólogas. O hospital possui o programa de residência médica, e, dessa forma, atuam também no setor residentes de obstetrícia e pediatria. São treze médicos obstetras plantonistas, cinco pediatras neonatologistas, cinco enfermeiras, treze técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta que trabalham diretamente nesse cenário.

Mensalmente são realizados em média sessenta partos vaginais e noventa cesáreas, constituindo 60% de cesáreas e 40% de partos vaginais, sendo que o

recomendado pela OMS é uma taxa de 15% de cesáreas. No caso de Maternidades de Alto Risco, é aceitável uma taxa de até 30% de cesáreas, ou seja, essa maternidade não destoa da grande parte das maternidades do país que mantêm as taxas de cesáreas elevadas (PATAH e MALIK, 2011).

Atuei nesse cenário como enfermeira por três anos e quatro meses, sendo um local de grande aprendizado, onde surgiram minhas inquietações quanto à forma com que vem sendo conduzido o trabalho de parto e parto. Essa experiência foi essencial para minhas reflexões acerca do modelo de saúde que reproduzimos de maneira rotineira nas maternidades, impedindo-nos de valorizar a singularidade da mulher, do recém-nascido e da família que buscam assistência.

Para o desenvolvimento do estudo, foi solicitada autorização à Diretora da Faculdade de Enfermagem (Anexo I), ao Diretor Geral do hospital (Anexo II) e a Diretora do Serviço de Enfermagem (Anexo III) do local em que foi realizado o estudo. E, atendendo as questões éticas, conforme a Resolução n. 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o número do parecer: 511.468.

Em 28 de julho de 2014, iniciei minhas entrevistas e essas ocorreram no período de um mês. Sendo enfermeira do cenário, estava familiarizada com o ambiente, com as rotinas e as particularidades, porém tive que redirecionar meu olhar sobre o cenário, adentrando-o agora como enfermeira pesquisadora e não como enfermeira assistencial. E como pesquisadora havia definido o local em que realizaria o encontro fenomenológico e como ocorreria a escolha das participantes. Como mulheres que vivenciam o parto vaginal permanecem internadas normalmente por apenas 24 horas, em média dentro de 12h desse período era realizada a seleção das púerperas para participação do estudo.

4.2 Depoentes

Ao buscar desvelar os significados do vivido do trabalho de parto e parto, busquei como depoentes mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, parto e nascimento hospitalar.

Para seleção das participantes, todos os dias durante o período de coleta dos depoimentos, acessava o prontuário eletrônico, ao chegar no setor, para identificar as puérperas que haviam vivenciado o trabalho de parto em um período de 12h. Após essa primeira seleção, identificava se essas puérperas respondiam aos critérios de inclusão através dos dados do prontuário eletrônico. Posteriormente me aproximava dessas mulheres para explicar o estudo e as convidava para participarem do estudo. Esse primeiro encontro ocorria nas enfermarias e algumas vezes na sala de pré-parto.

Os critérios de inclusão utilizados para a escolha das depoentes foram: serem maiores de dezoito anos e terem vivenciado o trabalho de parto. As mulheres entrevistadas apresentaram idade entre vinte e trinta anos.

Foram realizadas quinze entrevistas, treze participantes vivenciaram o parto vaginal, e duas foram submetidas a cesáreas de emergência, porém vivenciaram o trabalho de parto.

Todas as depoentes realizaram pré-natal e apenas uma não realizou o pré-natal pelo SUS.

4.3 Os movimentos da Etapa de Campo

A metodologia de natureza qualitativa apresentou-se como caminho para atender ao objeto e objetivo do estudo proposto, pois, ao investigar o significado para as mulheres do vivido do parto na instituição hospitalar, busquei a compreensão dessa experiência.

Para alcançar essa compreensão na pesquisa qualitativa, é necessário que a singularidade do indivíduo seja valorizada, e essa é alcançada pela subjetividade que é uma manifestação do viver total. Porém, devemos considerar que toda experiência e vivência do ser humano ocorrem no interior de uma história coletiva; além disso, são influenciadas pela cultura em que estão inseridas, sendo contextualizadas (MINAYO, 2012).

Assim, esse tipo de pesquisa pela sua natureza tem como característica a capacidade de contemplar um estudo mais fidedigno através da realização de uma

investigação que objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão das situações bem como interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar (MINAYO, 2013).

Portanto, essa pesquisa foi uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-metodológico-filosófico fundamentado em Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2014).

Nessa abordagem, utilizamos para análise dos depoimentos o movimento analítico-hermenêutico heideggeriano, no qual buscamos desvelar como a mulher significa o processo de parturição no âmbito hospitalar. Para isso, perguntamos ao ente para acessar o ser, e esse perguntar foi realizado através da pesquisa fenomenológica (PAULA *et al.*, 2012).

A fenomenologia como modalidade de acesso aos participantes possibilita um movimento de compreensão do vivido do ser humano, tal como se apresenta na sua vivência cotidiana. Nesse sentido, ao se propor o desafio de compreender o homem, a fenomenologia nos convoca a ter uma visão holística do mesmo, possibilitando a exploração e discussão de problemas do cotidiano da enfermagem, emergindo numa práxis criativa e intencional (SALIMENA, 2000).

Assim, para realização da entrevista fenomenológica, após selecionar as mulheres (maiores de 18 anos e que vivenciaram o trabalho de parto), foram realizadas as explanações sobre o estudo e sua importância, e as mesmas foram convidadas a participarem do estudo, com as respectivas anuências. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram solicitadas suas assinaturas, atendendo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O termo foi elaborado em duas vias, uma para a pesquisadora e a outra para a depoente, através de formulário próprio que assegura o anonimato, visando, sobretudo, proteger sua privacidade. Além disso, foi explicitado que se trata de uma pesquisa de risco mínimo por ser somente coleta de depoimento (Apêndice A).

Para garantir o anonimato, foram utilizados codinomes escolhidos pela própria pesquisadora. Foram utilizados nomes de aves como forma de simbolizar a sabedoria, a divindade e a liberdade da mulher em processo de parturição. As aves preparam o ninho para a chegada dos seus filhotes, fazem verdadeiras incubadoras para eclosão dos ovos, geralmente em locais altos e protegidos dos predadores, e

cada espécie tem uma forma singular de construção de seu ninho. As mulheres, durante a gestação, também preparam seus “ninhos” para chegada de seus bebês de forma singular para que sejam recebidos em ambientes acolhedores e seguros. Foram escolhidas as seguintes aves: Andorinha, Garça, Gaivota, Canário, Beija-flor, Flamingo, Sabiá, Harpia, Asa Branca, Bem-te-vi, Cegonha, Quero-quero, Águia, Rendeira, Arara.

A entrevista fenomenológica é um encontro, e, para que esse se concretize, é necessária a redução de pressupostos por parte do pesquisador, possibilitando o estabelecimento de uma relação de empatia com a participante. Para conquistar essa empatia, precisamos de um ambiente físico em que a participante sinta-se à vontade, de uma abordagem adequada que consiga criar a empatia e de uma questão norteadora clara e objetiva. Com esses aspectos interligados, podemos interrogar a depoente, e, dessa forma, teremos a possibilidade de conseguir que a mesma compartilhe sua experiência da vivência do trabalho de parto e parto (SIMÕES e SOUZA, 1997b).

Para realização desse encontro fenomenológico, é necessário que o pesquisador esteja aberto para a escuta, suspendendo os nossos pressupostos e estando atento aos modos de se mostrar da depoente, para, assim, captar as diversas formas de expressão como o silêncio, os gestos e respeitando o momento do outro.

O local escolhido para o encontro foi a enfermaria, pois na maioria das vezes a mulher tinha poucas horas do pós-parto e assim sentia-se mais confortável no leito, além disso, o bebê encontrava-se com ela nesse local. Meu receio inicial em realizar a entrevista nesse ambiente era que a presença do acompanhante e de outras pessoas na enfermaria inibisse a depoente, porém, na primeira entrevista, percebi que, ao contrário, a presença de outras pessoas tornava o ambiente mais descontraído e informal, deixando a mulher mais à vontade para se expressar.

A entrevista iniciou-se com a questão norteadora (Apêndice B): Como foi para você a experiência do trabalho de parto e parto desde o momento em que entrou na sala do pré-parto? E no decorrer na entrevista foram formuladas questões empáticas para conduzir a entrevista de forma a não induzir as repostas, sendo destacadas questões expressas pelas puérperas realizando o aprofundamento das mesmas para compreensão dos possíveis significados apontados pelas mulheres. Para finalizar a entrevista, era realizado um *feedback* perguntando se a puérpera gostaria de dizer mais alguma coisa (PAULA, CABRAL e SOUZA., 2011).

Confesso que fiquei bastante apreensiva antes da realização dos encontros fenomenológicos. Cheguei até a adiar o seu início com medo de não conseguir criar uma relação de empatia, um *estar-com* que pudesse se abrir como possibilidade de transcender a esfera ôntica e assim desvelar o fenômeno. Porém, na primeira entrevista, fui surpreendida pela forma com que se conduziu o encontro com a puérpera. A conversa fluiu de forma serena e espontânea, e, a partir desse momento, eu me senti mais segura para os próximos encontros.

Percebi, então, que fui beneficiada por atuar no campo de pesquisa e sempre ter trabalhado com gestantes, parturientes e puérperas. Esse fato me tornou mais próxima do vivido das depoentes, facilitando minha aproximação com essa mulher. Segundo Boemer (1994), “quanto maior a vivência do pesquisador com o tema que está sendo estudado, quanto maior o seu pré-reflexivo, mais ele saberá ler as descrições e dizer do significado nelas contido”.

No momento da entrevista, expliquei às depoentes a necessidade da gravação dos depoimentos em mídia digital (iphone) para que pudessem ser transcritos posteriormente. A transcrição era realizada por mim imediatamente após os encontros, sendo lidas e relidas quantas vezes necessárias, buscando a fidelidade da linguagem da puérpera de forma a garantir seu fiel pensamento, sua expressão e captação das estruturas essenciais. Além disso, durante os encontros, também foi observada atentivamente a expressão das depoentes, reveladas em gestos ou outras manifestações, registrando tais impressões em diário de campo.

As entrevistas foram gravadas em CD e permanecerão arquivadas durante cinco anos pela pesquisadora, assim como os demais registros realizados.

Após a realização das entrevistas, transcrição das mesmas e releitura do diário de campo, iniciei um momento de reflexão caminhando dessa forma para o movimento analítico hermenêutico proposto por Heidegger, o qual se compõe de dois momentos: a compreensão vaga e mediana e a hermenêutica (HEIDEGGER, 2014).

O modo como esse encontro se deu possibilitou acessar o ente de maneira com que ele pode *“mostrar-se em si mesmo e por si mesmo”*, dessa forma a interpretação desse encontro se deu através da presença a qual se mostrou *“tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade mediana”*, sendo retiradas as estruturas essenciais dessa cotidianidade (HEIDEGGER, 2014, p. 54).

Nesse primeiro momento do movimento analítico hermenêutico, a compreensão vaga e mediana, buscou-se explicitar como a mulher compreendeu o

vivido do trabalho de parto, parto e nascimento hospitalar sem realizar interpretações dos sentidos trazidos por elas, mas abrindo o horizonte para se desvelar as facetas do fenômeno investigado (HEIDEGGER, 2014).

Para auxiliar a realização dessa primeira parte de análise das entrevistas foi utilizado um software - Open Logos - o qual auxilia a análise qualitativa de documentos e de textos não estruturados. Para utilização do mesmo, são necessárias várias leituras das entrevistas para podermos criar um livro de códigos, que são frases ou mesmo palavras que representam as falas das depoentes. Nessa fase de criação do livro de códigos, consegui extrair as expressões e as palavras a que as puérperas mais deram destaque durante a entrevista. Trechos relacionados a essas foram selecionados e associados aos códigos criados. Após esse processo, o programa nos fornece todos os trechos destacados, separando-os por depoente em um documento à parte, facilitando a leitura e análise dessas falas e possibilitando uma melhor compreensão do *modo-de-ser* no *cotidiano*.

A seguir demonstro todas as etapas realizadas nessa fase de análise dos depoimentos utilizando o software - Open Logos.

1- Após ouvir várias vezes atentivamente os depoimentos e transcrevê-los, transferimos os mesmos para o programa:

entrevista 3

Arquivo Editar

P: Como foi sua experiência do parto desde o momento que você entrou na sala do pré-parto, em relação aos profissionais como foi a conduta, como você achou que foi o atendimento, e qualquer outra que quiser falar.

E: Quando eu cheguei eu já estava com sete centímetros de dilatação, eu já tava com a dorzinha mais forte, porque como eu já tive o primeiro filho já, eu pensei vou esperar um pouquinho em casa, apertar um pouquinho bem, depois eu desço. O rapaz me internou lá em baixo e me mandou subir, o médico me internou mandou subir pra eu ficar internada. Quando eu cheguei no quarto as meninas foram me conhecer, saber quem era, o nome, aí já foi ver quanto tava de dilatação também, de contração, me receberam super bem. Perguntaram se eu queria colocar o soro, eu optei pelo soro, porque é melhor, alivia, assim a dor vem mais forte, mais passa mais rápido, ah valeu a pena, fui muito bem tratada, todo muito me tratou bem, desde a noite, todo mundo. E eu calma, cheguei numa calma, numa tranquilidade, só na hora que foi nascer mesmo que eu tive que fazer muita força, que eu gritei, que eu soltei tudo que tinha que soltar, os gritos, mas foi muito tranquilo, me receberam muito bem, fui muito bem atendida.

P: Como você se sentiu lá dentro.

E: Eu senti assim, que na hora que vinha aquela dor, as meninas me incentivavam, vai, ouvi a voz que me da força, quando você escuta alguém falando com você, acabava fortalecendo mais, eu ganhei muita força. Quando a Carol tava do meu lado eu peguei na mão dela no final te fortalece ver o acompanhante, também te ajuda bastante. Deu tudo certo assim, na hora que elas foram falando eu fui escutando a voz delas assim, fui fazendo tudo de acordo com que elas falavam, deu certinho graças a Deus.

P: Quando eu entrei lá dentro você já estava com sete centímetros e estava tranquila, sem dor e depois que colocou o soro...

E: A dor começou a apertar, me colocaram no chuveiro, que ajudou bem, que lá no chuveiro parece que eu senti um estalo que arrebitou alguma coisa, que já ia nascer mesmo, já mandaram pro quarto, já foi o trabalho de parto e tudo. O chuveiro adiantou bastante. Quando pós a coluna pra molhar as costas aí foi a hora que ela veio com força mesmo.

P: Na hora que fui lá dentro você comentou que estava ardendo...

E: O ponto no caso é o que agente acaba sentindo, que tem algumas camadas, são três camadas, na terceira já dá pra sentir a dor, mas não é nada além do que, já passou pelo parto. A anestesia não para de doer, eu não gosto de anestesia não, eu prefiro sentir a dor, vai ter que acabar uma hora, então não adianta, já passei pelo pior. O pior foi o parto, no momento de nascer mesmo, que é uma dor muito intensa, você passou por aquela dor ali, você passa por qualquer outra, foi tranquilo. Soltei tudo ali, que ali eu sabia que se eu gritasse, colocasse tudo pra fora, ela ia sair de uma vez, eu precisava ajudar ela, eu vou fazer, aí fui comecei a gritar, aí ela saiu rapidinho. Foi Deus que me deu força também, é Deus que ajuda agente também, quanto a isso não tem explicação, pra mim foi Deus, as meninas ajudando.

P: Você gostaria de falar mais alguma coisa...

E: A melhor parte de tudo foi ver o rosto dela, foi quando eles colocaram ela aqui, eu fiquei com muito medo durante a gravidez, porque na primeira gestação do meu menino ele deu má formação na mão direita, aí eles falaram que na segunda ia nascer tudo deformado, na primeira já falaram, por causa do B negativo, tipo sanguíneo, me fizeram muito medo. E eu fiquei nove meses com medo, com medo de acontecer alguma coisa. Quando eu engravidei dela, tomei anticoncepcional só que não fez efeito, aí eu pronto agora esse remédio é forte ainda veio isso tudo na minha cabeça. Aí quando colocaram ela aqui, eu vi ela bem, aquela coisa, aí eu falei aí meu Deus, que alívio de ver. A melhor sensação que tem não é carregar na barriga não é pegar e sentir que tá do seu lado, foi a melhor parte de tudo foi pegar eu vi ela acabou, eu tinha que ver sabe, eu tava preocupada. Eu tava com a minha cabeça quente sabe, muito preocupada, aquele coombs indireto eu tive que fazer direto, de positivo eu tive que fazer a injeção e atrapalhar, eu ficava com medo, mas tá minha linda, milagre.

POR 13:37
PTB2 20/05/2015

analise

Arquivo Documento

	[Item]	Descrição	Data
1	entrevista 4	canário	05/08/2014
2	entrevista 1	andorinha	27/07/2014
3	entrevista 10	bem-te-vi	14/08/2014
4	entrevista 11	cegonha branca	16/08/2014
5	entrevista 12	quero-quero	18/08/2014
6	entrevista 13	águia	18/08/2014
7	entrevista 14	carcará	20/08/2014
8	entrevista 15	pardal	21/08/2014
9	entrevista 2	garça	29/07/2014
10	entrevista 3	gaiivota	04/08/2014
11	entrevista 5	beija-flor	06/08/2014
12	entrevista 6	flamingo	07/08/2014
13	entrevista 7	sabiá	11/08/2014
14	entrevista 8	harpia	12/08/2014
15	entrevista 9	asa branca	03/12/2014

N. regs. 15

11:22
20/05/2015

2- Após várias leituras do impresso com os depoimentos, destaquei as estruturas essenciais e optei em fazer a distribuição cromática das mesmas. Depois de realizado esse movimento, foi possível construir as Unidades de Significação (US). O *caput* (o enunciado) da unidade é realizado a partir das US, sendo criado a partir das falas da depoentes, proporcionando uma aproximação com a sua vivência. Assim criei o livro de códigos solicitado pelo programa com essas US, utilizando como código a unidade.

Posteriormente vamos até os depoimentos destacando os trechos correspondentes a cada código (que nesse caso são as US). O nome da unidade (que se encontra em azul) é colocado entre esses trechos como está demonstrado:

entrevista 3

Arquivo Editar

P: Como foi sua experiência do parto desde o momento que você entrou na sala do pré-parto, em relação aos profissionais como foi a conduta, como você achou que foi o atendimento, e qualquer outra que quiser falar.

E: Quando eu cheguei eu já estava com sete centímetros de dilatação, eu já tava com a dorzinha mais forte, porque como eu já tive o primeiro filho já, eu pensei vou esperar um pouquinho em casa, apertar um pouquinho bem, depois eu desço. O rapaz me internou lá em baixo e me mandou subir, o médico me internou mandou subir pra eu ficar internada. Quando eu cheguei no quarto as meninas foram me conhecer, saber quem era, o nome, aí já foi ver quanto tava de dilatação também, de contração, me receberam super bem.

[[Algunsasentimentalviadascomasintervençoesobstetricasoutrassentimentesconfortáveis]] Perguntaram se eu queria colocar o soro, eu optei pelo soro, porque é melhor, alivia, assim a dor vem mais forte, mais passa mais rápido, ah valeu a pena,

[[Algunsasentimentalviadascomasintervençoesobstetricasoutrassentimentesconfortáveis]] fui muito bem tratada, todo muito me tratou bem, desde a noite, todo mundo. E eu calma, cheguei numa calma, numa tranquilidade, só na hora que foi nascer mesmo que eu tive que fazer muita força, que eu gritei, que eu soltei tudo que tinha que soltar, os gritos, mas foi muito tranquilo, me receberam muito bem, fui muito bem atendida.

P: Como você se sentiu lá dentro.

E: [[Harelatosdamporanciadapresençadosprofissionaisnomomentodopartoatraztraztranquilidadefacilitandootrabalhodeparto]] Eu senti assim, que na hora que vinha aquela dor, as meninas me incentivavam, vai, ouvi a voz que me da força, quando você escuta alguém falando com você, acabava fortalecendo mais, eu ganhei muita força. [[Harelatosdamporanciadapresençadosprofissionaisnomomentodopartoatraztraztranquilidadefacilitandootrabalhodeparto]] Quando a Carol tava do meu lado eu peguei na mão dela no final te fortalece ver o acompanhante, também te ajuda bastante. [[Harelatosdamporanciadapresençadosprofissionaisnomomentodopartoatraztraztranquilidadefacilitandootrabalhodeparto]] Deu tudo certo assim, na hora que elas foram falando eu fui escutando a voz delas assim, fui fazendo tudo de acordo com que elas falavam, deu certinho graças a Deus. [[Harelatosdamporanciadapresençadosprofissionaisnomomentodopartoatraztraztranquilidadefacilitandootrabalhodeparto]]

P: Quando eu entrei lá dentro você já estava com sete centímetros e estava tranquila, sem dor.

E: [[Algunsasentimentalviadascomasintervençoesobstetricasoutrassentimentesconfortáveis]] mandaram pro quarto, já foi o trabalho de parto e tudo. O chuveiro adiantou bastante. Quando p

P: Na hora que fui lá dentro você comentou que estava ardendo...

E: O ponto no caso é o que agente acaba sentindo, que tem algumas camadas, são três camadas que acabar uma hora, então não adianta, já passei pelo pior.

[[Aexperienciadotrabalhodepartoenvistacomodolorsaedesesperadora]] O pior foi o parto, no

[[Aexperienciadotrabalhodepartoenvistacomodolorsaedesesperadora]] , foi tranquilo. Soltei tudo me deu força também, e é Deus que ajuda agente também, quanto a isso não tem explicação, pra

P: Você gostaria de falar mais alguma coisa...

E: A melhor parte de tudo foi ver o rosto dela, foi quando eles colocaram ela aqui, eu fiquei com primeira já falaram, por causa do B negativo, tipo sanguíneo, me fizeram muito medo. E eu fiquei veio isso tudo na minha cabeça. Ai quando colocaram ela aqui, eu vi ela bem, aquela coisa, ai eu fui eu tinha que ver sabe, eu tava preocupada. Eu tava com a minha cabeça quente sabe, muito pre

thuveiro parece que eu senti um estalo que arrebotou alguma coisa, que já ia nascer mesmo, já

ssentimentalviadascomasintervençoesobstetricasoutrassentimentesconfortáveis]]

to. A anestesia não para de doer, eu não gosto de anestesia não, eu prefiro sentir a dor, vai

al, você passa por qualquer outra

, eu precisava ajudar ela, eu vou fazer, aí fui comecei a gritar, aí ela saiu rapidinho. Foi Deus que

má formação na mão direita, aí eles falaram que na segunda ia nascer tudo deformado, na

ela, tomei anticoncepcional só que não fez efeito, aí eu pronto agora esse remédio é forte ainda

ga não é pegar e sentir que tá do seu lado, foi a melhor parte de tudo foi pegar eu vi ela acabou,

a injeção e atrapalhar, eu ficava com medo, mas tã minha linda, milagre.

Livro de códigos

Códigos	Definição
Aescolhidotipodepartoefeitop	Importância do profissional estar presente, ajudar, acompanhar a parturiente.
Aexperienciadotrabalhodeparto	
Algunsasentimentalviadascom	
Harelatosdamporanciadapresen	
dor e medo	

POR 11:37
PTB2 20/05/2015

3- Após essa etapa de identificação dos trechos correspondentes às Unidades nos depoimentos, o programa nos possibilita extrair as seleções realizadas no texto, e é essa ferramenta do programa que foi utilizada para análise vaga e mediana. Vejam que, ao selecionar a opção extrair seleção do texto, abre-se essa janela com o nome Lista seções codificadas; no lado esquerdo da tela, aparecem os códigos criados (que no caso são as US), então seleciono a Unidade que quero que seja extraída do texto, e, do lado direito, aparece o texto com todos os trechos correspondente àquela unidade.

The screenshot shows a software window titled "analise" with a menu bar (Arquivo, Documento) and a toolbar. A table lists 15 interview items with columns for Item, Descrição, and Data. Item 10 is highlighted. A dialog box titled "Lista seções codificadas" is open, showing a list of codes on the left and a text preview on the right. The code "Harelatos da importância da dor e medo" is selected. The text preview shows the beginning and end of the selected item, with the main body of text in between.

[Item]	Descrição	Data
1	entrevista 4 canário	05/08/2014
2	entrevista 1 andorinha	27/07/2014
3	entrevista 10 bem-te-vi	14/08/2014
4	entrevista 11 cegonha branca	16/08/2014
5	entrevista 12 quero-quero	18/08/2014
6	entrevista 13 águia	18/08/2014
7	entrevista 14 carcará	
8	entrevista 15 pardal	
9	entrevista 2 garça	
*10	entrevista 3 gaivota	
11	entrevista 5 beija-flor	
12	entrevista 6 flamingo	
13	entrevista 7 sabiá	
14	entrevista 8 harpia	
15	entrevista 9 asa branca	

Lista seções codificadas

Códigos

- A escolhadotipodepartoefei
- A experienciadotrabalhodep
- Algumassestemalviadasc
- Harelatos da importância da dor e medo

Texto

Início do item [entrevista 9]

 os médicos foram bem atenciosos, conversou comigo, cada medicação que eles iam me dando eles iam falando isso aqui é oxigênio, soro, ai eu vou colocar esse remedinho aqui, agora estou te dando anestesia. Ai assim eles foram bem atenciosos, o momento todo explicando tudo

 Atenção, assim no parto a atenção.

 Ai eu peguei e falei pelo amor de Deus eu preciso dar a mão a alguém, ai veio a enfermeira e falou pode segurar minha mão, ai eu segurei a mão dela , o tempo todo eles me explicando.

 Fim do item [entrevista 9]

N. regs. 15

POR 14:04
PTB2 20/05/2015

4- Após selecionar a Unidade, o programa fornece um texto com todos os trechos referentes a US e temos a opção de gravá-la em um arquivo. Nesse arquivo, vem o nome da Unidade na parte superior e, abaixo dela, sua definição. A seguir vêm os trechos extraídos do texto e a qual entrevista eles correspondem.

```

Há relatos da importância da pré-sença dos profissionais - Bloco de notas
-----
*****
Código [Hárelatosdaimportanciadapresencadosprofissionaisnomomentodopartoqualtrastranquilidadefacilitandootrabalhodeparto]
Importância do profissional estar presente, ajudar, acompanhar a parturiente.
*****
-----
Início do item [entrevista 10]
-----
na hora que ele tava quase na hora dele nascer já veio a enfermeira me ajudando também. Eu senti tanta dor, mas no momento eu fiquei muito tranqüila, nem fiquei assim,
Fim do item [entrevista 10]
-----
Início do item [entrevista 11]
-----
Me trataram bem, falaram que eu fui bem boazinha que nem dei trabalho nenhum, fui bem tratada.
Fim do item [entrevista 11]
-----
Início do item [entrevista 12]
-----
O carinho da médica, me acalmou muito, me trouxe paz e tranqüilidade que eu precisava.
Fim do item [entrevista 12]
-----
Início do item [entrevista 13]
-----
A paciência .
Fim do item [entrevista 13]
-----
Início do item [entrevista 14]
-----
Foram bem pacientes, bem compreensivos, sabe, em determinados momentos, bem explicativos sabe . Bem bacana , eu gostei, não posso reclamar de nada, graças a Deus.
-----

```

O uso do software - Open Logos - permitiu uma melhor organização e visualização das US. O texto que o programa nos fornece permite sabermos de qual depoimento foi extraído o trecho que nós selecionamos como estruturas essenciais, portanto ele não realiza nenhum tipo de análise, servindo apenas para nos auxiliar na separação dos trechos por US. Além disso, ao transferir as entrevistas para o programa e realizar a seleção dos trechos, fazemos uma releitura, o que nos possibilita refletir melhor sobre as US.

Assim, após esse movimento, foi possível apreender como a mulher compreende o vivido do trabalho de parto e parto na instituição hospitalar, possibilitando captar os significados do seu modo-de-ser no cotidiano, sendo o que se mostra mais acessível na cotidianidade, estando na dimensão ôntica dos fatos (HEIDEGGER, 2014).

E, a partir dessa captação dos significados, caminhamos em direção aos sentidos, que é o que sustenta a interpretação. É o que precisa ser desvelado, ele está encoberto e precisa ser clarificado para se alcançar a dimensão ontológica do fenômeno (HEIDEGGER, 2014).

Na análise vaga e mediana, estamos no ôntico; nesse momento apenas explicitamos os significados para a mulher acerca da vivência do parto, porém os sentidos ainda se encontram velados. Nesse caminhar, vamos em direção à análise interpretativa ou hermenêutica para alcançarmos a esfera ontológica do fenômeno. E, para que seja possível esse caminhar, faz-se necessária a elaboração de um fio condutor que nos leve à elaboração do conceito de ser.

A partir da conquista do fio condutor, entramos no segundo momento do movimento analítico hermenêutico, que é a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Nesse momento, tratamos o desvelar do fenômeno, o qual permite clarificar os sentidos do vivido alcançando a dimensão ontológica, permitindo assim ampliar as possibilidades de cuidado de enfermagem à parturiente nas instituições hospitalares (PAULA *et al.*, 2012).

V ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1- Historiografia e Historicidade das depoentes

A historiografia é composta pela dimensão ôntica dos fatos (PAULA *et al.*, 2012), a qual contextualiza o quem do ser-mulher-que-vivenciou-o-trabalho-de-parto-parto-e-o-nascimento. A presença se assume no modo do ser do questionamento dos fatos historiográficos, pois somente se apropriando da dimensão ôntica é que se pode entrar na posse integral das possibilidades de desvelamento do fenômeno (HEIDEGGER, 2014).

Já a historicidade anuncia a dimensão fenomenal ao considerar o vivido do humano em seu cotidiano, revela subjetividades e expressa a intersubjetividade do encontro (PAULA *et al.*, 2012).

Para a realização da historiografia, foram colhidas informações contidas no prontuário eletrônico como idade, número de gestações, número de partos e idade gestacional.

Na construção da historicidade, foi necessário lembrar o encontro, o que foi possível através da escuta dos depoimentos e releitura do diário de campo, quando foram realizadas anotações dos comportamentos expressos pelas depoentes como silêncio, sorrisos e lágrimas.

Quadro 1- Historiografia do ser-mundo

	Idade	Gestações	Partos	Abortos	Idade Gestacional (semanas)	Encontro
Andorinha	22	I	I	0	41	28/07/14
Garça	20	II	II	0	38	29/07/14
Gaivota	26	II	II	0	39	04/08/14
Canário	31	II	I	I	39	05/08/14
Beija-Flor	30	I	I	0	40	06/08/14
Flamingo	27	II	II	0	39	07/08/14
Sabiá	29	II	II	0	40	11/08/14
Harpia	19	II	II	0	39	12/08/14
Asa Branca	21	I	I	0	39	13/08/14
Bem-te-vi	22	I	I	0	39	14/08/14
Cegonha Branca	21	I	I	0	38	15/08/14
Quero-quero	27	I	I	0	39	18/08/14
Águia	22	I	I	0	29	19/08/14
Rendeira	28	II	II	0	39	20/08/14
Arara	20	I	I	0	41	21/08/14

Fonte: Prontuário Eletrônico das participantes acessado na etapa de campo da Pesquisa: Trabalho de Parto e Parto: Compreensão de mulheres e des-velamento da solicitude como possibilidade assistencial, de autoria de Michelle Barbosa Moratório - Mestranda do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Para a realização da entrevista fenomenológica foi necessária a suspensão dos preconceitos buscando a promoção de um encontro onde fosse estabelecida uma relação de empatia com a depoente, estando a pesquisadora atenta a todos os gestos e expressões, sendo, dessa forma, possível construir a historicidade de cada depoente: “A historicidade indica a constituição de ser do “acontecer”, próprio da presença como tal” (HEIDEGGER, 2014, p. 57).

Andorinha me recebeu com um lindo sorriso ao entrar na enfermaria no momento da visita de enfermagem. Perguntei como estavam as coisas, e logo ela começou a contar como foi sua experiência da gestação e do parto. Perguntei sobre a amamentação, e ela disse que o bebê ficava grandes intervalos sem amamentar, pois dormia muito tempo. Então expliquei sobre a amamentação e auxiliei a mesma a posicionar o bebê, ela mostrou-se bastante satisfeita. Contou-me que gostaria de ter realizado parto vaginal, pois assim poderia estar cuidando melhor do seu bebê, mas infelizmente teve que realizar uma cesárea porque falaram que ela não tinha “passagem”. Convidei a mesma para participar da pesquisa e ela aceitou prontamente. Assim, ao terminar meu horário de trabalho, retornei à enfermaria, e lá estava ela amamentando. Começamos a conversar e iniciamos a entrevista fenomenológica. Ela lembrou todo o seu caminho até aquele momento, contou-me com detalhes seu vivido do trabalho de parto e, quando relatou sobre o momento do nascimento, seus olhos ficaram lagrimejados e um sorriso se abriu. Ela entrelaçou sua mão com a do bebê e disse “graças a Deus deu tudo certo”.

Garça encontrava-se deitada na cama em posição fetal e com um olhar triste. Aproximei-me, perguntei como ela estava se sentindo e como tinha sido o seu parto. Ela me respondeu de prontidão: “foi horrível”. Convidei a mesma para participar da pesquisa, e ela aceitou. Quando retornei à enfermaria para a entrevista, a puérpera permanecia deitada na cama, o bebê encontrava-se no berço, e nesse momento havia uma acompanhante com ela. Garça mostrou-se bastante agitada e nervosa ao falar sobre o parto, com muitos sorrisos e silêncios entre as falas. Relatou o vivido do parto sempre enfatizando a paciência dos médicos, disse que ficou muito desesperada durante o trabalho de parto e, quando relatava esse evento, sua voz e seus gestos mostravam-se carregados de sentimentos de desespero. A entrevista foi finalizada com sua fala: “eu só lembro só que parecia que eu tava morrendo naquela sala”.

Gaivota estava na sala de pré-parto onde se encontrava em trabalho de parto e mostrava-se extremamente confiante de que correria tudo bem em seu parto. Contou-me que, de acordo com a avaliação médica, estava com sete centímetros de dilatação, e as contrações mantinham-se “leves”; naquele momento havia iniciado a infusão de soro com ocitocina. Ao retornar à sala mais tarde, o parto já havia ocorrido, e ela estava com o mesmo sorriso no rosto e com uma expressão serena. Parabenizei a mesma e fui ver o neném que estava no berço aquecido, peguei o mesmo e expliquei sobre amamentação, auxiliiei-a no posicionamento. O bebê abocanhava perfeitamente sua mama apresentando ótima pega e sucção, e a linda ave mostrou-se feliz e totalmente disposta a amamentar. Queixava-se um pouco de ardência ao se movimentar, perguntei a ela se haviam realizado episiotomia, e ela disse “o que?”. Expliquei que era um corte na região do períneo, e ela disse: “ah, uns pontinhos lá embaixo eu levei”. Convidei a puérpera para participar da pesquisa, e ela aceitou prontamente dizendo: “ajudo no que for possível”. Mais tarde fui à enfermaria, a mãe estava deitada, conversando com sua acompanhante, e o bebê encontrava-se no berço ao lado da cama, dormindo. A puérpera estava muito tranquila, e o clima que se estabeleceu foi de descontração. Contou-me sobre a gestação e sobre seu parto, disse que ficou com medo durante todo esse período devido a sua primeira gestação que foi complicada e, quando o bebê nasceu e ela viu que era perfeito, foi um grande alívio “eu ficava com medo, mas taí minha linda, milagre”.

Canário apresentava uma fala carregada de sentimentos. Havia realizado cesárea após ter vivenciado o trabalho de parto, disseram “que o bebê não descia, pois era muito grande”, segundo a mesma. Ao entrar na enfermaria, encontrei-a deitada, e o bebê dormindo no berço. Sua expressão durante o encontro conseguiu transmitir os sentimentos de satisfação em ser mãe através dos momentos de silêncio e de seu olhar para o filho. Com seu canto simples, a ave deixou claro o sentimento de alívio no momento em que o médico optou pela cesariana devido a toda situação do trabalho de parto. Finalizou dizendo “é um sentimento que não tem como explicar de ser mãe. Assim, é um momento mágico, único”.

Beija-Flor estava deitada no leito conversando com algumas visitas, recebeu-me com um sorriso, logo começamos a conversar e relatou-me desde a escolha pelo parto normal até o seu vivido do parto. Beija-flor disse que se preparou muito para aquele momento através de cursos de gestantes. Segundo ela, “a pessoa tem que estar preparada, porque senão ela não aguenta não”. Durante nossa conversa, deixou

bem claro que, se não tivesse vivenciado esse processo de preparação para o parto durante o pré-natal, talvez não aguentasse ter vivido a experiência do trabalho de parto e parto, pois achou um processo muito doloroso.

Flamingo havia acabado de parir e ainda se encontrava na posição ginecológica, a médica estava suturando a episiotomia. O peso do bebê ao nascimento foi de 4260 g, segundo relato da depoente. Estava com uma expressão de tranquilidade, eu disse “boa tarde”, e ela respondeu “boa tarde, querida. Mais tarde, retornei à sala de pré-parto, e ela estava acompanhada por sua irmã e seu companheiro. O pai estava ao lado do berço observando o bebê, e a irmã sentada ao lado da puérpera. Perguntei se gostaria de conversar comigo e me contar sua experiência do parto, então ela começou a relatar sobre o seu vivido do parto e, talvez por este ter ocorrido há pouco tempo, sua fala estava impregnada de emoção, sua irmã chorou ao escutá-la. Relatou que esse parto foi diferente da sua primeira experiência, pois demorou mais e foi mais doloroso: “Doloroso, mas alegre no final”, e sorriu.

Sabiá estava no corredor toda falante e veio sorridente ao meu encontro para saber notícias sobre o seu bebê que estava internado na unidade neonatal, falei que já o havia visto ele e que estava melhorando. Então ela já foi dizendo “acho que ele ficou cansadinho porque foi parto normal sabe, ele era muito grande para nascer de normal, acho que ele fez muita força para sair, aí ficou cansado”. Perguntei como ela estava, ela respondeu que estava bem, mas preocupada com o bebê e pediu à médica para permanecer internada por mais alguns dias para ficar mais próxima do seu bebê. Mais tarde, quando retornei à enfermaria para nossa entrevista, ela estava falando alto e gesticulando com seu companheiro, sempre com um sorriso no rosto. Foi um encontro alegre, e ela relembrou todo seu trabalho de parto, disse que havia uma “colega” (parturiente) na sala ao lado da sua no pré-parto cujo bebê “não descia”, isso a deixou nervosa e fez com que seu trabalho de parto ficasse mais demorado. Falou muito sobre a importância do carinho e da atenção da enfermagem e a presença de sua irmã como acompanhante, presenças que foram fundamentais para o seu trabalho de parto, deixando-a mais calma, o que a ajudou bastante naquele momento.

Harpia chegou ao setor muito tranquila, mesmo já estando com seis centímetros de dilatação, relatava que não estava com dor. Algum tempo depois, fui chamada pela acompanhante da mesma dizendo que ela estava chorando e muito

nervosa. Avaliei os batimentos fetais e a dilatação que já estava completa. Quando solicitei que fizesse força, a bolsa se rompeu, nesse momento o obstetra chegou e já preparou a anestesia para realizar a episiotomia e pediu para que uma técnica de enfermagem realizasse a manobra de Kristeller. Foi então que me retirei da sala. No dia seguinte, quando estava realizando a visita de enfermagem, a mesma estava com aquela expressão serena de quando foi admitida no setor. Perguntei se estava tudo bem, e ela disse que estava com muita dor na barriga, verifiquei a contração uterina e estava normal. Então ela disse que devia estar com essa dor pelo fato do médico ter “enfiado” toda sua mão “dentro dela” para retirar a placenta que estava “agarrada” e que a retirada da placenta foi mais difícil que o parto. Convidei a mesma para participar da pesquisa e ela aceitou prontamente. Mais tarde, quando retornei, havia muitas pessoas na enfermaria, então achamos melhor conversarmos em outro quarto. Ela foi sozinha, preferiu deixar o bebê com sua acompanhante, ficou muito espontânea durante a entrevista e conseguiu expressar a dor que sentiu durante a retirada da placenta. Seu relato foi muito comovente, principalmente ao dizer que não foi dada anestesia para a realização do procedimento e que até aquele momento estava com dor no estômago, “que a dor que mais doeu em mim foi a placenta, eu senti muita dor no estômago, até pra comer eu tava com dor e pra virar na cama”.

Asa Branca, com uma expressão muito serena e feliz, estava trocando o bebê. Perguntei se estava tudo bem e ela logo respondeu que “agora está”, então perguntei: “por que agora?”, e a resposta foi: “porque a dor passou”. Convidei-a para participar da pesquisa e, mais tarde, quando retornei à enfermaria para o encontro, ela estava deitada na cama, e seu companheiro estava com o bebê no colo. A conversa foi breve, relatou seu vivido do parto de forma direta e objetiva. Compreendeu e respondeu as perguntas sem se estender além do que procuro desvelar. Queixou-se por não terem autorizado seu marido acompanhá-la no centro-cirúrgico para assistir ao parto, “queria que o meu marido estivesse comigo ou minha mãe”.

Bem-te-vi encontrava-se na enfermaria quando a convidei para participar da pesquisa, perguntei se gostaria de conversar comigo sobre sua experiência do parto, ela sorriu e disse: “ai, ai, ai, muita dor”. Durante o encontro, ela mostrou-se à vontade para contar seu vivido. Muito comunicativa, alegre e emotiva, por diversas vezes durante a nossa conversa emocionou-se, seus olhos ficaram marejados em vários momentos ao se lembrar do nascimento de seu lindo bebê. Ela despediu-se com um enorme sorriso dizendo “se deixar eu fico a noite inteira conversando com você”.

Encontrei **Cegonha Branca** no corredor quando eu estava saindo do plantão, seu olhar para mim foi um convite para uma conversa. Iniciamos uma conversa informal e convidei-a para participar do estudo, ela aceitou e nós fomos à enfermaria. Durante o nosso encontro foi bem direta e breve. Suas breves palavras transmitiram o medo e a insegurança da mesma em seu vivido do trabalho de parto, ela dizia: “mais medo do que dor, a dor não foi tanta assim, foi mais medo”.

Quero-quero estava na sala de pré-parto com a lata de lixo aberta em sua cabeceira fazendo vômito, bastante nervosa, ansiosa, e sua acompanhante encontrava-se com uma prancheta na mão abanando-a. Entrei na sala, apresentei-me, e ela logo disse: “me ajuda, está doendo demais”. Comecei a conversar e a explicar a ela o que estava acontecendo, que aquela dor era um processo fisiológico do trabalho de parto, que não estava acontecendo nada de anormal. Então ela pediu para eu ficar ao seu lado, porque assim ela sentia-se mais segura e tranquila. Incentivei a mesma a movimentar-se e ela sentou no cavalinho, ensinei a sua acompanhante a realizar massagens na região lombar, acabei ficando mais um tempo na sala. Quando retornei ao pré-parto, seu bebê já havia nascido, a médica naquele momento estava realizando a sutura da episiotomia, e o seu bebê permanecia no berço aquecido. Mais tarde a mesma foi encaminhada à enfermaria onde foi realizada a nossa entrevista, ela estava com a expressão mais calma e mostrava-se muito alegre. Finalizamos nossa conversa com ela dizendo: “eu tô muito feliz, apesar de tudo eu tô muito feliz. Deus realizou meu sonho”.

Águia estava na enfermaria e quando a abordei logo disse “vou embora hoje”. Essa resposta me surpreendeu, porque, como o seu parto havia sido prematuro, seu bebê estava internado no Centro de Terapia Intensiva. Quando perguntei se estava tudo bem e como tinha sido o parto, ela logo respondeu “horrível”, então perguntei se ela queria participar do estudo, e ela aceitou. Quando voltei para o nosso encontro, ela encontrava-se sentada próxima ao posto de enfermagem com seu companheiro, aguardando a alta. Fomos à enfermaria para conversarmos, ela era muito introvertida, de poucas palavras e bastante objetiva. Nosso encontro foi finalizado com sua fala “... tô doida pra chegar em casa, ainda não esfriei a cabeça, ainda não tenho muita coisa pra falar, não”.

Rendeira encontrava-se na sala de pré-parto com o seu bebê aguardando para ser encaminhada ao banho, perguntei como estava passando e ela respondeu que estava muito bem, com uma expressão serena e tranquila. Mais tarde fui até a

enfermaria para visitá-los e ela estava deitada. Sua mãe e uma visita estavam na enfermaria, expliquei sobre o estudo e ela disse que gostava de participar dessas coisas e que, apesar de não poder estudar, admirava muito quem se esforçava e conseguia continuar com os estudos. Como havia muitas pessoas na enfermaria, perguntei se as acompanhantes se importavam em nos dar licença por alguns minutos, e ela disse: “para ficarmos mais à vontade né?” O bebê estava em seu colo, ela apontou para cama e disse: “senta aí”, sentei ao seu lado na cama, e a conversa fluiu de forma muito agradável e espontânea, recordou todo seu vivido do parto dizendo que foi bastante sofrido e diferente da primeira experiência. Finalizou nosso encontro dizendo que “foi tudo tranquilo apesar de tudo, a recompensa maior tá aí”.

Arara estava amamentando quando entrei na enfermaria. Durante nosso encontro, observei que ficou tímida, com muitos risos entre as respostas. Mas à medida que fomos conversando ela foi ficando mais à vontade e foi revivendo seu vivido do trabalho de parto, falou sobre os procedimentos que foram realizados e lembrava com muito carinho da forma como os profissionais a trataram. Contudo, quando perguntei sobre o parto, ela disse: “não tem muito a dizer do parto, não”.

5.2 Compreensão vaga e mediana: significados para mulher que vivenciou o trabalho de parto e parto - 1º momento metódico

Mergulhei na leitura dos depoimentos acompanhada da consulta do diário de campo que traz os gestos, os silêncios, os olhos marejados para uma melhor aproximação ao “quem” das depoentes e, assim, busquei a identificação das estruturas essenciais as quais possibilitaram emergir a compreensão do significado, o mostrar do pensamento do ser através da análise do ente. É ela, a mulher que vivenciou o trabalho de parto, parto e nascimento que doa as significações, e isto é o que é essencial.

Nesse momento trazemos como a mulher significa o trabalho de parto, parto e nascimento sem pressupostos e sem realizar interpretações sobre os sentidos. Na compreensão vaga e mediana, na possibilidade de desvelamento do ser, o ente abre o horizonte para o segundo momento metódico no qual se desenvolve a interpretação compreensiva.

Dessa forma, através dos depoimentos, foi possível destacar as estruturas significativas e agrupá-las em Unidades de Significação (US), portanto para a mulher o vivido do trabalho de parto, parto e nascimento significou:

US: O processo de parturição e nascimento é doloroso e sofredor, mas acabou, acabou... a recuperação é mais rápida do que a cesárea.

US: No processo de parturição, o soro aumentou a dor, o chuveiro ajuda bem e, quando você escuta alguém falando com você, acaba fortalecendo mais.

O processo de parturição e nascimento é doloroso e sofredor, mas acabou, acabou... a recuperação é mais rápida do que a cesárea.

Ao significar seu vivido do trabalho de parto, parto e nascimento, a mulher tem como primeira lembrança a dor. Significam o processo de parturição como uma experiência horrível, sofredora, desesperadora, na qual sentem medo. E devido a essa dor falam sobre a realização de cesárea, vislumbram nessa cirurgia uma forma de nascimento sem dor, sem sofrimento. Porém, suas falas são contraditórias, pois, ao mesmo tempo que veem na cesárea o caminho para o nascimento sem sofrimento, preferem o parto vaginal pela recuperação mais rápida, o que não ocorre na cesárea, que tem a recuperação pós-cirúrgica mais difícil.

Foi bem difícil, não sei se eu for ter um outro filho se eu escolheria um parto normal de novo não. A dor é muito grande, é muita dor que a gente sente, muita, muita dor. Eu escolhi o parto normal por ser uma recuperação rápida né não sei se eu aguentaria uma dor de parto de novo, muito dolorido, fiquei muito tempo sentindo dor e nada, não sei se eu enfrentaria um parto normal não futuramente. (Canário)

Ai eu sofri um cadinho ... que nem passei horrores, doeu muito, doeu a noite inteira... mas agora no final fiquei com muito medo, mas eu também quis... muito medo da dor. E agora continuo tendo muito medo, ainda mais depois que a gente sabe o que é ... nossa gente, é uma dor, a pior dor que eu já senti. (Andorinha)

Horrível, horrível, uma dor horrível, mas que na hora que sai acaba. Só eu não tive outra experiência a não ser isso, desespero, nervoso... se fosse ter outro filho, não teria parto normal não. (Águia)

Sempre quis o parto normal, por ser ... pela recuperação por ser mais rápido e para criança eu acho mais viável ser parto normal, por isso que escolhi. Eu fiquei arrependida de ter escolhido parto normal, falei ai meu Deus, porque eu não escolhi a cesárea ficar sofrendo tanto eu acreditava que ia ser mais fácil sabe, porque minha primeira experiência foi muito tranquila, eu nunca tive medo de ter outro filho e ganhar de parto normal... eu sofri muito... eu senti muita dor, fiquei muito tempo em trabalho de parto. (Rendeira)

Muita dor, muita dor. Do parto o que eu posso dizer, muita dor. (Arara)

Na hora que cheguei tava sentindo pouca dor, mas na hora que eu entrei lá pra dentro lá começou a vim a dor mais forte, ai eu comecei a quebrar quase a sala inteira, ai eu comecei a gritar, a ficar desesperada. A pior parte foi no momento das dores, eu já não tava aguentando mais, começava a bater na cama, revirava pro lado, revirava pro outro, gritava, gritava, chorava, eu entrei em pânico, nunca tinha sentindo essas dores antes, foi a primeira vez. Nunca mais, não quero passar por essa experiência de novo não. O parto normal é um horror, fora do normal, é anormal. (Garça)

Já desde o início eu estava bem focada no parto normal falo a pessoa tem que estar preparada porque se não ela não aguenta não, ela pede pelo amor de Deus faz cesárea, se você colocar na balança você muda de ideia rapidinho. Mas a cesárea também a recuperação também pós não sei como que é falam que é bem enjoado também o normal é duro, mas na hora que acaba, acabou... oh bem doloroso ... não vou mentir não, bem ... assim é uma dor mais insuportável que a gente pensa, entendeu, o pessoal fala, mas só quem vivencia. (Beija-flor)

No começo foi tranquilo, mas depois a dor foi aumentando bastante ai foi ficando bem desconfortável, e doeu bastante, doeu muito, nossa eu achei que eu ia morrer... sofredor, mas valeu a pena. (Flamingo)

Ah muita dor, muita tensão, medo da hora do parto mesmo eu não suportar a dor, ou não ter força suficiente, entendeu. (Quero-quero)

Mais medo do que dor, a dor não foi tanta assim, foi mais medo. Não sabia o que ia encontrar lá na frente. (Cegonha- Branca)

Eu queria normal por causa que eu ficava imaginando a cesariana no outro dia não podia nem andar direito, o normal já pode levantar fazer umas coisinhas direito. A cesariana já não podia, tinha que ficar de repouso até, não pode nem pegar peso ou coisa assim, fazer esforço demais. (Bem-te-vi)

O pior foi o parto, no momento de nascer mesmo, que é uma dor muito intensa, você passou por aquela dor ali, você passa por qualquer outra. (Gaivota)

... se pudesse escolher entre cesárea e normal pelas contrações que eu senti, eu acho que eu até escolheria cesárea, porque a dor foi bem forte. (Asa Branca)

Não ocorreu do jeito que eu quis, eu tive que fazer uma cesariana porque ele era muito grande e ele não desceu, aí tive que fazer uma cesariana de última hora. Na hora que o médico falou que ia ser uma cesárea, foi um alívio muito grande, que eu tava com muita dor (Canário).

... ai o doutor foi e optou por fazer uma cesárea porque ela não descia de jeito nenhum, acabou meu sofrimento. (Andorinha)

As mulheres significam o trabalho de parto, o parto e nascimento como algo sofredor. Relatam medo e às vezes esse supera a dor, em alguns casos está associado ao medo de não conseguirem parir, fazendo com que aquele momento se torne desesperador.

Relatam que no início a dor era suportável, porém com o tempo essa dor vai aumentando e se torna insuportável. Então elas se desesperam, pois já tinham ouvido falar daquela dor, mas só quando estão vivenciando aquele processo que percebem ser algo desconhecido e isso faz com que a dor se torne mais intensa.

As mulheres trazem que preferiam não ter vivenciado esse processo devido à dor que sentiram e que em uma próxima gestação optarão pela cesárea. Dizem que não querem passar novamente pelo trabalho de parto e significam a cesárea como uma forma de nascimento sem dor, apesar de o pós-operatório ser mais dolorido e exigir repouso, trazendo dificuldade no momento de cuidar do bebê.

As depoentes falam sobre a escolha pelo parto vaginal e na maioria das vezes relatam que a opção por esse deve-se à recuperação mais rápida no pós-parto. Elas escutam pessoas falando isso ou vivenciaram anteriormente essa experiência, sendo que muitas dizem ter feito a melhor escolha. Porém, algumas relatam ter se arrependido da escolha e que em uma próxima gestação irão optar pela cesárea.

Das quinze mulheres que foram depoentes, duas realizaram cesárea de urgência, ou seja, vivenciaram o trabalho de parto, mas por algum motivo o médico optou em realizar cesárea. Elas referem que, ao serem informadas dessa decisão, sentiram um grande alívio, pois estavam com muita dor, e a cesárea, como uma intervenção, naquele momento foi uma forma de acabar com o sofrimento.

Significam o parto vaginal e a cesárea principalmente no que diz respeito à recuperação no pós-parto. Falam sobre a vantagem do parto vaginal em relação à recuperação mais rápida, porém vislumbram na cesárea uma forma de não vivenciarem o trabalho de parto, que de acordo com a mesmas é sofredor.

No processo de parturição, o soro aumenta a dor, o chuveiro ajuda bem e, quando você escuta alguém falando com você, acaba fortalecendo mais

Ela foi e me colocou no soro. Aí eu fiquei no soro de meia noite até cinco da manhã já não aguentando mais de dor. (Andorinha)

Eu cheguei sentindo dor, mas tava dando pra suportar, mas as contrações estavam irregulares, o tempo né, aí a médica optou por me colocar no soro. Aí sim eu vi que o bicho tava pegando... Foram bem pacientes, bem compreensivos, sabe, em determinados momentos, bem explicativos sabe, bem bacana, eu gostei, não posso reclamar de nada, graças a Deus, a preocupação de facilitar o parto, igual vê que tá demorando te leva pra tomar um banho, se preocupa se você tá andando né pra facilitar o parto essas coisas assim, isso aí que me chamou a atenção, achei bem bacana. (Rendeira)

...me deixaram no soro, fizeram buscopan na veia, no soro comecei a sentir mais dor, quando eu não tava no soro, a dor tava dando pra levar, mas depois que eu fiquei no soro começou a minha dor mais forte, aí quando me botaram no soro, aí piorou foi tudo. Na hora que ela tava pra nascer apareceu todo mundo de novo, aí eu me acalmei. O médico falou que era para eu acalmar, pra mim ter tranquilidade que ela já ia nascer, aí eu fui ficando calma, ficando calma, aí ela nasceu, eu fiz uma força e ela nasceu. Eu achei legal porque o médico já tava ficando cansado de mim, aí depois ele foi me acalmando... (Garça)

A partir do momento que colocou o soro aí a dor veio forte... na hora que ele enfiou o braço pra tirar a placenta eu senti que tava sem anestesia, então eu tava sentindo fazendo o movimento pra tirar a placenta, foi rodando com a tesoura lá dentro com gazes e algodão na ponta, aí doeu bastante. Depois que eu falei com ele que eu tava sentindo a dor, que ele queria me costurar também sem dar anestesia, foi e me deu anestesia. (Harpia)

Perguntaram se eu queria colocar o soro, eu optei pelo soro, porque é melhor, alivia, assim a dor vem mais forte, mais passa mais rápido, aí valeu a pena. A dor começou a apertar, me colocaram no chuveiro, que ajudou bem... Eu senti assim, que na hora que vinha aquela dor, as meninas me incentivavam, vai, ouvi a voz que me dá força, quando você escuta alguém falando com você, acabava fortalecendo mais, eu ganhei muita força. Deu tudo certo, assim na hora que elas foram falando eu fui escutando a voz delas assim fui fazendo tudo de acordo com que elas falavam, deu certinho graças a Deus. (Gaivota)

... o banho melhorou, ajudou bastante. A atenção que eles tinha, compreensão quando não vinha a dor eles pedia para respirar, para um pouquinho sem pressa, não tinha pressa. (Arara)

... eu entrei pro banho para fazer massagem na barriga, aí veio e começou a contração novamente, aí depois sentei naquela cadeirinha pra fazer ginástica, aí a bolsa rompeu, aí foi melhor ainda e não tive dificuldade não, foi bom, não demorou muito... foi excelente. (Sabiá)

Aí quando foi, colocaram no banho pra vê se relaxa um pouco, ameniza um pouco a dor, a dor foi aumentando mais, aí foi aumentando... A médica falou que a bolsa ainda não tinha estourado, aí ela ajudou a estourar a bolsa pro bebê descer que já tava pertinho, quando estourou, minha filha, eu fiquei até doida, por causa que eu sentia ele direitinho descendo. Na hora que tava quase na hora dele nascer já veio a enfermeira me ajudando também. Eu senti tanta dor, mas no momento eu fiquei muito tranquila, nem fiquei assim, tipo tão nervosa. (Bem-te-vi)

...o médico colocou no soro e me pôs na cadeirinha, dilatou mas ele não desceu, ele não quis descer, aí tive que fazer cesárea, e também porque ele era muito grande. (Canário)

... aí fui colocada no soro, foi pra oito, e eu conversando e andando na hora que eu vi a cabecinha saindo. Só que aí eu fiquei com muito medo porque a bolsa não rompia, tiveram que romper a bolsa. Não doeu não mas eu gritei bastante, explicaram, falaram que eu não ia sentir dor mas na hora que eu vi aquele instrumento daquele tamanho, com uma ponta, é traumatizante. Me trataram bem, falaram que eu fui bem boazinha, que nem dei trabalho nenhum, fui bem tratada. (Cegonha Branca)

...aí eles me levaram para fazer a analgesia né. Aí sim foi tranquilo, diminuiu um pouco lá dentro, mas não pode tirar toda a contração, porque a gente tem que fazer o esforço também. Mas foi bom, chega uma hora que você pede pelo amor de Deus para tomar uma, um medicamento para aliviar. Ah eu não sei como a pessoa aguenta sem, não, sem medicamento. Você quer que alivie mesmo. (Beija-flor)

O carinho da médica me acalmou muito, me trouxe paz e tranquilidade que eu precisava. (Quero-quero)

Aí eu peguei e falei pelo amor de Deus eu preciso dar a mão a alguém, aí veio a enfermeira e falou pode segurar minha mão aí eu segurei a mão dela o tempo todo eles me explicando. ... os médicos foram bem atenciosos, conversou comigo, cada medicação que eles iam me dando eles iam falando isso aqui é oxigênio, soro, aí eu vou colocar esse remedinho aqui, agora estou te dando anestesia aí assim eles foram bem atenciosos, o momento todo explicando tudo. (Asa Branca)

... ela é muito atenciosa, muito carinhosa com a gente, não desfaz nem nada. Sabe, tá sempre ali, atenta com as coisas. Gostei muito. (Flamingo)

As intervenções obstétricas são referidas em alguns casos como algo que traz alívio à dor. Em contrapartida, algumas mulheres referem que as mesmas intensificam a dor e tornam o trabalho de parto mais difícil.

Além de trazerem algumas intervenções como facilitadoras do processo de parturição, as mulheres destacam a presença dos profissionais como uma forma de aliviar a tensão e o medo, pois trazem segurança nesse momento.

Ao falarem sobre o seu vivido do trabalho de parto, as puérperas fazem um retorno à situação vivida e relembram os procedimentos que foram realizados durante esse processo. Grande parte das parturientes faz referência ao soro como uma intervenção que aumenta a dor.

As mulheres referem o banho e a cadeirinha como práticas oferecidas pelos profissionais que auxiliaram no trabalho de parto, tanto no alívio da dor quanto na melhora da evolução do trabalho de parto.

A analgesia durante o trabalho de parto é uma intervenção obstétrica que todas as parturientes, inclusive as internadas pelo SUS, têm o direito de solicitar, porém muitas desconhecem esse direito. No serviço em que foi realizada a pesquisa, a analgesia é uma opção oferecida apenas para parturientes que possuem algum plano de saúde privado ou que pagam pela mesma. Por esse motivo, apenas uma depoente foi submetida à analgesia durante o trabalho de parto e a mesma fala sobre o alívio que a intervenção trouxe para aquele momento e acredita que sem a mesma não suportaria a dor.

Através dos relatos, foi possível observar que algumas vezes as intervenções obstétricas são realizadas sem as parturientes tomarem conhecimento das mesmas, não sendo bem explicadas e esclarecidas, o que tornam tais intervenções desconfortáveis mesmo não sendo procedimentos dolorosos, sendo observado principalmente no relato de uma das puérperas que diz que ficou assustada ao ver o tamanho do instrumento que utilizariam para romper a bolsa.

Assim, algumas intervenções, principalmente a infusão de soro e a ruptura da “bolsa”, são lembrados como procedimentos que trazem desconforto, porém algumas apesar desse desconforto as compreendem boas, pois as mesmas aceleram o trabalho de parto.

Ao relembrarem o seu vivido do trabalho de parto, parto e nascimento, as depoentes falam sobre os procedimentos realizados, e esses vão se mesclando aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem e médica, sendo possível identificar

como elas significam a presença desses profissionais naquele momento de dor e medo como sendo muito importante, fazendo com que elas se sentissem mais calmas e confiantes e tornando o processo de parturição e nascimento mais tranquilo.

As mulheres falam da paciência dos profissionais dizem que, no momento do trabalho de parto, ficam muito nervosas, gritam e às vezes são grosseiras com os profissionais. Os mesmos mantinham a calma e tentavam tranquilizá-las, explicando o que estava acontecendo e às vezes ficando perto e ajudando no processo do trabalho de parto. Algumas relatam que, quando estavam sozinhas na sala de pré-parto, sentiam-se desesperadas, mas, quando alguém da enfermagem ou o médico chegava, elas ficavam mais tranquilas.

O fato de as mulheres estarem em trabalho de parto, momento esse que compreendem como de muita dor e até desesperador, faz com que a presença de um profissional que transmita calma e tranquilidade se torne de extrema importância para a parturiente. A chegada de um profissional para explicar o que está acontecendo e como ocorre o processo de trabalho de parto traz alívio e tranquilidade, fazendo com a parturiente sintam-se mais confiante.

As mulheres trazem em seus depoimentos que, ao escutar a voz de um profissional e saber que esse está ao seu lado dando apoio, tranquiliza, tornando mais calmos o parto e o nascimento.

5.3 Fio condutor da interpretação

Nesse momento caminho em direção à interpretação dos significados trazidos pela puérpera sobre o vivido do trabalho de parto e parto. Na compreensão vaga e mediana, emergiram as unidades de significação e a articulação das mesmas constituiu o fio condutor que possibilitará a elaboração do conceito de ser.

“A interpretação dessa compreensão mediana de ser só pode conquistar um fio condutor com a elaboração do conceito de ser. É à luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser”. (HEIDEGGER, 2014, p. 41)

Para a mulher, o vivido do trabalho de parto, parto e nascimento significa relembrar o processo de parturição e nascimento sendo doloroso e sofrido, mas acabou, acabou... a recuperação é mais rápida do que a cesárea. No processo de parturição, o soro aumenta a dor, o chuveiro ajuda bem e, quando você escuta alguém falando com você, acaba fortalecendo mais.

A partir da elaboração do fio condutor, caminhamos para a possibilidade de desvelamento dos sentidos do ser. O horizonte já foi liberado pela compreensão vaga e mediana, onde explicitamos o ser desse ente sem lhe interpretar os sentidos. “Uma vez alcançado esse horizonte, a análise preparatória da presença exige uma retomada em bases ontológicas mais elevadas e autênticas” (HEIDEGGER, 2014, p. 54).

5.4 Interpretação compreensiva-hermenêutica heideggeriana - 2º momento metódico

Após a compreensão vaga e mediana, primeiro momento metódico, partiu-se da dimensão ôntica para a dimensão ontológica sendo iniciado o segundo momento metódico, a hermenêutica, que é a interpretação dos sentidos do ser.

O conceito de ser emerge do vivido da mulher após o trabalho de parto, parto e nascimento e anuncia o cotidiano lembrando esse momento como sendo doloroso e às vezes até desesperador, quando as intervenções obstétricas trazem alívio ou aumentam o desconforto durante o trabalho de parto. A vantagem do parto vaginal está associada à recuperação mais rápida, o que não ocorre com a cesárea, porém evita o sofrimento do trabalho de parto, e a presença da equipe de enfermagem e médica durante o trabalho de parto traz tranquilidade e facilita o parto.

O modo como as mulheres significaram o seu vivido possibilitou compreender que seu modo de ser corresponde àquele de ser dos entes do cotidiano. Como em Heidegger, “ser diz sempre ser de um ente”, porém é preciso acessar o ente tal como é em si mesmo, para posteriormente apreender sem falsificações os caracteres de seu ser. “Elaborar a questão do ser significa, portanto, tornar transparente um ente-que questiona-em seu ser” (HEIDEGGER, 2014, p. 42).

Trazemos à luz o ente para termos acesso ao ser. É o que realizamos no primeiro momento metódico, clarificamos os significados que as mulheres trazem sobre o vivido do trabalho de parto e parto para que nesse momento, na

hermenêutica, possamos desvelar as facetas desse fenômeno, elucidando alguns sentidos que estavam velados. A hermenêutica desse estudo está fundamentada no referencial teórico-filosófico de Martin Heidegger (2014), conforme proposto no objeto e objetivo da pesquisa.

As mulheres, ao vivenciarem o trabalho de parto, trazem a dor como algo bastante significativo e muitas vezes essa dor, desconhecida até aquele momento, pode levar ao medo, algumas dizem sentir mais medo do que dor. Heidegger nos cita que o medo é um modo de disposição que pode ser considerado em três perspectivas: de que se tem medo, o ter medo e pelo que se tem medo (HEIDEGGER, 2014).

As dores provêm das contrações uterinas que vão aumentando à medida que o trabalho de parto evolui. Essa dor traz consigo o medo que se apresenta como: medo de não suportar a dor e medo de não conseguir parir.

Assim, a mulher, ao vivenciar o trabalho de parto, passa pelos diversos momentos do fenômeno do medo. Ao iniciar as contrações e ser encaminhada para sala de pré-parto, ela vivencia o pavor que é a ameaça pelo o que ainda não chegou, mas a qualquer momento poderá chegar. Esta ameaça é algo conhecido e familiar para a mulher, seja por já ter ouvido falar sobre o trabalho de parto ou por já ter vivenciado anteriormente essa situação. Porém, à medida que o trabalho de parto evolui e as contrações aumentam, o medo se transforma em horror, pois a parturiente percebe que não conhece aquela ameaça, ela não é familiar, mesmo a parturiente não sendo primípera, ela traz em seu relato que uma experiência difere totalmente da outra. Dessa forma, a parturiente vivencia o terror durante o trabalho de parto e o parto, pois “somente quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de horror, possuindo ao mesmo tempo o caráter de pavor, a saber, súbito, o medo torna-se, então, terror” (HEIDEGGER, 2014, p. 202).

O terror também está associado às intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto que podem aumentar ou aliviar as dores. As mulheres não questionam a realização das intervenções e muitas vezes não são orientadas sobre o que está sendo realizado. Referem que algumas intervenções realizadas, apesar de não serem dolorosas, tornam-se desconfortáveis pelo aspecto dos instrumentos utilizados, que são assustadores, o que causa medo.

Dessa forma, ao significarem as intervenções obstétricas, as mulheres trazem em seus relatos a falta de conhecimento sobre o que estava sendo realizado e

sentem-se temerosas por não saberem o que vai acontecer após a realização desses procedimentos. Assim, observamos que os profissionais encontram-se no mundo público, onde cada mulher é como todas as outras mulheres e localiza-se no espaço do “a gente”, onde o lugar é de todos e de ninguém (HEIDEGGER, 2014). Essa mulher é a soma de todas que estão em trabalho de parto; não sendo cuidada em sua singularidade, ela é inserida em rotinas pré-estabelecidas, onde não se discute com as mesmas as intervenções realizadas.

Os profissionais médicos e a equipe de enfermagem encontram-se na cotidianidade no seu modo impróprio e impessoal ao realizarem as intervenções obstétricas referidas pelas mulheres como desconfortáveis e dolorosas. Na impessoalidade “Todo mundo é o outro e ninguém é si mesmo. O *impessoal*, que responde à pergunta *quem* da presença cotidiana, é *ninguém*, a quem a presença já se entregou na convivência de um com o outro” (HEIDEGGER, 2014, p. 185).

Essa impessoalidade e inautenticidade dos profissionais demonstra um cuidado uniformizado, onde todas as parturientes são cuidadas da mesma forma sem que seja considerada a individualidade, sendo submetidas a procedimentos de rotina que muitas vezes são realizados visando o melhor para o profissional (como acelerar o trabalho de parto) e desconsiderando o bem-estar da parturiente. Assim, o olhar da equipe de enfermagem e médica volta-se para a parturiente que é o ente no que ele “é” e não para o ser-mulher-que-sendo vivencia o trabalho de parto e parto com todas as suas repercussões físicas e emocionais para o trinômio mãe-bebê-família.

Na maioria das vezes, essas intervenções obstétricas trazidas pelas mulheres como dolorosas são realizadas por meio da *solicitude substitutiva-dominadora* que é um dos modos da preocupação-com-o-outro. Nessa situação, os profissionais tomam frente das decisões sem possibilitar que a parturiente participe e decida sobre o seu cuidado, a mulher não é vista como um ser de possibilidades capaz de atuar de forma autêntica onde seja protagonista no seu processo de parturição. Esse tipo de *solicitude* ocorre quando se toma conta do outro fazendo com que o outro se torne alguém dominado e dependente, e, no interior das instituições hospitalares, essa dominação se torna muito frequente e velada pelo uso das tecnologias, principalmente as tecnologias ditas como duras que são utilizadas com frequência durante o trabalho de parto (HEIDEGGER, 2014).

Por outro lado, algumas intervenções obstétricas são referidas pelas mulheres como boas, pois aliviam e facilitam a evolução do trabalho de parto, sendo reportado

o banho e o cavalinho. Interessante observar que essas intervenções são possíveis de serem realizadas somente se houver participação ativa da parturiente e, para que ela participe desse processo, é necessário que seja explicado o que, como e para que será realizada aquela intervenção. Nesse processo, a equipe de enfermagem é a principal responsável pela orientação e acompanhamento desses tipos de intervenções.

Assim, durante a realização dessas práticas, os profissionais demonstram uma *solicitude antecipativa-liberatória* sendo desvelada uma pré-ocupação-com que não substitui a mulher, mas ajuda a mesma se tornar livre em seu processo de parturição. O profissional apresenta a intervenção como uma possibilidade de alívio e melhora na evolução do trabalho de parto, porém é a mulher que irá decidir sobre a adesão ou não da intervenção, os profissionais ajudam a parturiente a se compreender como ser-de-possibilidade em sua facticidade (HEIDEGGER, 2014).

Porém, as mulheres não revelam sentirem-se como ser-de-possibilidade ao significarem o parto vaginal e a cesárea. Elas se encontram na compreensão mediada que é movida pelo falatório que não é dela, repete o que se falou sobre as vantagens e desvantagens de cada um limitando as mesmas à dominação dos profissionais que passam a decidir por elas “A falação é a possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa” (HEIDEGGER, 2014, p. 232).

Movidas no modo de ser próprio do cotidiano, elas repetem nas falas aquilo que já ouviram falar sobre o parto vaginal e a cesárea, não evidenciando novas interpretações e novas articulações conceituais. No caso das mulheres que tiveram que ser encaminhadas para realização da cesárea de urgência, elas repetem a fala dos médicos para justificarem a realização da cirurgia e não aparece uma fala que, pelo menos, coloque em dúvida a real necessidade do procedimento.

Essa superficialidade do conhecimento faz com que as mulheres sejam submissas às ações dos profissionais no momento do parto, entendem as ações como necessárias e compreendem, junto com a necessidade, a ameaça de que, se não forem realizadas, pode acontecer o pior. No cotidiano, a tagarelice, que é esse falar por falar, tem o poder de encobrir os sentidos das coisas velando os significados. “As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala. Repetindo e passando adiante a fala, potencia-se a falta de solidez” (HEIDEGGER, 2014, p. 232).

Essa falta de solidez por parte das mulheres favorece o domínio e a submissão das mesmas às normas e rotinas estabelecidas dentro das instituições de saúde, limitando o processo de parturição ao domínio dos profissionais que tornam esse momento, tão especial e singular, uniformizado e padronizado. Assim, o parto que é um processo fisiológico na maioria das vezes é tratado como um processo patológico onde são realizadas várias intervenções farmacológicas e cirúrgicas para que o mesmo seja moldado a essa padronização de rotinas pré-estabelecidas nas instituições hospitalares.

As informações vêm até as mulheres de formas diversas, através de conversas ocasionais com outras pessoas, através da leitura de materiais técnicos ou não, ou veiculados pela mídia, informações muitas vezes provenientes de fontes pouco confiáveis e é a partir delas que formulam uma opinião a respeito do assunto. Nenhuma depoente mencionou os profissionais de saúde como fonte de informações sobre as vantagens e desvantagens do parto vaginal e da cesárea.

Podem ser essas diversas fontes de informações que criam a ambiguidade, que, de acordo com HEIDEGGER (2014, p. 237),

“Se, na convivência cotidiana, tanto o que é acessível a todo mundo quanto aquilo de que todo mundo pode dizer qualquer coisa vêm igualmente ao encontro, então já não mais se poderá distinguir, na compreensão autêntica, o que se abre do que não se abre”.

No modo ambíguo, o ser-mulher pensa que tudo está entendido sobre as razões que a levaram a optar pelo parto vaginal. No fundo, isso não ocorre, o que fica claro quando falam que no momento do trabalho de parto estavam quase pedindo para realizar uma cesárea, pois não estavam aguentando mais a dor e que, apesar de saberem que o parto vaginal é melhor, preferiam a cesárea. Além disso, relatam que em uma próxima gestação não sabem se vão querer o parto normal, porque é muito sofrimento, apesar de já terem ouvido falar que o pós-operatório da cesárea também é bastante doloroso. Na ambiguidade,

“Não somente todo mundo conhece e discute que se dá e ocorre, como todo mundo já sabe falar sobre o que vai acontecer, o que ainda não se dá e ocorre, mas que propriamente precisa ser feito. Todo mundo sempre pressentiu e farejou de antemão o que outros já pressentiram e farejaram”. (HEIDEGGER, 2014, p. 238)

Conduzida no falatório, na curiosidade e na ambiguidade, decai no “mundo” e na impropriedade apresenta-se como Dasein-com os outros em agente.

Nesta impessoalidade a mulher não assume o trabalho de parto como sendo seu, quando a boa evolução desse processo depende primordialmente de sua participação ativa. Decaída no mundo e na impropriedade, ela acata a decisão dos profissionais sobre os procedimentos a serem realizados durante o seu trabalho de parto e parto. As parturientes ficam submetidas ao domínio do manual, como se fossem um instrumento à disposição da equipe médica e de enfermagem, pois as mesmas, por não terem informações e preparação adequada para vivenciar o trabalho de parto, acreditam que a boa evolução do mesmo depende apenas desses profissionais.

“O impessoal tira o encargo de cada presença em sua cotidianidade. E não apenas isso; com esse desencargo, o impessoal vem ao encontro da presença da tendência de superficialidade e facilitação. Uma vez que sempre vem ao encontro de cada presença, dispensando-a de ser, o impessoal conserva e solidifica seu domínio teimoso”. (HEIDEGGER, 2014, p. 185)

Mesmo havendo profissionais que cuidam de forma inautêntica do ser-mulher, direcionando o seu olhar apenas para dimensão física, voltando-se para o ente no que ele “é” e não para o seu “ser”, as mulheres relatam que a presença da equipe de enfermagem e médica durante o trabalho de parto traz tranquilidade, facilitando o parto.

As mulheres sentem-se seguras com a presença desses profissionais devido à decadência da mesma na facticidade onde não se compreende como ser-de-possibilidades. As mulheres trazem em seus depoimentos situações em que é possível identificar uma assistência deficiente em alguns momentos como a realização de procedimentos dolorosos sem aplicação de anestesia, fala irônica como *“falaram que eu fui bem boazinha, que nem dei trabalho”* e maior atenção dos profissionais somente no momento do parto *“na hora que tava pra nascer apareceu todo mundo de novo, aí eu me acalmei”*.

Nessas situações, os profissionais tanto da equipe médica como de enfermagem agem de forma impessoal, estando envolvidos apenas no desenvolvimento de procedimentos técnicos para suprir as necessidades básicas e não com o cuidado do ser. Os profissionais lançados no cotidiano de extensa carga horária de trabalho e envolvidos por normas e rotinas desenvolvem um cuidado restrito à dimensão biológica. Segundo Heidegger (2014, p. 185),

“O impessoal pode, por assim dizer, permitir que se apoie impessoalmente nele. Pode assumir tudo com a maior facilidade e

responder por tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa... Na cotidianidade da presença, a maioria das coisas é feita por alguém de quem se deve dizer que não é ninguém”.

Em contrapartida, emergiu a figura do profissional dedicado envolvido com as questões que ultrapassam a esfera técnica e biológica do ser humano. Esses profissionais desvelam um cuidado autêntico. Atitudes humanizadas e acolhedoras se mostram através da escuta, do toque e do *estar-com* em um modo de *dis-posição*. E essa inter-relação com os profissionais médicos e da enfermagem ajudam a mulher no enfretamento da facticidade na qual está lançada ao ser prestado esse cuidado pré-ocupado que envolve um *estar-com* comprometido com o bem-estar do outro.

E esse *estar-com* nesse modo de *dis-posição* é possibilitado através das palavras, pois, para Heidegger (2014, p.224), “dos significados brotam palavras”, e a escuta e o silêncio são possibilidades da linguagem falada. Assim, para se alcançar esse cuidado autêntico, é necessário que os profissionais saibam ouvir e se calar para que dessa forma possam compreender o ser-mulher e prestarem um cuidado autêntico.

O ouvir é uma escuta compreensiva, e o silenciar-se está relacionado à fala autêntica, pois, “para poder silenciar, a presença deve ter algo a dizer, isto é, deve dispor de uma abertura própria e rica de si mesma” (HEIDEGGER, 2014, p. 228).

As mulheres significam a pre-sença dos profissionais da equipe de enfermagem e médica no momento do trabalho de parto e parto como fundamentais, transmitindo paz e tranquilidade que precisavam através da linguagem falada, incentivando essa mulher, tornando-a confiante através de gestos de atenção e carinho. Esses gestos e palavras pronunciadas estão repletos de significações e demonstram um modo de *dis-posição* desses profissionais que conseguem descobrir essa parturiente como um ser-de-possibilidades.

“Quem “não pode escutar” e “deve sentir” talvez possa muito bem e, justamente por isso, ouvir. O escutar por aí é uma privação da compreensão que escuta. Fala e escuta fundam-se no compreender. O compreender não surge de muitas falas nem de muito escutar por aí. Somente quem já compreendeu é que poderá escutar”. (HEIDEGGER, 2014, p. 227)

A mulher que vivencia o trabalho de parto desvelou-se como um ser que não se compreende como um ser de possibilidades que tem o direito de vivenciar de

maneira singular seu trabalho de parto e parto e acaba se tornando refém das imposições presentes nas instituições hospitalares.

“Este conviver dissolve inteiramente a própria presença no modo de ser dos “outros”, e isso de tal maneira que os outros desaparecem ainda mais em sua possibilidade de diferença e expressão”. (HEIDEGGER, 2014, p. 184)

Assim, a parturiente não consegue se posicionar, e a falta de empoderamento torna a mesma submissa ao domínio dos profissionais que muitas vezes em seu modo de preocupação-com-outro revela uma assistência baseada na *solicitude substitutiva-dominadora*. Em contrapartida, surge a figura do profissional que demonstra uma *solicitude antecipativa-liberatória* cuidando do ser-mulher em um modo de *dis-posição* do *estar-com* devolvendo a liberdade à mulher durante o seu trabalho de parto e parto.

“Em nossos esforços para criar liberdade dentro do ambiente de nascimento, estamos continuamente questionando nossos papéis como profissionais. Em geral profissionais e representantes da comunidade médica em particular frequentemente inibem muito mais o comportamento dos futuros pais do que uma pessoa leiga o faria”. (ODENT, 2002, p. 126)

A hermenêutica possibilitou clarificar os sentidos trazidos pelas puérperas que revelam que durante o processo de parturição vivenciam o fenômeno do *medo* passando pelo *pavor, horror e terror*. Esse medo pode estar vinculado à impropriedade que a mulher se encontra no cotidiano movida pela *ambiguidade* que é constituída pelo *fatalório* e a *curiosidade*. Em contrapartida, sentem-se seguras, tranquilas e confortáveis com a pre-sença dos profissionais e na realização de intervenções que aproximam o profissional do ser-mulher que vivencia o trabalho de parto e se mostram dispostos a cuidarem de maneira autêntica.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das inquietações surgidas no meu cotidiano profissional como enfermeira atuando em maternidade, desenvolvi este estudo em busca de desvelar os sentidos que a puérpera traz sobre o seu vivido do trabalho de parto e parto. Para responder a essas inquietações, compreendi que era preciso ir até as mulheres, pois só quem vivenciou o parto na instituição hospitalar poderia trazer à luz esse fenômeno do vivido.

Nesse caminhar mergulhei em leituras sobre o tema e refleti sobre o cotidiano da mulher que vivencia seu trabalho de parto e parto. A fenomenologia de Martin Heidegger permitiu uma aproximação compreensiva ao cotidiano da parturiente. E a análise compreensiva realizada à luz desse filósofo possibilitou penetrar na singularidade de cada mulher e desvelar que elas vivenciam seu parto movidas pela inautenticidade, que é o modo próprio de ser dos entes no cotidiano, *sendo ser-aí com possibilidades para autenticidade*. As mulheres trazem em cada palavra e sentimentos não verbalizados como foi seu vivido do parto que é tão singular e que cada uma o vivencia de acordo com o que constrói ao longo da gestação.

No processo de investigação dos significados experienciados de mulheres sobre o vivido do trabalho de parto e parto, foi possível observar que temos como ôntico o parir em instituição hospitalar com a possibilidade da violência obstétrica, sendo esse um aspecto importante do estudo, pois é o próprio ser-que-vivenciou-o-trabalho-de-parto que vai ou não desvelar essa violência.

Buscou-se a essência desse fenômeno, o ontológico por meio da entrevista fenomenológica, sendo possível apreender que as mulheres trazem como primeira lembrança do parto vaginal o sofrimento. Relatam que às vezes chega a ser desesperador, sendo essa visão do parto uma consequência da forma com que o mesmo vem sendo assistido nas instituições de saúde.

Esse modo de assistência muitas vezes se associa a formas de violência obstétrica, que permanecem veladas pela relação de dominação estabelecida pelos profissionais sobre as mulheres por meio do uso de tecnologias duras que trazem uma falsa sensação de segurança. Acredita-se que quanto mais intervenções invasivas utilizadas no processo de parturição, mais controle se tem sobre esse

evento, tratando o mesmo como patológico, o que contraria totalmente o nascimento que é um fenômeno fisiológico e deveria ser assistido com o mínimo de intervenções.

A invisibilidade das orientações realizadas durante o pré-natal é nítida quando as puérperas relatam que as informações que tiveram sobre o parto vaginal e a cesárea vieram ao seu encontro através de conversas informais com outras pessoas, as quais tiveram acesso a essas informações da mesma forma.

Os profissionais de saúde, ao omitirem as orientações adequadas durante o pré-natal sobre o processo de parturição, as vantagens do parto vaginal e as situações que levam uma indicação real da necessidade de realização da cesariana, possibilitam a ocorrência da violência obstétrica, uma vez que a mulher desinformada torna-se mais vulnerável à apropriação de seu corpo e de suas decisões pelos profissionais de saúde, os quais passam a decidir por ela, o que foi desvelado no estudo através da *solicitude substitutiva-dominadora*.

Os profissionais dominam o cuidado, não é cedida à parturiente a oportunidade de decisão, não se pergunta a essa mulher como ela deseja que seu parto seja assistido. Simplesmente ela é avaliada pelos profissionais, os quais decidem sobre os procedimentos a serem realizados, e a mulher, que se encontra fragilizada naquele momento muitas vezes por não saber o que está acontecendo e pela singularidade desse fenômeno que é existencial, acaba se tornando submissa à dominação das rotinas e de procedimentos pré-estabelecidos que não consideram a singularidade da mulher.

Assim, o medo permeia o processo de parturição, e os profissionais que assistem esse processo muitas vezes se encontram na impropriedade, preocupam-se apenas com os aspectos biológicos e agem de forma tecnicista.

O pensamento heideggeriano nos traz que o modo de pensar e de ser predominantemente técnico na contemporaneidade teria levado o homem a perder de vista o ser aí no mundo. A perspectiva técnico-científica inegavelmente é válida e útil na produção de conhecimento e de tecnologia, porém, se a sociedade pensar e viver exclusivamente a partir dela, as pessoas correm o risco de restringirem sua vivência, sua abertura afetiva e sua disponibilidade para o outro a um modo previsível e controlado (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).

Assim, desvela-se que tanto o profissional quanto a mulher permanecem muitas vezes na inautenticidade. Os profissionais, por realizarem uma assistência

baseada em aspectos biológicos e técnicos, utilizando intervenções de forma rotineira e uniformizada, não levam em consideração a singularidade da parturiente e não compreendem a mesma como um ser-de-possibilidades. E as mulheres, por se tornarem um instrumento nas mãos dos profissionais, sendo manuseadas por esses de acordo com o seus interesses, não questionam as intervenções realizadas e permanecem submissas às rotinas da instituição.

O excesso de intervenções durante o trabalho de parto faz com que a mulher se coloque de maneira *impessoal* durante o parto, privando a mesma de vivenciar esse momento de modo a se colocar como *ser-no-mundo*, fugindo da impessoalidade que nós colocamos no dia a dia, que Heidegger chama de *cotidianidade* (HEIDEGGER, 2014).

Assim, o homem moderno, absorvido em seus afazeres na *cotidianidade*, muitas vezes vem se esquecendo do sentido da própria existência sendo lançado na vida comum, vivendo no *impessoal*, aceitando as coisas simplesmente como dadas (SEBOLD e CARRARO, 2013).

Reforço neste momento a definição de violência obstétrica trazida pela defensoria pública do estado de São Paulo: a violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, o que ocorre quando não é cedida à mulher a oportunidade de decidir sobre o seu parto, através do tratamento desumanizado observado no estudo quando algumas depoentes relatam que ficaram sozinhas durante o trabalho de parto e que os profissionais apareceram apenas no momento do parto, abuso da medicalização como o uso rotineiro de ocitocina sem uma real indicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, o presente estudo, através dos relatos das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, desvela a violência obstétrica em atitudes muitas vezes consideradas "*normais*" no interior das instituições de saúde. Falas e atitudes muitas vezes sutis dos profissionais revelam formas de violência que passam despercebidas pelas parturientes como tal, porém que causam consequências como a concepção na sociedade de que o parto vaginal é sofrido e assim as mulheres sentem-se inseguras para vivenciarem o parto devido ao falatório em que estão imersas na *cotidianidade*.

Um aspecto interessante desvelado neste estudo foi que as mulheres, mesmo não tendo o conhecimento do que são práticas que devem ser encorajadas no trabalho de parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, relatam tais práticas como as melhores intervenções realizadas. São intervenções não invasivas as quais exigem do profissional um estar-com, através de palavras de incentivo, do toque e de um ouvir, sendo atitudes que tornam a mulher participativa durante o trabalho de parto. Emerge, assim, através dessas práticas, um cuidado que privilegia o ser-mulher como um ser-de-possibilidades, um cuidado autêntico movido pela atenção e pelo carinho.

No presente estudo, foi possível trazer à luz que através da *solicitude antecipativa-liberatória* o profissional cuida de forma autêntica considerando a singularidade da mulher sendo um *ser-junto*, possibilitando a mulher vivenciar o trabalho de parto e parto de forma mais confiante.

Revela-se, dessa forma, que a pre-sença da equipe de enfermagem e médica no momento do trabalho de parto e parto é fundamental para a evolução mais tranquila desse processo. O carinho, a atenção, a presença constante e a torcida colaboram para que o trabalho de parto evolua da melhor forma. A mulher traz à luz que a valorização da equipe de enfermagem e médica não está relacionada apenas com a execução de tarefas, pelo contrário, elas se sentem melhor cuidadas quando esses profissionais oferecem uma assistência que vê o outro como um ser que pensa, que possui sentimentos e que tem possibilidades de escolha.

Esse cuidar de forma autêntica vai ao encontro do que é recomendado pelas Políticas Públicas de Saúde que buscam uma melhor assistência ao parto, pois essas recomendações estão sempre associadas ao cuidado humanizado que ultrapassa a esfera tecnicista e biológica.

Atualmente, as políticas públicas de saúde vêm construindo ações para incentivar a realização do parto vaginal nas instituições hospitalares, principalmente na rede suplementar, onde as taxas de cesáreas estão atingindo índices cada vez maiores. A busca por razões que dificultam a implementação de novas práticas obstétricas nas instituições hospitalares tem sido constante.

A utilização da fenomenologia heideggeriana possibilitou desvelar sentidos que estavam velados na questão da compreensão existencial que envolve o fenômeno da parturição. E através dela refletimos que talvez uma das razões que dificulta a implementação de boas práticas obstétricas nos hospitais é a falta de *dis-posição* do

estar-com dos profissionais e a falta de se vislumbrar as mulheres como ser-de-possibilidades, libertando-as das armaduras das rotinas pré-estabelecidas dentro das instituições.

E o cuidado de enfermagem tem um papel fundamental na área obstétrica. A mulher em trabalho de parto que evolui sem distócias precisa de cuidados que ajudem na evolução do trabalho de parto, e a enfermagem é a principal responsável por realizar esses cuidados através de intervenções não invasivas, pois tem conhecimentos técnicos e científicos suficientes e legislação própria que asseguram a sua atuação nesse cenário.

Refletir o cuidado de enfermagem, na perspectiva da forma de parir, traz-nos a autonomia do ser, incentiva o profissional de enfermagem ao desafio de romper paradigmas estabelecidos e enraizados nos diversos modos de cuidar em enfermagem. Nesse cuidar, muitas vezes imerso na cotidianidade e no impessoal, prevalece o modelo biomédico, caracterizado pela fragmentação do homem e execução de procedimentos rotineiros, não levando em consideração a singularidade do ser (SILVA *et al.*, 2013).

Novos estudos precisam ser realizados no sentido de desvelar como as mulheres e suas famílias vêm sendo preparadas durante o pré-natal para vivenciarem o trabalho de parto e o parto e como os profissionais significam a importância do pré-natal para a boa evolução do trabalho de parto, em especial nesse momento em que o aumento da taxa de parto vaginal na rede suplementar e pública vêm sendo incentivado.

“A maneira como a mulher dá à luz e como crianças nascem estão profundamente imbricadas às nossas visões de natureza, ciência, saúde, medicina, liberdade e relações humanas- especialmente homem/mulher. Nosso ambicioso projeto, o qual luta para humanizar e feminizar o nascimento, emprega meios muito simples para alcançar esse fim”. (ODENT, 2002, p. 128)

Porém, não somente os números de partos vaginais devem ser aumentados. Mais importante e primordial do que o aumento dessas taxas é a qualidade com que esses serão assistidos. Assim, os profissionais de saúde que atuam nessa área devem passar constantemente por um processo de atualização para que possam incorporar em suas práticas formas de assistência ao parto e nascimento que priorizem o ser mulher e sua família como atores centrais desse evento.

Como as aves, as gestantes precisam preparar o “ninho” para chegada dos seus bebês de forma que eles possam ser recebidos de forma segura, acolhedora e em locais protegidos dos “predadores”. Nós, profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, devido ao nosso papel de educador, devemos ser pontes que possibilitem a transposição da mulher da inautenticidade para a autenticidade através da educação, que não é simplesmente a transferência de conhecimento, mas a criação de possibilidades para sua construção permitindo que a gestante se reconheça como um ser-de-possibilidades.

Acredito que as universidades possuem um papel fundamental na formação de profissionais de saúde voltada para o reconhecimento da importância do cuidar em um modo de disposição de ser-com-os-outros, possibilitando que as decisões em como vivenciar o trabalho de parto e parto sejam tomadas com a parturiente e não por ela, não restringindo a formação a saberes técnicos, que são importantes, porém não devem ser hegemônicos.

A partir dessa formação, será possível implementar práticas nas quais os profissionais contemplem as mulheres como um ser-de-possibilidades e o parto seja devolvido a elas. Uma das maiores dificuldades em humanizar o trabalho de parto e o parto está no fato de os profissionais não aceitarem que o processo de parturição pertence à mulher. E somente através do tripé ensino-pesquisa-extensão será possível a superação de velhos paradigmas permitindo que novas formas de cuidado no âmbito do parto e nascimento sejam construídas.

VII REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.

BILIBIO, E. Os momentos constitutivos do Cuidado e o Dasein como ser de relações. **ethic@**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 272-288, dez. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n. 163**, de 22 de setembro de 1998. Disponível em: < http://www.abenfosp.com.br/manual_abenfo.pdf> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 223/1999**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à mulher ao ciclo gravídico puerperal. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria 569**, de 1º de Junho de 2000. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. 28p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Lei 11.108**, de 7 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Caderno 5. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n 1459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no Sistema Único de Saúde- SUS- a rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Rede Cegonha**. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica você sabe o que é?** 2013b. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais e Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. **Atenção Saúde da Gestante- Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante**. 2013c. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/CARTILHA_Nota_tecnica_conjunta_WEB.pdf> Acesso em: 19 mai. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n 904**, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013_comp.html> Acesso em: 19 mai. 2015.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 646-53, jul/set 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>> Acesso em: 20 Jan. 2014.

CARDOSO, J. **A dissonância entre desejo e realidade: A escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

CARNEIRO, M. S. *et al.* Representações sociais sobre pré-natal entre mulheres-mães: implicações para o agir cuidativo educativo em enfermagem. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 12-18, jan/abr 2014.

CARNEIRO, R. G. E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Direito Mackenzie**, v. 5, n. 2, p. 227-237, 2012.

CARRARO, T. E. *et al.* Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2006.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 02, p. 227-244, abr/jun 2014.

CAVALCANTE, A.C.M. **Dando à luz: Uma etnografia sobre práticas de parto humanizado em rodas de conversa**. IV Reunião Equatorial De Antropologia/ XIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste, Fortaleza, ago 2013. Disponível em <http://www.reaabanne2013.com.br/anaisadmin/uploads/trabalhos/24_trabalho_001225_1373838324.pdf> Acesso em: 20 fev. 2014.

DINIZ, N. M. *et al.* Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-356, mai/jun 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio/ago 2011

GONZÁLEZ, A. D. *et al.* Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 809-17, jul/set 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 9. ed. Petrópolis:Vozes, 2014. 600p.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. 192-207, 2014.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006.

MATOS, G. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. esp., p. 870-878, 2013.

MENDES, I. A. C. A saúde no Brasil e América Latina: as metas do milênio da ONU e o papel da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 845-850, 2004.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. (Org.). **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 269p.

MONTEIRO, C. F. S *et al.* Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-301, ago. 2006.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 723-731, 2010.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Trad. bras. Roland B. Calheiros. 1. ed. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2002.

_____. A primeira verdade inconveniente. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 61-65, 2010.

OLIVEIRA, A.S.S. *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de enfermagem do nordeste-Rene**, vol.11, n. esp., p.32-41, 2010.

OLIVEIRA, M. D. F. V. D.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-380, 2011.

OLIVEIRA, L. S. D.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. D. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Revista Brasileira Saúde materno infantil**, Recife, v. 13, n. 4, p. 297-307, out/dez 2013.

PARADA, C. M. G. D. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan/mar 2008.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O. O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 658-664, jul/ago 2011.

PAULA, C. *et al.* Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 984-989, 2012.

PEIXOTO, A. J. Fenomenologia, ética e educação: uma análise a partir do pensamento de Husserl. **Filosofia e Educação**, v. 3, n. 1, p. 313-330, abr/set 2011.

PEREIRA, A. L. D. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de enfermagem do nordeste- Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2012.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. supl I, p. 759-768, 2009.

RIUL, S. D. S. et al. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pela puérperas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Botucatu, v. 2, n. 01, p. 75-88, 2013.

SALES, C. A. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Revista enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 563-568, out/dez 2008.

SALIMENA, A. M. O. **Buscando Compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia**. 2000. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais/ Escola de Enfermagem, Minas Gerais, 2000.

_____. **O cotidiano da mulher após histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger**. 2007. Tese (Doutorado em enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

SALIMENA, A. M. D. O.; SOUZA, I. E. D. O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Escola Anna Nery- Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 637-644, dez. 2008.

SANTOS, A. D. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de enfermagem do nordeste- Rene**, v. 11, n. especial, p. 61-71, 2012.

SEBOLD, L. F.; CARRARO, T. E. Autenticidade do ser-enfermeiro-professor no ensino do cuidado de enfermagem: uma hermenêutica Heideggeriana. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 22-28, jan/ mar 2013.

SILVA, A. *et al.* Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica de um modelo de cuidado clínico de conforto. **Escola Anna Nery- Revista enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 168-172, jan/mar 2013.

SILVA, W. O. Análise da perspectiva comportamental e de ethos profissional no estudo das políticas públicas de humanização do parto. **Latitude**, Maceió, v. 8, n. 1, 2014.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. D. O. Vivência de parturientes: observação de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 507-516, out/dez, 1997a.

_____. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997b.

TERRA, M. G. *et al.* Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out/dez 2006.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORRES, J. A. *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. 220-231, 2014.

VERAS, R. M.; MORAIS, F. R. R. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 3, p. 102-112, 2011.

VIEIRA, B. D. G. *et al.* A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery. **Revista enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, n. esp, p. 579-584, dez. 2012.

WHO. Department of Reproductive Health & Research. **Care in Normal Birth: a practical guide.** Geneva, 1996. 60 p. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/> Acesso em 10/11/2014 às 8h.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“COMPREENSÃO DA MULHER ACERCA DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS VIVIDAS NO PARTO: implicações para o cuidado de enfermagem”**. Nesta pesquisa, pretendemos desvelar os significados para a mulher acerca das intervenções obstétricas vividas no parto. O motivo que nos leva a estudar esse tema é compreendermos esses significados para a mulher acerca do parto ocorrido com intervenções e, assim, oferecermos subsídios para uma reflexão mais profunda sobre esse tema, melhorando a assistência à mulher, à família e ao recém-nascido.

Para participar deste estudo, a Senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Trata-se de uma pesquisa de risco mínimo, pois iremos realizar somente uma entrevista para coletar seu depoimento sem invadir sua privacidade.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, no Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem, e a outra será fornecida à senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida à senhora.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos da pesquisa **“COMPREENSÃO DA MULHER ACERCA DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS VIVIDAS NO PARTO: implicações para o cuidado de enfermagem”**, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Pesquisadora

Participante

Testemunha

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102- 3788 /: cep.propesq@uffj.edu.br **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:**
MICHELLE BARBOSA MORATÓRIO ENDEREÇO: RUA HELENA BITTENCOURT, N° 80, CARLOS CHAGAS, CEP:
36081-272 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 91991310/ MB.MORATORIO@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data da Entrevista: _____/_____/_____

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

Idade Gestacional: _____

Número de Gestações: _____ Número de parto: _____ Número de aborto: _____

Questões norteadoras:

Como foi para você a experiência do trabalho de parto e parto desde o momento em que entrou na sala do pré-parto?

Gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE C

NOTA DE ESCLARECIMENTO

O título e o objetivo do projeto inicial encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e o que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Autorização para Realização da Pesquisa foram reelaborados pelas pesquisadoras, com a finalidade de refletir melhor o conteúdo do estudo.

