

NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA

**A DOR DO PARTO NORMAL
NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Goiânia

2009

NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA

**A DOR DO PARTO NORMAL
NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFG/UFMS) como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

Goiânia

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Almeida, Nilza Alves Marques.
A447d A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde [manuscrito] / Nilza Alves Marques Almeida. – 2009.
224 f

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Convênio Rede Centro-Oeste UnB/UFG/UFMS.

Bibliografia: 204-214.
Inclui lista de siglas.
Apêndices e anexos.

1. Dor do parto 2. Parto normal 3. Pré-natal 4. Enfermagem obstétrica 5. Saúde da mulher I. Medeiros, Marcelo. II. Universidade de Brasília. **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.** III. Universidade Federal de Goiás. **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.** IV. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.** V. Título.

CDU: 618.2-083

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nilza Alves Marques Almeida

A DOR DO PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

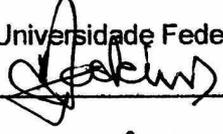
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFG /UFMS) como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 31 / 03 / 2009

Banca Examinadora

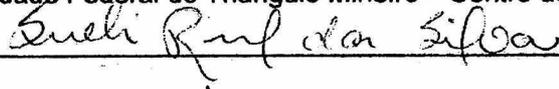
Prof. Dr. Marcelo Medeiros

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Enfermagem

Assinatura:  _____

Profª. Drª. Sueli Riul da Silva

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Centro de Graduação em Enfermagem

Assinatura:  _____

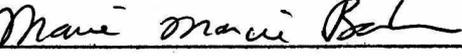
Profª. Drª. Marta Rovey de Souza

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia

Assinatura:  _____

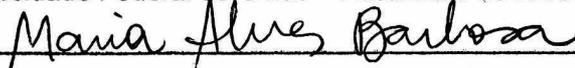
Profª. Drª. Maria Márcia Bachion

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Enfermagem

Assinatura:  _____

Profª. Drª. Maria Alves Barbosa

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Enfermagem

Assinatura:  _____

Dedico este trabalho, com muito amor,

ao meu marido Rogério e aos meus filhos Mariana e Mateus, que com o consentimento de Deus, compartilharam comigo a parturição.

Quantas horas divididas para garantir-me o exercício dos diferentes papéis de mulher, mãe, esposa e trabalhadora. Tudo em prol de um futuro promissor, feliz e justo para todos nós.

Obrigada por abrirem mão de parte do tempo que eu dispunha para aconchegá-los e amá-los. A vocês ofereço o fruto de meu esforço.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por guiar os meus caminhos em todos os momentos, provendo-me de força, coragem e sabedoria para a realização do doutorado, como mais uma etapa de crescimento pessoal e profissional.

De forma especial, expresso minha gratidão às mulheres que colaboraram como sujeitos desta pesquisa. A singularidade de suas palavras instrumentou-me para a compreensão dos sentidos da dor do parto normal e para a produção de conhecimento, na área de assistência obstétrica, que possa favorecer outras mulheres no futuro.

Nesta trajetória contei com pessoas muito especiais, **familiares** compreensivos e **amigos** disponíveis, aos quais dirijo meus agradecimentos:

Ao meu marido **Rogério**, pelo amor, companheirismo, suporte e incentivo.

Aos meus amáveis filhos **Mariana e Mateus**, pela paciência e compreensão da importância desta etapa na minha vida profissional.

Aos meus pais Neusa e Nivaldo, que sempre deram o suporte necessário.

À minha sogra Hermínia, pelas dedicadas orações.

À direção e a todos os servidores da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, que colaboraram para a operacionalização da coleta de dados desta pesquisa.

Ao professor Dr. Marcelo Medeiros, meu orientador, por ter confiado nesta proposta de trabalho e disponibilizado suas orientações e conhecimentos em Pesquisa Qualitativa, e, também, pela compreensão das minhas limitações.

À professora Dr^a. Marta Rovey de Souza, por suas valiosas sugestões e discussões para o direcionamento deste estudo, assim como por suas sábias palavras de mulher.

A Maria José Soares, que brilhantemente me iluminou na revisão do texto da tese.

Ao professor Dr. Joaquim Tomé de Sousa, pelo apoio na composição do banco de dados de caracterização das participantes da pesquisa.

À Faculdade de Enfermagem, por compreender a importância de minha dedicação à pesquisa do doutorado.

Ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela oportunidade de aprendizado.

Às colegas da FEN, especialmente Jacqueline Rodrigues de Lima e Márcia Maria de Souza, pelo companheirismo.

Às colegas Cleusa Alves Martins e Flaviana Vieira Andrade, pelo apoio incondicional no exercício das atividades docentes da disciplina Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.

À colega Lucinéia Joaquina Soares, pela colaboração na segunda etapa de coleta dos dados.

Às acadêmicas de enfermagem Amanda Santos Fernandes Coelho e Cristiane Coimbra Silva, pela colaboração em atividades de digitação.

Aos professores doutores Sueli Riul da Silva, Marta Rovey de Souza, Maria Márcia Bachion, Maria Alves Barbosa e Denize Bouttelet Munari, que se prontificaram a participar da banca examinadora.

À professora Marisa Guimarães, minha professora no curso de Educação Física, que tem se dedicado intensamente ao preparo físico de mulheres para o parto normal, por ter contribuído na preparação para os meus partos e por ter fomentado meu interesse em trabalhar com gestantes.

A todos os amigos que porventura não citei, mas que estiveram presentes nesta caminhada, incentivando minha conquista.

Parir é “dar à luz”

Dar à luz com dor?

Dar à luz como um sofrimento de desígnio divino à maternidade?

Um momento que exige quietude e solidão.

Um momento que exige força e coragem da mulher.

Um momento em que a mulher necessita de amparo, cuidado e atenção.

Um momento de expressão de medo e de insegurança.

Um momento...

Dar à luz com dor?

Cada mulher tem sua história da dor do parto...

Um fenômeno natural inerente ao parto, que, no ir e vir, sinaliza o nascimento, a felicidade da chegada, a alegria da vida?

Onde está o seu sentido?

Na singularidade da expressão de cada mulher?

No protagonismo do parto?

Na propriedade feminina de impulsionar o nascimento?

Na revelação de características femininas?

No empoderamento garantido pela maternidade?

Na perpetuação dos sentidos construídos a partir dessa experiência de vida de mulher?

Nilza

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender os sentidos da dor do parto normal, construídos por um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, atendidas em uma maternidade pública de Goiânia–GO, a partir de suas perspectivas durante a primeira gestação e de suas vivências de dor no primeiro parto. O estudo fundamentou-se nos princípios metodológicos da pesquisa social estratégica em saúde, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico para a discussão dos dados a dimensão sociocultural, político-assistencial e biológica da dor do parto normal. Entre março e outubro de 2007, primigestas voluntárias foram entrevistadas, antes e após o parto normal, com perguntas norteadoras sobre a temática da dor do parto normal. As falas foram analisadas pelo Método de Interpretação de Sentidos. As dez participantes apresentaram-se com faixa etária entre 18 e 31 anos e escolaridade média de 11,6 anos de estudo formal. Pertenciam à população de baixa renda e a maioria vivia com o companheiro. Todas realizaram o pré-natal completo, apresentaram evolução normal da gravidez e tiveram parto normal. Da análise das falas, emergiram as categorias temáticas “construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal” e “construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada” que orientaram a organização dos resultados. No período pré-natal, as perspectivas foram de uma vivência saudável e satisfatória da dor e do parto normal. As trajetórias de construção dos sentidos da dor foram mediadas pelas informações veiculadas no meio sociocultural e de assistência pré-natal. Foram construídos sentidos ambíguos da dor, ora como fenômeno natural inerente ao parto, ora como fenômeno de sofrimento para a mulher, conforme retratado no meio sociocultural e na assistência pré-natal. Após o parto, a maioria das participantes referiu satisfação em relação à vivência parturitiva de dor e à assistência obstétrica hospitalar recebida. A partir de suas vivências parturitivas, como protagonistas do parto, a maioria construiu sentidos de dor como fenômeno inerente ao parto natural e de domínio feminino. A experiência de dor favoreceu a revelação de características femininas e o empoderamento das mulheres pela mudança de *status* social propiciada pela maternidade. Estes resultados configuram relevante instrumento para os profissionais da saúde, no sentido de planejar ações educativas para a assistência pré-natal e implementar estratégias de acompanhamento e manejo da dor que promovam conforto e satisfação para as parturientes, na perspectiva de assistência obstétrica humanizada, preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Palavras Chave: Dor do parto. Parto normal. Pré-natal. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

ABSTRACT

This study aimed to understand the normal delivery pain meanings for patients, at a public health maternity hospital in Goiânia, Goiás, Brazil, considering their perspectives during the first pregnancy and their experiences of pain in the first childbirth. It was based on the methodological principles of the strategic social research in health, in a qualitative approach, having as theoretical framework for the data discussion the sociocultural, political care, and biological dimension of the vaginal delivery pain. In the period between March and October 2007, pregnant primigravid volunteers were interviewed before and after their normal delivery, with guiding questions on normal delivery subject. The women speeches were analyzed by the meanings interpretation method. Ten participants were from 18 to 31 years old and about 11.6 years of formal study. They belonged to the low income population and the majority lived with their partners. All women performed the complete prenatal and have had normal pregnancy and delivery. From their discourses analysis, it emerged the thematic categories “building the meanings for the normal delivery pain from the perspectives of pain in pre-natal time” and “building the meanings for normal delivery pain from the lived experience at the maternity hospital”, that guided the organization of the results. In prenatal time the women’s perspectives were of a healthy and satisfactory experience of the pain and the normal delivery. The trajectories of the pain meanings construction were mediated by reports in the sociocultural environment and prenatal care. They were built ambiguous meanings of pain, either as a natural phenomenon inherent in the birth, sometimes as a suffering phenomenon for women, as portrayed in the sociocultural environment and prenatal care. After delivery, most participants indicated satisfaction on parturitive experience of pain and on the obstetric hospital care received. From their experiences as delivery protagonists the majority has constructed pain meanings as a phenomenon inherent to the natural delivery and of women property. The experience of pain favored the disclosure of female characteristics and women's empowerment by the change of social status afforded by motherhood. These results constitute important tool for health professionals, to plan educational activities for prenatal care and implement strategies for monitoring and management of pain that promote comfort and satisfaction for pregnant women, at a perspective of humanized obstetric care, recommended by the World Health Organization.

Keywords: Labor pain. Natural childbirth. Prenatal care. Obstetrical nursing. Women's health.

LISTA DE SIGLAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DT	Divisão de Transportes
FEN	Faculdade de Enfermagem
GO	Goiás
HC	Hospital das Clínicas
IASP	International Association for the Study of Pain
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organizações Não Governamentais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PQG	Programa de Qualidade Goiás
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SBED	Sociedade Brasileira para Estudo da Dor
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde Pública
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE SIGLAS	x
CAPÍTULO 1	13
1 DA CONCEPÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO: OBJETO E OBJETIVOS	14
CAPÍTULO 2	26
2 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL, POLÍTICO-ASSISTENCIAL E BIOLÓGICA DA DOR DO PARTO NORMAL	27
2.1 O gênero feminino e o enfoque sociocultural da dor do parto normal	27
2.2 O processo histórico de gerenciamento do corpo feminino, do parto e da dor	35
2.3 Implicações da política de Saúde da Mulher e do movimento pela humanização do parto e nascimento na provisão do cuidado obstétrico	42
2.4 O conhecimento sobre a natureza da dor do parto: mecanismos que integram a sua subjetividade e dimensionalidade	54
2.5 Pressuposto do estudo	70
CAPÍTULO 3	71
3 PERCURSO METODOLÓGICO	72
3.1 Fundamentos metodológicos	72
3.2 Os cenários do estudo	74
3.3 Trabalho de campo	80
3.4 Conhecendo as participantes da pesquisa	89

3.5 Procedimento de análise e interpretação dos dados das entrevistas	97
3.6 Dificuldades encontradas durante a investigação	101
CAPÍTULO 4	103
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	104
4.1 Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal	105
4.2 Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada	140
CONSIDERAÇÕES	192
REFERÊNCIAS	203
APÊNDICES	214
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	215
APÊNDICE B – Protocolo de características socioeconômicas, demográficas e obstétricas do período pré-natal	218
APÊNDICE C – Protocolo de entrevista no período pré-natal	219
APÊNDICE D – Protocolo de dados obstétricos de admissão, trabalho de parto e parto	220
APÊNDICE E – Protocolo de entrevista no pós-parto	221
ANEXOS	222
ANEXO A – Autorização da instituição para a realização da pesquisa	223
ANEXO B – Aprovação do comitê de ética em pesquisa	224

Capítulo 1

1. DA CONCEPÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO: OBJETO E OBJETIVOS

A escolha da dor do parto normal como tema de estudo reflete o caminho que tenho percorrido, seja no âmbito pessoal, desde o meu nascimento até o presente, passando por minhas próprias vivências de parto, seja no profissional, como enfermeira docente na área obstétrica. Esta escolha emergiu, portanto, de um problema enraizado em minha vida prática e apoiou-se na compreensão, como bem explica Minayo (2000, p.90), de que:

Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo.

Ao partir da dor do parto como problema real, busco com este estudo reunir reflexões, questionamentos e dados que possam contribuir para a construção de novos conhecimentos sobre a natureza dessa dor e possam apontar caminhos para a sua abordagem. Neste percurso, mergulho em realidades subjetivas de mulheres atendidas em uma maternidade pública da cidade de Goiânia, no estado de Goiás, para compreender a dor do parto normal.

No que tange ao meu próprio nascimento, guardo o registro das histórias várias vezes relatadas por minha mãe sobre a sua vivência de dor no parto, em particular do meu. Eram histórias sempre marcadas por muita dor e sofrimento. Minha mãe sempre dizia:

“Fui à maternidade e voltei para casa muitas vezes com aquela dor, porque a bolsa já tinha rompido. Sempre falavam que não estava na hora. No dia do seu parto, foi uma dor horrível. Gritei muito. Eles tiveram que empurrar minha barriga e tirar você com fórceps, porque

seu parto foi um parto seco. Até machucou a sua cabeça. Pensei que você não ia sobreviver porque era prematura. O padre até te batizou no hospital.”

No decorrer dos anos, essa fala de minha mãe permaneceu inquieta dentro de mim. Já se iniciava uma tímida reflexão sobre o paradoxo de o processo reprodutivo natural pressupor a ocorrência de dor e sofrimento para a mulher no parto, como parte do seu ciclo de vida.

Durante minha formação escolar, assim como dos meus irmãos, nossos pais sempre indagavam acerca do caminho profissional que pretendíamos seguir. Eu logo falava que gostaria de ajudar as mulheres a ter seus filhos, porque considerava esse momento muito especial para o início da vida. Na verdade, essa ideia já consistia em uma valorização do parto como processo natural, embora não houvesse ainda sinais da consciência disso. Avancei nos estudos, fui para a faculdade e comecei a minha trajetória de formação profissional em Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e, simultaneamente, em Educação Física, na Escola Superior de Educação Física do Estado de Goiás. Desde o início, eu almejava atuar na área de saúde da mulher, integrando essas duas áreas de conhecimento.

O interesse em trabalhar na área de Saúde da Mulher, suscitado ao longo dos cursos de graduação, especialmente, no que se refere ao preparo para o parto, motivou-me a participar da implantação de um projeto, coordenado por uma equipe multidisciplinar em uma clínica particular de Goiânia–GO. O projeto tinha como objetivo orientar as gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal e ensinar exercícios físicos básicos de preparo para o parto normal.

A compreensão dos aspectos biopsicossociais primários envolvidos no ciclo de vida da mulher, a partir dessa experiência de caráter multidisciplinar com grupo de gestantes, foi determinante em minha formação. Passei a conhecer alguns princípios do desenvolvimento de um trabalho grupal e as estratégias educativas para abordagem dos temas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal; as percepções e expectativas das gestantes acerca da gestação e do parto, inclusive da dor; a aplicação de exercícios físicos preparatórios para o parto e a singularidade de cada mulher, em razão de seu contexto de vida e de assistência obstétrica. Essa vivência intensificou ainda mais meu interesse em atuar profissionalmente na área de Saúde da Mulher, integrando conhecimentos a fim de desenvolver ações voltadas para uma assistência obstétrica humanizada, capaz de proporcionar segurança e satisfação, bem como para a preparação da mulher para o parto.

Ao concluir a graduação em Enfermagem, iniciei a atuação profissional em dois campos: na assistência, em uma maternidade privada, e na orientação de Educação em Saúde para adolescentes, em uma escola técnica federal. Na maternidade, trabalhei na assistência pré-natal, com consulta de enfermagem. Essa atividade proporcionou-me o contato com as percepções de dor e de parto normal das gestantes que recebiam assistência naquela instituição. Observei que principalmente as primigestas entendiam o parto normal como um evento que não promove a satisfação da mulher, pois causa-lhe dor e sofrimento. Para confirmar essa visão, elas relatavam breves histórias do seu meio sociocultural. Isso me causava inquietação e terminou despertando questionamentos acerca da influência sociocultural e assistencial na escolha pela mulher do tipo de parto, bem como em sua forma de compreensão da dor.

No primeiro contato com a gestante, na consulta pré-natal, eu buscava estratégias para tentar desmistificar essa visão de dor e sofrimento no parto normal. Entretanto, como eu não acompanhava as gestantes até o final do pré-natal, nem durante o parto, não tinha possibilidade de avaliar as respostas concretas. Disso adveio grande inquietação, que me impeliu a iniciar um caminho de busca de aperfeiçoamento e atualização na área da obstetrícia, a fim de ampliar meus conhecimentos e, assim, subsidiar minha ação profissional, em especial no trabalho educativo com gestantes.

Em 1994, passei a exercer, em regime de dedicação exclusiva, a carreira profissional de docente, integrando o quadro efetivo da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás na área de Saúde da Mulher. Ao iniciar essa trajetória profissional, tomei inteira consciência de que ensino, pesquisa e extensão são indissociáveis. Assim, passei a mobilizar esforços para realizar continuamente ações profissionais que abrangessem essas três instâncias, ingressando inicialmente em um curso de especialização em Metodologia do Ensino Superior.

Ao longo de quatorze anos, minha atuação tem convergido para o ensino vinculado a ações de promoção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e de prevenção e tratamento de agravos nessa fase. Dessa maneira, minha participação na pesquisa também tem sido pautada pelo objetivo de ensinar com base na práxis, refletida e atualizada para o contexto da mulher, assim como na difusão do conhecimento científico já produzido e em atividades de extensão, que visam compartilhar com a sociedade conhecimentos e inovações.

Durante esses anos de docência, ensinando a assistência obstétrica a alunos de graduação e, ao mesmo tempo, realizando o cuidado de parturientes, pude estar ao lado delas, escutando e até 'sentindo' sua dor. Isso permitiu que eu

conhecesse, do ponto de vista obstétrico, as particularidades e diferenças entre primigestas e multigestas, por exemplo, bem como outros fatores que estão envolvidos na vivência parturitiva e são geradores de sentimentos ambivalentes, como sofrimento e alegria. Essa experiência tem me instigado a buscar o aprofundamento de conhecimentos teóricos sobre dor do parto, no sentido de compreender esse fenômeno para ensinar aos alunos o cuidado e o manejo da dor, com foco em uma prática humanizada, baseada no respeito à integralidade da parturiente e de seus direitos como pessoa humana e cidadã.

No contexto de assistência obstétrica, pude constatar reiteradas vezes, como nós, profissionais de saúde, sentimos-nos incomodados e impotentes perante a vivência de dor da parturiente, principalmente quando ela expressa a dor e busca recurso próprio para seu enfrentamento e alívio. Essa percepção suscitou meu interesse em conhecer mais sobre a dor na perspectiva e na vivência da mulher, partindo do pressuposto de que, para cooperar sem intervir no processo natural, é necessário saber qual o sentido da dor para cada uma delas, ou seja, é preciso compreender como cada uma constrói o sentido da dor.

Em 1997, vivenciei meu primeiro parto normal. Foi um momento sublime, engrandecedor, vitorioso. Tive uma gestação saudável, durante a qual me preparei física e psicologicamente para o nascimento de Mariana, com todo o apoio e a participação ativa de meu marido. Tive pleno acompanhamento, desde a gestação até o pós-parto. Tudo transcorreu em absoluta normalidade e minhas expectativas e de meu marido foram atendidas. Vivenciei a intensificação gradativa das contrações uterinas e da dor, por doze horas, participando ativamente. Tive uma dor ‘manhosa’ como dizem algumas mulheres. Naquele momento, lembrei que, durante a gravidez, minha mãe sempre me perguntava: “Você quer mesmo ter parto normal?” Então,

vinha à lembrança seu relato sobre o episódio de meu nascimento, com dor e sofrimento. Isso reforçou o meu interesse de vivenciar o parto normal para compreender a dor. Assim aconteceu.

Cinco anos depois, nasceu Mateus. O que diferiu entre as duas experiências foi o trabalho de parto: o segundo foi mais breve (cinco horas) e a dor, mais intensa. Fiz o mesmo percurso de preparação para o parto e tive condições favoráveis de assistência, semelhantes à minha primeira experiência de gestação e parto. Meu marido esteve igualmente ao meu lado nos dois partos, presenciando com atenção e carinho certos momentos como se fossem dele. Ele registrou em filme vários momentos, para serem resgatados e compartilhados com nossos filhos, que tiveram importante participação como atores do processo de nascimento. Hoje, eles assistem aos vídeos do próprio nascimento com satisfação e felicidade.

Minhas experiências foram de parto institucionalizado, sem indução e sem analgesia, mas tudo transcorreu conforme a cartilha da obstetrícia, com algumas intervenções, como a posição de litotomia, episiotomia e episiorrafia. Vivenciei as dores do parto, com as características que lhe são peculiares. Posso dizer que foi um processo plenamente suportável e saudável para mim e meus filhos. Por isso, o sentido que construí sobre a dor será incluído, ao final deste trabalho, entre os das mulheres que contribuíram para este estudo. Hoje, relato com satisfação e alegria, minha história de gestação, parto e nascimento aos meus filhos, a outras mulheres e aqui neste trabalho.

Ao comparar minha realidade assistencial com a de muitas mulheres que dispõem tão-somente da rede pública para assistência, vejo que fui privilegiada. Muitas mulheres peregrinam horas, com dor, até obter admissão para assistência ao parto. Geralmente, durante o parto, elas são atendidas por outra equipe, diferente da

do pré-natal. Além disso, somam-se, com frequência, a falta de preparo físico e psicoemocional para vivenciar a dor por tempo prolongado, a ausência de atenção individualizada e, principalmente, do companheiro. Isso contribui para a reflexão acerca dos diferentes sentidos que a dor do parto pode adquirir para as mulheres, considerando as suas perspectivas e vivências, dentro de um contexto sociocultural e assistencial institucional.

A partir dessas experiências pessoais, pude intensificar a atenção para o cuidado obstétrico direcionado às mulheres atendidas em maternidades públicas. No ensino, na graduação, ofereço aos alunos esse conhecimento, contextualizado na prática assistencial e pessoal, com a devida fundamentação teórica nas evidências científicas apontadas pela literatura. Procuro, desse modo, contribuir para a promoção de um cuidado humanizado da mulher durante o processo de parturição.

Durante minha trajetória docente, busquei potencializar competências para o exercício acadêmico e para a produção de conhecimento científico, fazendo o curso de pós-graduação em nível de mestrado. A pesquisa de mestrado proporcionou-me uma aproximação maior da temática da dor do parto normal como fenômeno biológico, com enfoque em estratégias não farmacológicas de alívio da dor e da ansiedade durante o processo de parturição (ALMEIDA, 2001).

Nessa pesquisa, foram avaliados os efeitos da aplicação de técnicas psicofiláticas durante o processo de parturição sobre a dor, a ansiedade e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Para tanto, estudei a participação da parturiente primigesta nas diferentes fases do trabalho de parto e durante o parto, sua visão sobre a assistência psicofilática de enfermagem recebida no pré-parto e sua percepção sobre o parto, assim como o traço e o estado

de ansiedade da parturiente, a intensidade de sua dor e os níveis plasmáticos de ACTH medidos durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato.

Desde a publicação dessa pesquisa de mestrado (ALMEIDA, 2001; ALMEIDA, et al., 2004, 2005a, 2005b), seus resultados sobre a dor do parto têm subsidiado novas investigações científicas (MOREIRA et al., 2006; COUTO, 2006b; DAVIM, TORRES, MELO, 2007; RODRÍGUEZ, 2007; DAVIM, 2007; MACEDO, 2007; SESCATO, SOUZA, WALL, 2008; PRIMO, AMORIM, 2008; MAZZALI, GONÇALVES, 2008). Em linhas gerais, trata-se de estudos acerca do aspecto biológico da dor do parto, das estratégias não farmacológicas de alívio da dor da parturiente, bem como sobre a importância desse conhecimento para a humanização da assistência obstétrica de enfermagem.

Em vista das evidências, mostradas pela literatura, de que a dor do parto é histórico-culturalmente reconhecida como uma experiência inerente ao processo de parturição, associada à ideia de sofrimento, e um evento esperado pela maioria das mulheres de diferentes culturas (MACLEAN, MCDERMOTT, MAY, 2000), além de ser apontada, no Brasil, como uma das causas de “cesárea a pedido” e conseqüentemente do aumento dos índices desse procedimento (FAÚNDES, CECATTI, 1991; OLIVEIRA et al., 2002), a dor passa a ser uma preocupação de saúde pública. Desvelar os sentidos atribuídos pelas mulheres a essa dor é um objeto de estudo de interesse para a enfermagem como a profissão do cuidado.

A dor do parto, além de um tema relevante para a assistência obstétrica, encontra-se destacada no cenário atual de discussão científica mundial. No Brasil, as políticas públicas de saúde reconhecem-na como uma preocupação importante durante o processo parturitivo. Disso resulta que sejam preconizadas

recomendações para seu manejo nos manuais e documentos, tanto da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) quanto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Sabe-se, no entanto, que a compreensão do fenômeno da dor do parto, assim como o seu manejo, ainda constituem um desafio para os programas de Saúde Pública no Brasil e para os profissionais da assistência obstétrica. A complexidade do processo de percepção da dor, que envolve dimensões da subjetividade, alcançando não só aspectos biológicos, mas também psicológicos e socioculturais, explica essa dificuldade.

Diante dessas questões, intensifiquei o esforço por ampliar conhecimentos sobre essa temática com a inserção no curso de pós-graduação no nível de doutorado. Assim, como pesquisadora, passei a vislumbrar a possibilidade de construção de um eixo temático para ampliar e complementar a discussão, o debate e, conseqüentemente, a produção de conhecimento científico acerca da temática dor do parto normal, com a perspectiva de que os resultados obtidos com este estudo poderão subsidiar a área de ciências da saúde, em especial, a enfermagem obstétrica, no ensino e na pesquisa, bem como no planejamento e na execução da assistência.

Com a projeção da tarefa investigativa nesse âmbito, surgiu a necessidade de aprofundar a compreensão de aspectos socioculturais e assistenciais relacionados com a temática da dor do parto normal. Fiz opção por uma abordagem qualitativa da Pesquisa Social em Saúde, por entender que esta oferecia maior alcance na investigação desse fenômeno, que constitui um problema social, tanto quanto de saúde pública.

Para tanto, propus como objeto deste estudo os sentidos da dor do parto normal para as mulheres primigestas. Assim, defini como ponto de partida buscar,

por meio de instrumentos da pesquisa qualitativa, respostas para as seguintes questões preliminares, que nortearam o processo de reflexão subjacente a todo o estudo:

- Como os sentidos da dor do parto normal são construídos pela primigesta durante o período pré-natal e logo após a vivência parturitiva?
- Quais as perspectivas de dor do parto da primigesta e qual a sua relação com o contexto sociocultural e com a assistência pré-natal?
- Como se processa a vivência de dor no parto normal pela primigesta considerando a assistência obstétrica hospitalar?

A partir das considerações, aqui destacadas, acerca de meu percurso pessoal e profissional em relação ao tema e ao objeto deste estudo, bem como das reflexões propostas nas questões de pesquisa, foi possível identificar alguns elementos fundamentais para a definição dos objetivos deste estudo e para o encaminhamento da investigação de acordo com o referencial teórico escolhido.

O objetivo geral proposto para este estudo foi compreender os sentidos da dor do parto normal construídos por um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, atendidas em uma maternidade pública de Goiânia–GO, a partir de suas perspectivas durante a primeira gestação e de suas vivências de dor no primeiro parto.

Como objetivos específicos, propus-me a analisar, primeiro, as perspectivas de dor do parto normal de primigestas e as suas relações com o contexto sociocultural e de assistência pré-natal e, depois, analisar as vivências de

dor do parto normal dessas primigestas e suas relações com a assistência obstétrica hospitalar.

Do ponto de vista da organização textual, este estudo foi estruturado de modo que a este capítulo introdutório, de visão panorâmica, seguem-se, dispostos nesta ordem, três capítulos – um em que se delineiam os marcos teóricos da pesquisa, outro referente ao caminho percorrido para sua construção e mais um contendo a apresentação e discussão dos resultados – e, ao final, as considerações acerca dos resultados, as conclusões e os possíveis desdobramentos desta pesquisa.

Conforme enunciado acima, o segundo capítulo contempla o referencial teórico acerca da dimensão sociocultural, político-assistencial e biológica da dor do parto normal que deu fundamento a este estudo, desde a definição da abrangência da pesquisa até a discussão dos dados obtidos. Para garantir uma reflexão mais ampliada, a abordagem teórica contemplou aspectos do gênero feminino, a construção histórica e social do ideário da dor, a política de saúde da mulher e a subjetividade e a dimensionalidade da dor do parto normal.

Na sequência, o terceiro capítulo trata do percurso metodológico que norteou o procedimento de coleta, análise e interpretação dos dados da pesquisa. Nesse capítulo, foram também descritas as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das participantes e as dificuldades encontradas durante a coleta de dados.

No quarto capítulo, foram contempladas a apresentação e a discussão dos resultados em um diálogo constante com o referencial teórico, a partir das categorias temáticas que emergiram das falas das participantes.

E para finalizar, a título de conclusão, foram propostas algumas considerações e reflexões acerca das possíveis contribuições deste estudo para a área obstétrica e de ciências da saúde.

Capítulo 2

2 DIMENSÃO SOCIOCULTURAL, POLÍTICO-ASSISTENCIAL E BIOLÓGICA DA DOR DO PARTO NORMAL

2.1 O gênero feminino e o enfoque sociocultural da dor do parto normal

A referência ao gênero feminino remete, imediatamente, ao aspecto biológico da reprodução como sua essência. Este está associado a fatores históricos, culturais, políticos e ideológicos que perpassam o exercício da maternidade. Entre as atribuições do feminino está a parturição, envolta em múltiplos significados nas diferentes culturas, e, concomitantemente, o processo doloroso que a acompanha.

O parto como um processo doloroso parece ser uma experiência tão antiga quanto a própria existência humana. A mais remota explicação conhecida para sua origem está contida na *Bíblia Sagrada*. No livro do “Gênesis” (3:1-16) está escrito que Adão e Eva, ao comerem do fruto proibido da árvore do conhecimento do bem e do mal, transgrediram a ordem do Criador, sendo por isso, duramente punidos. Como uma das punições, Deus disse a Eva: “Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o seu marido e tu estarás sob o seu domínio...” (BÍBLIA SAGRADA, 1995).

O predomínio dessa representação milenar da dor do parto como punição divina perdurou até o século XIX nas culturas judaico-cristãs. Na atualidade, ela ainda permanece fortemente ativa no contexto de construção do significado da experiência dolorosa do parto para a mulher, levada a vivenciá-la como um

sofrimento de desígnio divino à maternidade pela desobediência de Eva (VALE, DELFINO, 2003).

No curso de tantos séculos, a consagração da dor como sofrimento no parto por meio do mito “Parirás na dor” tem sido infundida no imaginário feminino popular. Desse modo, constitui em componente cultural determinante de que, do ponto de vista emocional e físico, o parto normal tenha uma conotação e um significado de experiência traumática para a mulher (GRIBOSKI, GUILHEM, 2006). Esse ideário teve forte influência nas novas gerações, quando o parto deixou de ser um evento instintivo e solitário para ser um evento social com participação feminina (parteiras) e caracterizado pela indissociabilidade entre os aspectos místicos e religiosos (OSAVA, MAMEDE, 1995; VALE, DELFINO, 2003).

A propósito desse legado mítico e religioso que envolve a mulher e a dor do parto, o estudo de Silva (2000) esclarece como a imagem do parto impôs-se com tanta ênfase na tradição bíblica e com simbologia mais fortemente relacionada à dor. Ele aponta que, no contexto da linguagem bíblica, a referência ao parto raramente é positiva, sendo relatada a ocorrência de partos difíceis naqueles tempos e, em vista das condições de vida da sociedade de então, também ocorria mortalidade materna.

Além da dor, havia a ideia de que o parto tornava a mulher impura, pois o sangue proveniente dele era considerado ainda mais impuro que o menstrual. Por isso, a mulher passava por uma cerimônia de purificação depois de quarenta dias do parto para voltar a frequentar a igreja (FERREIRA NETTO, 2004). Esse processo social contribuiu para a difusão histórica de um imaginário negativo do parto normal por meio da cultura da dor e do sofrimento como necessários e uma espécie de ritual religioso de purgação do pecado original de Eva (CARNEIRO, 2008).

Em contrapartida, historicamente, a vivência do parto tem também uma conotação positiva, associada a alegria, realização, vitória e vida nova retratada pelo nascimento do filho, que transcende a experiência da dor. Nesse sentido, a dor representa também um momento de crise que sinaliza um novo “início”, aponta para um novo nascimento, repleto de resistências, esperanças, alegrias e surpresas, que, de forma figurada, desde a *Bíblia* retrata a realidade do mundo novo que deveria nascer (SILVA, 2000).

Para melhor compreender a relação da mulher com a dor do parto conforme se manifesta na cultura e está retratada na literatura bíblica, faz-se necessário aproximar-se da noção de gênero. A dor, vista como inerente ao evento do parto e ao papel feminino de reprodução e de maternidade, tem significados construídos socialmente ao longo da história da humanidade.

No tocante ao gênero feminino, as descrições acerca do papel da mulher na humanidade contida nos escritos bíblicos ressaltam a importância de sua criação por Deus. A ela foi designado o papel de gerar e de frutificar a humanidade, por ser possuidora de útero fértil, sendo os processos de menstruação, gravidez e parto específicos do sexo feminino (FERREIRA NETTO, 2004).

O papel da maternidade, conforme descreve a “Gênesis” (1:22-28), é uma bênção. Porém, restringe-se basicamente ao desejo normatizado de procriar, sendo separada da sexualidade feminina (NEUENFELDT, 2007). Esses papéis atribuídos à mulher, no entendimento de Pollock (2005), advêm da primeira e mais poderosa advertência de Deus para Eva, quando esta assumiu independência, liderança e decisão diante do homem Adão. A partir dessa vertente, Mota-Ribeiro (2000) faz uma reflexão acerca da influência religiosa na tendência da mulher de aceitar os modelos representativos de Eva (a desobediência e a ruptura com o divino) e de

Maria (“Nova Eva”, ligada à virtude e ao divino) como natural e não como história socialmente construída. Esses modelos são, segundo esse autor, os dois paradigmas do gênero feminino: Eva, a mulher atual, e Maria, a figura idealizada do feminino (mulher mãe, esposa e virgem).

Para Cordeiro e Sabatino (1997), esses modelos representativos exercem importante influência na feminilidade e na maternidade. O símbolo da mulher-Eva, segundo esses autores, reaparece com a confirmação da gravidez, a qual denuncia o exercício da sexualidade, a vivência do prazer pela mulher, que, por isso, torna-se merecedora do castigo de parir com dor. Enquanto isso, o símbolo da mulher-Maria reaparece com a ocorrência do parto e diante do nascimento do filho, sendo retratada pela imagem da maternidade santificada, da pureza e da mulher que concebeu. Ao refletir sobre gênero e maternidade, Monteiro et al., (2008) enfatizam que o modelo representativo de Maria, de um lado, tem o significado de salvação pela maternidade imaculada ou a dessexualização do corpo feminino, e, de outro, permite a integralização das práticas sociais e dos comportamentos da mulher em face da dominação masculina.

Esse contexto histórico, segundo Souza (2007), permite compreender as relações culturais de poder sobre a mulher, prevalentes na cultura ocidental. Conseqüentemente, essa compreensão pode ajudar a esclarecer suas implicações na interação entre os profissionais de saúde e as usuárias do Sistema de Saúde Pública durante o processo parturitivo. Para essa mesma autora, a condição social da estrutura hierárquica de poder e de desigualdade de gênero, igualmente presente no âmbito institucional de assistência obstétrica, contribui, conforme afirmam também Griboski e Guilhem (2006), para a redução e até a desconsideração do poder de decisão da mulher, bem como da participação ativa desta no processo de

parturição, garantindo a manutenção do mito religioso da dor do parto, presente no imaginário feminino cultural e popular.

Acerca da influência sociocultural e religiosa na perda pela mulher da hegemonia em relação aos fatos da natureza feminina e a si mesma e, conseqüentemente, no distanciamento desta de sua condição natural, destacam-se as reflexões de Martins (2006). Para ele, isso, de certa forma, repercutiu nas esferas sociais ao longo dos séculos, e também no âmbito assistencial obstétrico, que colabora para manter a representação de dor como sofrimento para a mulher e colocá-la em uma condição de vulnerabilidade durante o processo parturitivo.

Essa vulnerabilidade, segundo Griboski e Guilhem (2006), além de estar ligada à perda do poder da mulher sobre o seu próprio corpo, tem relação com o desconhecimento dela sobre o processo biológico do parto, o tipo de assistência obstétrica que irá receber e sobre os seus direitos assistenciais. Na visão desses autores, para reverter esse processo social e as mulheres deixarem o estado de vulnerabilidade, é necessário haver o resgate, pela mulher, da autonomia e do poder de decisão sobre seu próprio corpo e o estabelecimento de relações de igualdade entre ela e os profissionais de saúde, sem autoritarismo por parte destes. De acordo com Tornquist (2002), o caminho para o empoderamento da mulher pressupõe resgatar o saber feminino sobre a sua condição natural e biológica, relacionada com a sexualidade e a capacidade reprodutiva, tão condicionadas pelo processo civilizatório.

No que diz respeito à dor do parto, Maldonado (1991) e Gualda (1993) salientam a importância de os profissionais de saúde considerarem o contexto sociocultural e a individualidade físico-psicológica da parturiente para entender melhor a dimensionalidade e subjetividade desse fenômeno, pela influência que

esses fatores exercem na maneira de sentir e interpretar as diferentes sensações advindas da dor ao longo da evolução do trabalho de parto. O parto, como um evento contextualizado culturalmente, reflete os valores de cada sociedade humana, por meio dos sentidos atribuídos a ele e ao processo doloroso como fenômenos universais que transcendem a experiência física (GUALDA, 1993; OSAVA, MAMEDE, 1995).

Os sentidos atribuídos pela coletividade ao parto e à dor manifestam a relação entre o indivíduo e a sociedade por meio das formas de sentir e de expressar (CALLISTER, VEHVILAINEN-JULKUNEN, LAURI, 1996; SARTI, 2001). Isso explica os mecanismos por que se processa o reconhecimento histórico-cultural da dor do parto como uma experiência inerente à parturição, associada à ideia de sofrimento em algumas culturas (MACLEAN, MCDERMOTT, MAY, 2000; FIGUEIREDO, COSTA, PACHECO, 2002) e valorizada como uma experiência de passagem para o *status* de adulta e mãe em outras, em vista da capacidade da mulher de enfrentá-la ou de resistir a ela (HOTIMSKY et al., 2002). Em nossa cultura, a dor do parto remete a uma “naturalização” do sofrimento, associado à forma como se dá a construção social de gênero feminino, encontrada de forma prevalente entre as camadas populares brasileiras (DINIZ, 2001).

Pimenta e Portnoi (1999) e Budó et al. (2007) enfatizam a importância e a influência da cultura no desenvolvimento, tanto de condutas, quanto de expectativas individuais e coletivas em relação à dor, bem como na avaliação que os profissionais de saúde fazem em relação a ela. Esses autores ressaltam que os valores, as crenças, as atitudes e os comportamentos relativos à dor são adquiridos no processo de aculturação, por meio da religião, das trocas familiares e dos métodos de educação de cada sociedade.

Morais, Alves e Traverso-Yépez (2008) destacam que as práticas e os processos de significação e geração de sentidos relacionados ao parto, à dor e ao nascimento transformaram-se ao longo da história, estando perpassadas pelas peculiaridades de cada contexto sociocultural. Historicamente, a vivência da dor durante o trabalho de parto e o parto, em muitas culturas e grupos sociais, tem sido associada com ansiedade, medo, provação, terror, sofrimento e morte. Embora cada cultura tenha uma forma de enfrentamento da dor, caracterizada por um repertório de conhecimentos, rituais e técnicas disponíveis em conformidade com seus contextos históricos, existe uma busca para sua superação, bem como do sofrimento que dela advém.

Para os gêneros são também instituídas culturalmente formas distintas de lidar com a dor (SARTI, 2001). No caso da dor do parto, a sua vivência pela mulher tem sua dimensão cultural bastante enfatizada. Em algumas culturas, é valorizada a atitude de suportar a dor em silêncio, enquanto em outras a expressão é permitida de forma explícita (SAITO, GUALDA, 2002c). Quanto aos significados específicos do nascimento, estes também influenciam no comportamento normativo em relação ao parto e a experiência da dor (CALLISTER, VEHVILAINEN-JULKUNEN, LAURI, 1996).

As informações veiculadas no contexto sociocultural pelas mulheres que já vivenciaram o processo parturitivo, na maioria das vezes, retratam a dor como uma experiência negativa, caracterizada por intenso sofrimento. Essas informações geralmente despertam nas gestantes sentimentos, em regra, negativos, como medo, dúvida, resignação, curiosidade e/ou incredulidade, que as acompanham durante toda a gravidez. Esses sentimentos e temores podem ser compartilhados com os

profissionais de saúde e trabalhados por eles, no acompanhamento pré-natal, segundo Saito e Gualda (2002c).

Nesse sentido, a forma como a mulher comporta-se diante da dor e a assistência obstétrica que lhe é direcionada também revelam os valores da cultura, ou seja, o fator cultural está presente na manifestação da dor de parto e na assistência à mulher que a vivencia. Isso reforça o reconhecimento de que o contexto sociocultural da mulher deve ser considerado durante a assistência ao parto, assim como a especificidade das diferenças de perspectiva e de formas de lidar com a dor, dela e do profissional de saúde.

A abordagem sociocultural na compreensão da dor do parto não invalida o estudo de seu componente perceptivo, que é inerente ao processo fisiológico do parto. Porém, esclarece que, especialmente em nossa cultura, prevalece a difusão da ideia da dor como evento gerador de sofrimento e, conseqüentemente, do parto normal como uma experiência insatisfatória e traumática para a mulher.

Essa representação sociocultural da dor do parto como sofrimento para a mulher, de certo modo, tem influenciado nas expectativas das mulheres de nossa cultura quanto à vivência do parto normal como evento natural inerente ao feminino. Suscitam reflexão as implicações dessa representação para o gênero feminino, para a maternidade e para a sociedade.

2.2 O processo histórico de gerenciamento do corpo feminino, do parto e da dor

Com o processo de civilização, o ato de parir foi deixando de ser um evento instintivo e solitário, caracterizado por rituais fisiológicos sem interesse para a coletividade, para tornar-se um evento sociocultural, com a participação de parteiras na execução de cuidados à parturiente. O acompanhamento, por parteiras, do processo natural de parir, no ambiente domiciliar, ao longo de gerações, favoreceu a acumulação do saber prático do ato de partejar e de parir como propriedade feminina. As parteiras, além de auxiliarem as parturientes, proporcionavam apoio emocional e espiritual, por meio de suas rezas e bênçãos (SEIBERT et al., 2005). Iniciou-se, assim, a historicidade da assistência ao parto, sendo os rituais fisiológicos envolvidos por crenças e costumes para explicar os processos naturais e as adversidades da parturição, entre eles o processo doloroso, entendido como sofrimento determinado para a mulher.

Até meados do século XIX, a experiência reprodutiva ainda pertencia à esfera familiar e os saberes relacionados à reprodução faziam parte do acervo de conhecimentos das mulheres (GIFFIN, 1991). No final daquele século, com a evolução do conhecimento acerca do corpo feminino e dos eventos da gravidez, do parto e do puerpério, surgiu a ciência obstétrica como saber especializado.

Foi nesse cenário, de surgimento da obstetrícia como ciência, que se iniciou o processo histórico de gerenciamento do corpo feminino, do parto e da dor como fenômeno. Esse processo consolida-se com a institucionalização do parto.

Essas mudanças culminaram na transferência do nascimento do cenário domiciliar para o hospitalar, emergindo daí uma nova cultura de atendimento à mulher. A partir disso, houve a desvalorização do potencial de cuidado humano promovido pela família, com suas características culturais e afetivas, gerando desconforto e até agravos à saúde da mulher e do recém-nascido (REIS, PATRÍCIO, 2005).

Nesse período, o desenvolvimento do conhecimento sobre o mecanismo do parto teve grande impacto na consagração da nova cultura de atendimento. Como consequência, significou a garantia do controle médico sobre o corpo feminino, sendo afastada qualquer explicação especulativa sobre o processo parturitivo, bem como a participação das parteiras (MARTINS, 2005).

A divulgação da imagem do médico obstetra como detentor do conhecimento e da habilidade para reduzir a mortalidade materna e infantil foi um dos trunfos para consolidar o seu controle sobre o processo reprodutivo e a hegemonia no atendimento obstétrico. Em consequência, o parto passa a ser concebido como evento de caráter essencialmente médico, com exigência de hospitalização para garantia de atenção e de cuidados (DOSSIÊ..., 2002).

Para Brenes (1991) e Chazan (2004), diante de uma assistência obstétrica amparada pela evolução técnica e científica, o parto tornou-se um evento eminentemente biológico, passível de intervenção médica, pelo entendimento da existência de limites entre o eixo normal e o anormal (intercorrências obstétricas). Nesse sentido, Martins (2005a) destaca que a crescente utilização de intervenções visando ao controle do processo parturitivo, seguida pelo gerenciamento do corpo feminino, favoreceu também a mudança deste para o *status* de corpo-paciente.

Esses determinantes históricos e sociais favoreceram a valorização do saber profissional do médico, resultando no fenômeno da medicalização. A associação entre a medicalização e o gerenciamento do corpo feminino levou à substituição dos rituais tradicionais do parto e nascimento presentes no âmbito domiciliar pelos rituais médicos e tecnológicos. Com isso, o significado natural do parto e as crenças e valores associados à sabedoria e à cultura feminina foram-se perdendo. Diante desse cenário, na visão de Silva, Christoffel e Souza (2005), no parto, as mulheres deixaram de ser protagonistas para assumir o papel de colaboradoras, sendo induzidas a viver a “cultura do silêncio”.

Embora a modernização tecnológica da medicina tenha buscado tornar o processo do parto normal mais seguro e menos doloroso e beneficiar a assistência ao parto de alto risco, ela contribuiu para a perda da naturalidade e para a mudança social quanto à compreensão do processo parturitivo como natural e da mulher como seu agente principal (SILVA, 2000). Essas mudanças geraram nas mulheres a crença de que as intervenções tecnológicas beneficiariam totalmente o processo parturitivo, até mesmo abolindo a dor (MACEDO et al., 2005). Desse modo, o desenvolvimento da medicina e da tecnologia definiu também a forma predominante com que a sociedade moderna passou a significar o parto e conseqüentemente a dor do parto (DOSSIÊ..., 2002).

Nesse cenário histórico, surge também a assistência obstétrica cirúrgica eminentemente masculina, que se impôs com superioridade sobre o ofício feminino de partejar e garantiu o seu papel de antecipar e combater os riscos ligados ao parto normal, ao oferecer a solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento causado pela dor do parto (DINIZ, 2005). Como medidas de humanização da assistência ao parto, Fernando Magalhães (pai da obstetrícia brasileira) e o

professor Jorge de Rezende, defenderam, nesse período, a narcose e o fórceps (REZENDE, MONTENEGRO, 2008). A partir daí, por várias décadas do século XX, perdurou a prática do parto instrumental, que consistia no parto normal induzido com ocitócitos, dilatação do colo uterino com instrumentos e retirada do bebê com fórceps alto, também associado à sedação completa. Esse modelo de assistência obstétrica foi abandonado quando a morbi-mortalidade materna e perinatal passou a ser inaceitável (DINIZ, 2001).

Em um momento posterior, foram implantadas políticas nacionais de saúde da mulher no Brasil, com ações restritas à gravidez e ao parto, sendo instituído o parto normal dirigido. Esse tipo de parto consiste no parto normal conduzido com a intervenção ativa do obstetra. A mulher é colocada em posição litotômica no período expulsivo, sob indução por ocitócitos e com o uso de episiotomia e episiorrafia como rotina em primíparas, além dos esforços expulsivos dirigidos e a utilização de Kristeller. A episiotomia é a abertura cirúrgica da musculatura e do tecido da vulva e da vagina, realizada no período expulsivo do parto normal, e a episiorrafia, o fechamento cirúrgico dessa incisão. Já a manobra de Kristeller consiste na aplicação de força sobre o fundo uterino no momento da expulsão do feto (DINIZ, 2001; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Essas práticas foram determinantes para a consolidação e perpetuação da dor como sofrimento para a mulher no parto. Além disso, contribuíram para a redução da qualidade das relações humanas estabelecidas entre o profissional de saúde e a parturiente e para o aumento do sofrimento físico e emocional decorrente do uso desnecessário de intervenções tecnológicas, muitas vezes sem o consentimento da mulher e/ou da família, além do impedimento à participação ativa da mulher no parto.

Logo após esse período, como triunfo social, a obstetrícia médica, além de manter o modelo intervencionista no parto normal, passou a apontar o parto cirúrgico como solução para o problema da dor, com base na ideia de que a mulher não é a culpada pela dor, mas sim vítima de sua própria natureza (DINIZ, 2005). Assim, por meio de uma cesárea eletiva, a dor do parto normal poderia ser evitada para a maioria das mulheres assistidas no setor privado, tornando-se uma intervenção banal, muitas vezes realizada por conveniências diversas, da equipe médica e até mesmo da própria mulher grávida (LARGURA, 2000).

Em consequência dessa cultura do parto cesáreo como estratégia para evitar a dor do parto normal e da manutenção do poder médico sobre o corpo feminino, desenvolveu-se uma insegurança na mulher em relação ao seu potencial feminino de vivenciar o processo parturitivo como um evento natural e satisfatório, principalmente no que tange ao enfrentamento da dor.

Em razão da difusão dessa prática, o Brasil passou a ser conhecido como um dos países com as mais altas taxas de parto cesáreo, ultrapassando significativamente os 15 % de taxa anual aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). Com isso, desde o início da década de 1980, o país encontra-se em processo de transição, em busca da redução da taxa de cesarianas, que, nesse período, ficou em torno de 40% (FAÚNDES, CECATTI, 1991), apresentando meta de redução para 25% (BRASIL, 2004a).

Nas clínicas e maternidades privadas, a opção por esse tipo de parto chegou a ultrapassar 80% em algumas regiões do país (TORNQUIST, 2004; SEIBERT et al., 2005). Entre os fatores que contribuíram para a elevação dessa taxa, ao longo dos anos, destacam-se: a “cesárea a pedido”, para evitar a dor no parto e com a ideia de preservar intacta a anatomia e a fisiologia da vagina e do

períneo para o coito vaginal (FAÚNDES, CECATTI, 1991; CAMARA, MEDEIROS, BARBOSA, 2000); o uso privilegiado de tecnologia em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal, enfatizando uma concepção patologizante do trabalho de parto e do processo de parto e a demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea (BERQUÓ, 1993). Esses fatores retratam a “epidemia” de cesarianas como um exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e a dinâmica da mulher (TORNQUIST, 2003).

Diante desse panorama, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e diversas organizações não-governamentais (ONGS), preocupados em reduzir as intervenções, os altos índices de cesarianas e de morbimortalidade materna (principalmente entre mulheres jovens) e perinatal, propuseram o paradigma humanista para a assistência obstétrica (CASTRO, CLAPIS, 2005). Conforme a concepção desse modelo de assistência, qualquer forma de intervenção sobre a fisiologia do parto somente deverá ser feita quando se provar mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção (DINIZ, 2001).

Emergiu, nesse contexto, a discussão médica acerca da conveniência do uso da analgesia no parto, bem como os incentivos do MS, segundo o que preconiza a OMS, para a promoção da humanização do parto e nascimento a partir da utilização de medidas não-farmacológicas de redução de dor e de analgesia, empregadas apenas com indicação clínica (BRASIL, 2004a). Entretanto, mesmo com as medidas que favorecem o gerenciamento da dor no parto, ainda hoje, ela é vivenciada com grande frequência pelas mulheres durante o processo de parturição (SAITO, 1999).

Essa trajetória histórica de gerenciamento do corpo feminino, da gravidez e do parto como centro do projeto obstétrico aponta para uma reflexão crítica acerca

do movimento de 'humanização do parto' na atualidade, como um instrumento que garante a ampliação do controle sobre o corpo feminino. A mudança do paradigma da assistência obstétrica intervencionista para a monitoradora define o papel da gestante como responsável pelos aspectos psicológicos do parto e o do profissional, como gerenciador dos aspectos fisiológicos. Nesse sentido, esse novo modelo de assistência garante a manutenção do poder médico sobre o corpo feminino. Cabe ao profissional da obstetrícia assumir o papel de "negociador, facilitador e árbitro de uma nova ordem social, ao mesmo tempo em que é construída a ideia do corpo feminino, da gravidez e do parto como 'totalidade biopsicossocial', 'humanizados' e monitorados" (CHAZAN, 2004, p. 10).

As questões e reflexões acerca do processo histórico de gerenciamento do corpo feminino, do parto e da dor como fenômeno, apontadas na literatura mostram que a estruturação histórica do saber médico da obstetrícia sobre o corpo feminino determinou a construção de uma imagem ambígua da mulher. Por um lado, foi enaltecido o papel da maternidade, com fundamento nos argumentos científicos sobre a especificidade do corpo feminino para a reprodução, contribuindo para a associação entre maternidade e cuidados domésticos. Por outro, foi reforçada a ideia da fragilidade do corpo feminino ligado à gravidez, ao parto e ao puerpério, o que determinou a cultura de cuidados normatizados para a assistência. Isso repercutiu de forma semelhante na visão construída pela mulher acerca da dor do parto, que, embora seja um fenômeno natural, é também entendida como um fenômeno gerador de sofrimento para a mulher.

Essa ambiguidade evidencia a necessidade de que, na mesma proporção em que a natureza feminina foi relegada em benefício da ciência obstétrica, esta avance na compreensão do papel da mulher como protagonista do parto normal, a

fim de colocar à sua disposição o conhecimento científico e tecnológico necessário, por meio de práticas humanizadas, sem interferir no processo natural. Nessa perspectiva, o maior desafio para os profissionais envolvidos na assistência obstétrica está em desprender-se da relação entre o saber e o poder sobre o corpo feminino, inerente ao aspecto ideológico do conhecimento científico, bem como de interesses no âmbito do retorno financeiro que advém das práticas assistenciais (cuidado capitalista), para tornar-se instrumento de mudança da postura da mulher de passiva para agente do processo de parturição.

2.3 Implicações da política de atenção à saúde da mulher e do movimento pela humanização do parto e nascimento na provisão do cuidado obstétrico

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social (BRASIL, 2004a).

Em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres pelos direitos de qualidade na assistência, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) ampliou as ações públicas de atenção à população feminina por meio da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A esse programa foram incorporadas ações com ênfase educativa e preventiva, além de diagnóstica,

de tratamento e de recuperação, direcionadas para a assistência clínica ginecológica (câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e climatério) e obstétrica (pré-natal, parto e puerpério). Seu objetivo era promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres e promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2001).

A partir de um balanço institucional das ações realizadas pelo PAISM, entre 1998 e 2002, o MS intensificou suas ações com a perspectiva de resolução de problemas relacionados à saúde reprodutiva e, em particular, à mortalidade materna. Com esse propósito, várias estratégias políticas de saúde locais e nacionais foram adotadas, considerando a representação significativa de 65% da população feminina em idade reprodutiva (10 a 49 anos), 70% delas como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e 65% dos óbitos maternos associados à ocorrência do parto (BRASIL, 2004a).

Esse panorama nacional fez surgir várias iniciativas de busca de mudança do paradigma da assistência intervencionista para a humanizada, objetivando o resgate da natureza feminina e a cultura do parto natural. Iniciativas individuais e institucionais foram implementadas com essa finalidade. Entre elas, destacaram-se: as experiências de Galba de Araújo, no Ceará (inspirado por práticas tradicionais de parteiras); de Moisés Paciornick, no Paraná (parto de cócoras); do Hospital Pio X, em Ceres-GO, e de diversos grupos (por exemplo, Instituto Aurora, no Rio de Janeiro; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Curumim, Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo; Cais do Parto, em Pernambuco; Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento – REHUNA); a campanha “Normal é o parto

natural”, além da criação de sites como “Parto Natural” e “Amigas do Parto”, entre outros, que têm contribuído para a formação de um ideário de humanização do parto, centrado na satisfação e na segurança da mulher e de seu filho (DINIZ, 2005).

Esse movimento pela humanização do parto e nascimento fortaleceu-se também mediante a atuação de uma parcela da população feminina, representada por usuárias do SUS, grupos feministas e profissionais da área de saúde, como enfermeiras obstetras, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais (DINIZ, 2001). A implantação de outros projetos, como “Maternidade Segura”, “Capacitação de Parteiras Tradicionais”, “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” e “Casas de Parto”, foi incentivada pelo MS, por meio de portarias e da destinação de recursos financeiros para treinamento e capacitação de profissionais (seminários de qualificação com base em evidências científicas, cursos para enfermeiras obstetras e doulas e encontro com gestores e médicos) diretamente ligados a essa área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2002; LIMA, 2006). O objetivo foi estimular a implementação efetiva das ações “humanizadoras” recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e colaborar para o resgate da cultura do parto natural, e conseqüentemente, da natureza feminina (DOSSIÊ..., 2002).

Entre os marcos desse movimento no Brasil, destaca-se a criação da maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), a primeira instituição pública humanizada, do Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte), do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Recife); o Prêmio Galba Araújo para maternidades humanizadas e as casas de parto, implantadas segundo as recomendações da OMS. Essas iniciativas colaboraram para o processo de humanização dos serviços por meio do Programa

de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa de Humanização de Hospitais, lançados em 2000 pelo MS (DINIZ, 2005).

Ainda segundo Diniz (2005), no século XX, em outros países, tiveram destaque: o movimento dos ativistas Dick-Read e Lamaze (parto sem dor), a proposta de Frédérick Leboyer (parto sem violência), o movimento *hippie* (parto natural), os movimentos feministas (assistência baseada em direitos), a proposta de Janet Balaskas (parto ativo) e de Michel Odent (redescritção da fisiologia do parto), entre outros. Nas ciências sociais, a antropologia do parto revelou a variabilidade cultural do ritual do parto, desde as sociedades primitivas até as sociedades complexas. Nas ciências da saúde, Roberto Caldeyro-Barcia publicou o livro *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal* (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideu, 1979). Na saúde pública, destacou-se a criação do Comitê Europeu para estudar as medidas de redução da morbimortalidade perinatal e materna no continente. E, posteriormente, houve a formação do grupo de colaboração internacional para o movimento pela medicina baseada em evidências e a elaboração das recomendações da OMS como referência para a humanização do parto.

O movimento mundial pela humanização do parto e do nascimento é um desdobramento do “Ideário do Parto sem Dor”, iniciado com Dick-Read e Lamaze, a partir da criação dos métodos psicofiláticos de redução da dor no parto. Na segunda geração desse ideário, desponta a fase de valorização do casal igualitário ou grávido e, posteriormente, a geração do ecologismo do parto, com a participação dos obstetras Frédérick Leboyer, Michel Odent e Moysés Paciornik, com experiências concretas de preparação para o parto e o parto humanizado (TORNQUIST, 2002).

Para consolidar a congregação desse movimento mundial de humanização do parto, foram realizados importantes eventos: a Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento e o Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento, no Brasil (2000 a 2005), o Congresso Internacional "La Naturaleza del Nacimiento", no México (2000 e 2005), o Congresso Internacional "Humanização do Nascimento", em Portugal (2006 e 2009). Esses eventos científicos representaram uma oportunidade para discutir e aprofundar propostas, ideias e experiências relevantes e provenientes de diversas regiões de nosso país e da comunidade internacional.

Com tema central voltado para a temática da dor no parto, em 2001, foi realizado nos Estados Unidos o simpósio intitulado "A natureza e o gerenciamento da dor no parto". Seu objetivo era refletir sobre a importância dos estudos realizados na área, especialmente sobre o controle da dor do parto, com a finalidade de aumentar a satisfação da mulher na vivência do processo de parturição e, conseqüentemente, a prática do parto normal (CATON et al., 2002; MARMOR, KROL, 2002).

Todas essas iniciativas e experiências demonstram que o movimento pela humanização do parto em todo o mundo vem avançando e expandindo-se. Isso se deve, em regra, a ações decisivas de profissionais identificados com esse ideário, embora rodeada de resistências de grupos enraizados na medicalização.

Em termos históricos, pode-se dizer que o movimento pela humanização do parto surgiu como uma iniciativa de mudança do paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias, para um paradigma humanista centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias (TORNQUIST, 2003;

NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008). A Organização Mundial de Saúde contribuiu significativamente para o avanço desse movimento, ao propor o uso adequado da tecnologia para o parto e o nascimento, com base em evidências científicas, por meio da publicação do *Guia prático de assistência ao parto normal*, em 1996, como referência para a implantação da assistência ao parto humanizado.

No Brasil, esse novo modelo de atenção foi denominado “assistência humanizada”, enquanto em outros países encontra-se a denominação “baseada em evidências”, “orientada pelos direitos”, “centrada na mulher”, “parto ativo”, “parto feliz”, “parto respeitoso” ou “assistência amiga da mulher”. Seu foco principal, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o resgate do papel central e ativo da mulher no parto, com garantia do processo natural do parto e da saúde da mãe e do filho, com o mínimo possível de intervenção compatível com segurança (DOSSIÊ..., 2002). Para tanto, além das iniciativas já citadas, o MS tem incentivado a atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto normal sem distócias (SCHIRMER, 2000).

Para o Ministério da Saúde, o grande desafio e conquista do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído por meio da Portaria/GM n. 569/2000, na perspectiva dos direitos de cidadania da mulher, está em: 1) resgatar a cultura do parto normal como parto natural; 2) reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal; 3) adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e neonatal; 4) estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante e 5) ampliar as ações já instituídas para garantir a integralidade assistencial a partir de

uma gestão qualificada e integrada das demandas de saúde da mulher (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b; BRASIL, 2002; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004a).

No âmbito desse programa, por meio de um conjunto de portarias (Portaria/GM n. 569-572/2000), com diferentes componentes de incentivo, organização e regulação da assistência obstétrica, foram estabelecidas estratégias pelo MS para o pagamento da assistência ao parto e, concomitantemente, publicados, revisados e distribuídos manuais e *kits* obstétricos a todos os serviços da rede assistencial do país, a fim de estimular uma iniciativa humanizadora por parte dos profissionais obstetras. A estratégia utilizada para estimular a participação da população feminina, nesse movimento, foi a distribuição de agendas com informações sobre a gestação, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2001; BRASIL, 2000b).

A política de saúde do PHPN também integra como componentes: 1) o incentivo financeiro às instituições para garantia da assistência pré-natal; 2) organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, por meio da estruturação de centrais de regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e 3) financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do SUS com nova sistemática de pagamento da assistência ao parto com adicional de valores para os hospitais que prestarem assistência às gestantes do PHPN e para as quais tenha sido cumprido o acompanhamento pré-natal completo (BRASIL, 2002).

Conforme se pode deduzir do que foi exposto até aqui, o PHPN consiste em uma proposta desafiadora. Em primeiro lugar, preconiza a mudança do paradigma assistencial, enraizado no intervencionismo e centrado na equipe assistencial, para direcionar a atenção à mulher como sujeito do processo

gestacional, parturitivo e puerperal a partir de postura ética centrada nos direitos das usuárias. Em segundo lugar, concentra esforços e recursos para qualificar a ação mais antiga e tradicional de atenção à mulher, a fim de torná-la efetiva e respeitosa, buscando o resgate do parto natural. Em terceiro lugar, propõe a utilização de tecnologia baseada em evidências, o que exige mudança na prática de toda a equipe assistencial e, conseqüentemente, disposição desta para a atualização de seus conhecimentos obstétricos. E, em quarto e último lugar, exige a articulação entre as ações assistenciais e a integração da equipe assistencial e desta com as usuárias, para que sejam respeitados os direitos da mulher e assim se obtenha efetividade.

Conforme Reis e Patrício (2005), embora os incentivos promovidos pelo MS tenham garantido a difusão da atenção humanizada à parturiente com novos adeptos desse ideário, para sua consolidação em toda a rede de assistência do SUS, torna-se emergente a intensificação de cursos de capacitação e aprimoramento dos profissionais de saúde, pois ainda existem resistências quanto às novas condutas não intervencionistas e centradas na mulher.

Um exemplo prático dessa questão e que tem gerado controvérsias nas ações propostas para a humanização do parto e nascimento é o manejo da dor. Por se tratar de um fenômeno fisiológico inerente ao processo natural do parto, do ponto de vista da humanização da assistência, existem os que defendem o seu manejo a partir da utilização de métodos não-farmacológicos, por garantir a participação da mulher e por não interferir no processo natural do parto.

Entretanto, do ponto de vista biológico e na linha intervencionista, existem aqueles que defendem a utilização de fármacos, por considerarem-nos mais eficazes para a redução da dor, embora interfiram de alguma forma na participação

ativa da mulher durante o processo parturitivo. De certa forma, essa linha de atendimento também garante a perpetuação do controle sobre o corpo feminino.

Tendo em vista essas duas vertentes, o PHPN preconiza, para o manejo da dor no parto, a utilização de métodos não-farmacológicos, sendo o uso de analgesia restrito apenas aos casos de indicação absoluta, quando a contração vivenciada pela mulher determine distócias e riscos para evolução do trabalho de parto e para mãe e filho. No que tange, especificamente, ao processo parturitivo, o PHPN propõe para a prática assistencial seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) baseada em evidências. Entre as condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas, está a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais (OMS, 1996).

Como procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes, que deveriam ser eliminados e continuam sendo utilizados nos serviços são apontados: a posição horizontal durante o parto; o uso rotineiro do enema (lavagem intestinal), da tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e da episiotomia e episiorrafia; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos, além do uso da manobra de Kristeller. Outras condutas, como os exames vaginais frequentes, são destacados como utilizados de maneira imprópria, podendo trazer mais danos que benefícios (OMS, 1996; DOSSIÊ..., 2002).

Diante das evidências de que para a humanização do parto e nascimento os profissionais de saúde necessitam desempenhar o papel de mediadores para um parto saudável com participação ativa da mulher e garantia de seus direitos, a

dinâmica assistencial necessita garantir subsídios para a interação e o envolvimento entre os profissionais de saúde, a mulher e sua família, durante o processo gestacional e parturitivo, considerando as limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas da mulher para vivenciar o parto. Com esse propósito o MS preconiza o aprimoramento das relações entre profissionais de saúde, bem como entre usuárias e profissionais, e o estabelecimento de interações sociocomunitárias, como grupo de gestante e visita domiciliar, para favorecer a compreensão da mulher sobre o processo gestacional e parturitivo, a partir da integração dos seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde (BRASIL, 2000a).

De acordo com os princípios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) a assistência obstétrica deve ser assegurada na perspectiva dos direitos de cidadania da mulher por meio: 1) do acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; 2) do conhecimento prévio e acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e 3) de assistência humanizada e segura no parto e no puerpério e ao seu recém-nascido, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, os profissionais de saúde da instituição de assistência devem acolher a mulher, os seus familiares e o recém-nascido com dignidade, atitude ética e solidária e com garantia de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e do nascimento, além da promoção de medidas não farmacológicas de redução de dor, evitando práticas intervencionistas e de isolamento da parturiente (BRASIL, 2002; 2004a).

Nessa perspectiva, a efetividade e segurança dos procedimentos obstétricos e a qualidade da assistência foram apontados como o tripé para a

humanização, por sua relevância na garantia da satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo e, conseqüentemente, a garantia do seu direito ao parto como experiência prazerosa (DOSSIÊ..., 2002).

Segundo Hodnett (2002), a satisfação da parturiente no parto não está condicionada à ausência de dor. Seus estudos demonstram que ela está fortemente associada a um ambiente acolhedor, ao comportamento dos profissionais de saúde e à presença de companhia durante todo o trabalho de parto e no parto, ressaltando que, na ausência de intervenções obstétricas, o seu controle sobre a experiência parturitiva aumenta e, conseqüentemente, a sua satisfação.

Hotimsky et al. (2002) reforçam o ponto de vista de que, embora a dor do parto seja uma preocupação de algumas mulheres no Brasil, a preferência pela cesariana por receio da dor tem relação com a expectativa da qualidade da assistência obstétrica durante o trabalho de parto e no parto. Essas referências apontam que o enfrentamento da dor pela parturiente e a satisfação quanto à experiência parturitiva pode ser saudável e prazerosa com medidas simples de humanização da assistência obstétrica.

A efetivação do que é preconizado pelo PHPN demanda uma reflexão sobre o que é cuidado humanizado. Para Waldow (2001), o cuidado humanizado é intrínseco à condição de expressão de nossa humanidade. Ele representa uma maneira de ser e de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento, responsabilidade, interesse, compromisso moral e respeito. Esse mesmo cuidado pode ser estendido para a interação da equipe multiprofissional de assistência obstétrica e desta com a parturiente.

Wolff e Moura (2004) enfatizam que as atitudes dos profissionais que integram a equipe obstétrica são fundamentais para a humanização do cuidado.

Para eles, a participação e a atitude interdisciplinar humanizam a equipe e, conseqüentemente, a própria assistência no ambiente institucionalizado, por favorecer que os conhecimentos sejam compartilhados e colocados em benefício das usuárias. Contudo, Waldow (2001) destaca, na equipe assistencial, o importante papel da enfermagem no cuidar, por ser este o seu objeto de trabalho e a sua essência. Além da relevância de seus conhecimentos, contam também seus valores, habilidades e atitudes para o favorecimento das potencialidades das pessoas, no sentido de manter ou melhorar a condição humana.

No que tange à saúde da mulher, a enfermagem obstétrica tem participado das principais discussões no cenário nacional e internacional, juntamente com os movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e nascimento. Essa projeção associada à característica do profissional enfermeiro como cuidador com formação holística para atuação humanizada no cuidado à parturiente tem sido reconhecida no Brasil pelo MS e por entidades e organizações não governamentais. Isso favoreceu o incentivo de sua atuação na assistência pré-natal, no parto e puerpério, tanto em maternidades como em casas de parto, para instituir práticas humanizadas e incentivar a prática do parto normal (CASTRO; CLAPIS, 2005).

A discussão mais ampla sobre a autonomia e a humanização do cuidado obstétrico surge com a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e reflete o descontentamento com o modelo de atenção excessivamente intervencionista, especialmente na atenção ao parto (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b). Conforme avança o processo histórico social de desenvolvimento das políticas de saúde da mulher e do movimento pela humanização do parto e

nascimento, as perspectivas para a ampliação da provisão do cuidado obstétrico humanizado tem sido otimista.

Sabe-se que esse movimento tem-se intensificado em nosso país, e que para a ampliação desse ideário de humanização ainda será necessário intensificar ações de qualificação dos profissionais de saúde, no que tange aos cuidados pré-natais, no parto e puerpério, considerando que ainda são altas as taxas de cesarianas e morbimortalidade materna e neonatal. Além de que, o cuidado promovido durante a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto e de manejo da dor ainda se mostram insuficientes para garantir a participação ativa e a satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo. A estruturação da política de saúde da mulher e do movimento pela humanização do parto e nascimento, a despeito dos avanços para a provisão de melhoria da qualidade do cuidado obstétrico, ainda apresenta o paradoxo entre a institucionalização da assistência, em benefício da aplicação do saber científico, que se sobrepõe à natureza do corpo feminino, e lacunas da assistência, determinando a insatisfação para a mulher quanto ao processo parturitivo, além de morbimortalidade.

2.4 O conhecimento sobre a natureza da dor do parto: mecanismos que integram a sua subjetividade e dimensionalidade

O conhecimento sobre a natureza da dor do parto e os mecanismos que integram a sua subjetividade e dimensionalidade tem-se apresentado como foco de debate e estudos no cenário nacional e internacional. O propósito dessas discussões e pesquisas é subsidiar a assistência obstétrica e, com isso, aumentar a

satisfação da mulher na vivência do processo parturitivo, e favorecer o resgate social da prática do parto normal.

Diante da evolução tecnológica que ampara a assistência obstétrica, o manejo da dor do parto tem apontado desafios para os profissionais de saúde no tocante à compreensão da subjetividade e multidimensionalidade desse fenômeno. Por isso, a busca de uma compreensão mais ampliada sobre sua natureza tem-se tornado cada vez mais relevante e necessária, a fim de amparar a prática assistencial humanizada.

A base para abordar a natureza da dor do parto e os mecanismos que integram a sua subjetividade e dimensionalidade é a compreensão do fenômeno doloroso a partir do aporte teórico da neurofisiologia, por se tratar de uma resposta orgânica relacionada, primeiramente, à ação contrátil do útero. Entretanto, essa compreensão biológica da dor, para que seja completa, exige ser ampliada segundo outras abordagens, que a interligue às dimensões sociocultural, psicológica e assistencial institucional.

A dor é definida pelo comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*) como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos” (SBED, 2006).

Conforme o alcance dessa definição, o fenômeno doloroso não implica apenas a veiculação da informação sensitiva através de vias nervosas até seu processamento no sistema nervoso central, mas também uma experiência de caráter subjetivo, complexo e multidimensional, mediado por vários componentes afetivos, cognitivos e comportamentais (LOWE, 2002). Por isso, cada indivíduo aprende a utilizar o termo dor tendo como parâmetro suas experiências anteriores.

Embora a dor seja de caráter desagradável, é um importante componente sensitivo, pois constitui um alerta a estímulos danosos externos ou do próprio organismo. Os termos envolvidos na definição de dor da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED) incluem, segundo a análise detalhada de Guimarães (1999), o aspecto sensorial (mecanismo fisiológico de percepção), o emocional (afeto, comportamento, cognição) e a lesão real ou potencial dos tecidos (causa orgânica específica), que podem representar componentes distintos ou interligados no mecanismo de percepção da dor, considerando a subjetividade de cada indivíduo. Por isso, como sensação subjetiva associada primeiramente a um dano tecidual desprazeroso, ela necessita ser entendida também como uma experiência emocional.

Sabe-se, atualmente, que a interação entre os elementos sensoriais e emocionais envolvidos no fenômeno doloroso tem importante implicação na interpretação do aspecto físico-químico do estímulo e que há interação desses elementos com as características individuais, como o humor e o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo, por influência de fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais. Essa concepção sugere que o controle, a vivência e a expressão da dor também possam sofrer interferências desses elementos, de forma que, para o manejo desse fenômeno, é necessário considerar sua subjetividade e multidimensionalidade (BUDÓ et al., 2007).

Para ilustrar essa dimensionalidade, a partir de uma abordagem mais flexível sobre a natureza genuinamente subjetiva do processo doloroso, destacam-se algumas variáveis psicossociais apresentadas por Guimarães (1999) como mediadoras da dor. Entre elas, os componentes situacionais (relevância, expectativa e controle da situação), comportamentais (resposta parental, estresse e estilo de

enfrentamento), emocionais (medo, angústia e frustração) e orgânicos (sexo, idade, nível cognitivo, aprendizagem familiar, cultura e história de dor).

Nesse sentido, a dor pode ser resultante de um ou mais fatores internos e/ou externos, que tornam o seu diagnóstico, manejo e tratamento mais complexos. Para a SBED (2006), os fatores biológicos (dano tecidual, condições físicas, medicações), fatores sociais (suporte social, relação familiar, valores culturais) e fatores psicológicos (comportamento, personalidade e cognição) são destacados como mais importantes no desencadeamento de um processo doloroso.

O processo perceptual da dor nessas concepções integra, então, a modulação do fenômeno neurofisiológico associado aos aspectos psíquicos e socioculturais do indivíduo, por remeter à subjetividade dessa experiência (MELZACK, KATZ, 1994; TEIXEIRA et al., 1999; SARTI, 2001). Assim, envolve consciência, abstração seletiva, interpretação e aprendizado. Por isso, é importante entendê-la com a dimensão e o significado individual (MELZACK, KATZ, 1994; SARTI, 2001), em especial, quando a mulher vivencia o processo parturitivo e o nascimento, nos quais a forma de sentir e vivenciar a dor implica uma experiência corporal agregada a significados psíquicos e socioculturais. Por isso, o profissional de saúde atuante na assistência obstétrica deve compreender, considerar e respeitar essas dimensões no manejo da dor durante o processo de parturição.

Por se tratar de uma experiência subjetiva, a dor pode apresentar também diferentes características. Estas podem variar para a mesma pessoa a cada situação dolorosa, de acordo com a sua localização (região do corpo ou órgão, pontual e bem definida ou difusa), qualidade (formigamento, queimação, ardor, pontada, latejamento, pressão, perfuração, entre outros), intensidade (forte, fraca e variando em gradação entre os extremos “sem dor” ou “insuportável”), frequência (ininterrupta

ou episódica em diferentes intervalos de tempo), natureza (orgânica e psicogênica), etiologia (fator desencadeador) e duração (segundos a meses) (GUIMARÃES, 1999).

Conforme o tempo de permanência do estímulo, a dor também pode ser classificada em aguda, crônica e recorrente. Dor aguda é “aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada à lesão em tecidos ou órgãos, ocasionados por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas”. A dor denominada crônica é aquela que “tem duração prolongada e pode se estender de vários meses a vários anos, estando quase sempre associada a um processo de doença crônica”. Já a dor recorrente é uma dor aguda, porque ocorre em episódios de curta duração, mas tem uma característica crônica por se repetir com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico, como o caso da enxaqueca (GUIMARÃES, 1999; SBED, 2006).

A partir do progresso do conhecimento no campo da biologia, da neurofisiologia e dos processos fisiológicos comportamentais e cognitivos, algumas teorias sobre os mecanismos da dor têm surgido para subsidiar a compreensão da percepção dolorosa e o seu manejo. Uma das teorias de dor mais abrangentes e aceitas no momento é a “*Gate Control*” ou Teoria do Portão ou Sistema da Comporta, que, segundo Guimarães (1999), embora seja imperfeita e insuficiente, contempla melhor a complexidade e a multidimensionalidade da dor, por considerar tanto os aspectos fisiológicos como psicológicos da dor.

Para compreender o mecanismo da dor na perspectiva dessa teoria, torna-se indispensável conhecer o que vem a ser nocicepção. Ela consiste em um sinal de alerta ao indivíduo, pois receptores específicos (nociceptores) realizam a detecção

de um estímulo agressivo por meio de terminais sensoriais e, em seguida, a transmissão de informações sobre a presença e a qualidade desse estímulo pelas conexões sinápticas das células nervosas transmissoras, do local estimulado até o cérebro (GUIMARÃES, 1999; MENESCAL-DE-OLIVEIRA, SILVA, 2009).

Conforme a classificação neurofisiológica da dor, considera-se dor nociceptiva aquela que resulta da ativação de nociceptores (fibras A-delta e C) através de estímulos dolorosos, os quais podem ser mecânicos, térmicos ou químicos. Os nociceptores podem ser sensibilizados por estímulos químicos endógenos, como a serotonina, a substância P, a bradicinina, as prostaglandinas e a histamina (TEIXEIRA et al., 1999).

Esse tipo de dor por nocicepção decorre do acometimento de estruturas somáticas superficiais e profundas, de estruturas do aparelho locomotor e de vísceras, por estimulação química ou física de terminações nervosas normais. A dor somática evoca uma sensação dolorosa bem localizada e variável, conforme a causa básica, com exacerbação ao movimento e alívio ao repouso. Já a dor visceral é difusa, profunda, opressiva e constrictiva por ser provocada por distensão de víscera oca. Frequentemente, é descrita como uma cólica, com sensação de peso ou constrição, podendo estar associada a sensações de náuseas, vômitos, e sudorese. Pode ser aliviada com a adoção de mudança postural (TEIXEIRA et al., 1999).

A Teoria do Portão, elaborada por Melzack e Wall em 1965, explica como o sistema nervoso central modula a dor e como os componentes sensoriais e emocionais são processados em áreas diferentes do cérebro (GUIMARÃES, 1999). De acordo com essa teoria, um mecanismo neural regula os impulsos nociceptivos através de outras células nervosas que atuam como portões, impedindo ou

facilitando a passagem dos impulsos, antes de se estabelecer o processo de percepção dolorosa. A modulação da transmissão dos impulsos nervosos dos terminais aferentes até as células transmissoras (células T), na medula espinhal, segue através das fibras nervosas finas de condução lenta (A-delta e C) que facilitam a transmissão dos impulsos e “abrem o portão” para a passagem dos estímulos, enquanto as fibras nervosas grossas de condução rápida (A-alfa e A-beta) tendem a inibir a transmissão, “fechando o portão”. Esse processo de modulação pode ser influenciado também pelos impulsos nervosos centrais, ou descendentes, do cérebro e, conseqüentemente, pelos processos cognitivos (emoções, memórias, experiências). Quando a descarga de impulsos conduzidos pelas células T excede um certo nível crítico, esse sistema de ação de percepção da dor é ativado através da liberação da “Substância P” (BONICA, 1995; GUIMARÃES, 1999; MENESCAL-DE-OLIVEIRA, SILVA, 2009).

O mecanismo neural de percepção da dor, também tem sua atividade modulada por um conjunto de substâncias produzidas no sistema nervoso como as endorfinas e a serotonina, denominado sistema modulador de dor, que atuam na transmissão da dor, aumentando ou diminuindo a sensação dolorosa. As endorfinas servem de analgésico endógeno, realizando a inibição tanto na dor rápida como na lenta (SBED, 2006).

Apesar do processo parturitivo ser fisiológico e natural e culminar em um momento especial e de felicidade para a mulher e a família, que é o nascimento do filho, resulta, paradoxalmente, em dor intensa para algumas mulheres (LOWE, 2002). Conforme a classificação geral de dor, a dor do parto pode ser definida como orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina (BONICA,

1995; LOWE, 2002). Por ser uma experiência que faz parte da natureza humana, com característica funcional inerente ao processo fisiológico da parturição, não determina diretamente uma lesão tecidual. Nesse caso, assume uma característica de dor aguda intermitente, que se inicia com o trabalho de parto, aumentando progressivamente de acordo com o padrão da contração uterina e finaliza com o processo de nascimento. Assim, representa um importante sinal do início do trabalho de parto e norteia tanto a evolução fisiológica do trabalho de parto como o processo de nascimento por estar associada à contração uterina (ALMEIDA, 2001).

O processo de parir como um evento natural é definido pela Organização Mundial de Saúde como de início espontâneo, baixo risco no decorrer do trabalho de parto e parto, com o nascimento espontâneo do bebê em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (OMS, 1996). Clinicamente, o parto normal é denominado também como transpélvico ou vaginal, sendo dividido em período de dilatação e apagamento da cérvix uterina (trabalho de parto); período de expulsão do feto (nascimento); período de expulsão da placenta e período de Greemberg ou primeira hora do pós-parto (BURROUGHS, 1995; REZENDE, MONTENEGRO, 2008). Esses períodos fisiológicos do processo de parturição são amplamente reconhecidos, sendo o trabalho de parto o mais longo e, por isso, acompanhado por algum grau de desconforto, de dor e de estresse, que em níveis fisiológicos, naturalmente são tolerados pela parturiente (ALMEIDA et al., 2005a).

O trabalho de parto é caracterizado pela ocorrência de contrações uterinas que aumentam de padrão (frequência, intensidade e duração), garantindo o apagamento progressivo e a dilatação da cérvix uterina, como também a descida do feto, com sua eventual expulsão e dos outros produtos da concepção. Ele tem

duração média de 12 horas em primigestas (ZIEGEL, CRANLEY, 1985; PIOTROWSKI, 2002).

À medida que o trabalho de parto evolui, o feto desce pelo canal do parto (pelve, canal vaginal e períneo), adaptando os seus diâmetros aos da pelve, impulsionado pela ação contrátil do útero, e, com isso, evidenciam-se os desconfortos advindos da dor. O trabalho de parto finda quando se completa o apagamento (100%) e a dilatação (10 cm) da cérvix uterina e, assim, inicia-se a expulsão do feto (ALMEIDA, 2001).

Além das metrossístoles (contrações regulares e dolorosas), o início do trabalho de parto é geralmente sinalizado pela perda do tampão mucoso (secreção expelida da cérvix uterina, quando se inicia o processo de dilatação), ruptura espontânea das membranas (80% dos casos entre nove para dez centímetros de dilatação cervical ou em pleno período expulsivo) e dilatação e apagamento da cérvix uterina (REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Para efeito de acompanhamento e avaliação obstétrica, o trabalho de parto é dividido em três fases: latente, ativa e de transição (BURROUGHS, 1995). Essas fases são caracterizadas pelas modificações da cérvix uterina, representadas pela dilatação (abertura do colo uterino) e apagamento (afinamento do colo uterino) que são resultantes da ação da contração uterina e, conseqüentemente, da pressão do pólo cefálico.

Na fase latente e inicial (dilatação cervical de até 4 centímetros) do trabalho de parto, o padrão da contração uterina é menor. Essa fase é caracterizada por um processo doloroso menos intenso e destina-se ao apagamento do colo uterino, que em primigestas acontece antes da dilatação. Na fase ativa (dilatação cervical entre 4 a 8 centímetros), quando é esperado, na maioria dos casos, o

apagamento total (100%) do colo uterino, o padrão da contração uterina aumenta com o objetivo de impulsionar o pólo cefálico sobre o colo do útero para promover sua dilatação e, também, a descida do feto através da pelve materna. Isso determina desconfortos maiores, como dores na região abdominal, na região lombar e na região púbica, com sensação de estiramento. Nessa fase, a dor torna-se mais intensa. Na fase de transição (dilatação cervical entre 8 e 10 centímetros), o padrão da contração uterina aumenta ainda mais, para promover a etapa final de descida do feto pela pelve, e a parturiente começa a sentir os puxos. Os puxos são contrações involuntárias impelidas pela pressão do polo cefálico na região vulvoperineal, que provocam na parturiente a sensação e a vontade de fazer força e facilitam a expulsão do feto ou o processo de nascimento propriamente dito. Nessa fase, a dor é mais intensa devido à potência das contrações, necessárias à expulsão do feto (BURROUGHS, 1995; ALMEIDA, 2001; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Brownridge (1995) distingue a dor associada à contração uterina da associada ao período expulsivo do parto, por existirem importantes diferenças na trilha neural, nas características clínicas e modificações psicológicas (quadro 1).

Quadro 1. Diferenças entre dor associada à contração uterina e dor associada ao período expulsivo do parto

Dor da contração (visceral)	Dor do parto (somática)
Transmissão demorada	Transmissão rápida
Difusa e pobremente localizada	Localizada pontualmente
Referida frequentemente	Não referida
Relato de pressão intra-uterina	Relato de distensão perineal
Variação de intensidade	Acompanhada de desejo de dar à luz
Suscita resposta autônoma generalizada	Suscita mudança circulatória secundária para intermediar a manobra de Valsalva
Muito susceptível ao bloqueio central neural	Pouco susceptível ao bloqueio central neural

Fonte: BROWNRIDGE (1995)

No primeiro estágio do parto (trabalho de parto), a dor tem característica visceral, sendo que a contração uterina é mediada por mecanismos de distensão do segmento uterino e da cérvix. O estímulo de dor é transmitido à coluna espinhal por fibras viscerais aferentes, que têm origem na parte lateral do útero e passam pela parte inferior, média e superior do plexo hipogástrico, pela cadeia simpática torácica e lombar, pelos nervos posteriores da 10^a, 11^a e 12^a vértebras torácicas e pelo nervo da primeira lombar. No segundo estágio do parto (período expulsivo), a dor é mediada pela ação de descida da cabeça do feto, à medida que é impulsionada pela contração uterina, causando pressão no plexo lombo-sacral e nas estruturas pélvicas (perna, vagina, períneo e reto). A dor é produzida no canal do parto e no períneo, sendo transmitida pelo nervo pudendo, derivado do 2^o, 3^o e 4^o nervo sacral, caracterizando uma dor somática (BONICA, McDONALD, 1990; BROWNRIDGE, 1995; ROWLANDS, PERMEZEL, 1998; BRASIL, 2001; LOWE, 2002; ALVES NETO, 2009).

À medida que se processa essa mediação da dor, a parturiente pode apresentar excitação na presença de tensão afetiva (medo e ansiedade), e em consequência, ocorrer a vasoconstrição e o espasmo muscular. A vasoconstrição, ao reduzir o fluxo sanguíneo, leva à hipóxia da musculatura do útero, tornando a contração mais dolorosa. O espasmo muscular prejudica a contratilidade uterina, ao influenciar tanto a musculatura voluntária como a involuntária, causando contração espástica do colo do útero, ou seja, uma resistência que impede a progressão de sua dilatação e da descida do feto pelo canal do parto (MALDONADO, 1991; BACHMAN, 2002).

Outros fatores como o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticóides e

catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina e fadiga) também podem ser considerados causadores ou potencializadores da dor durante o trabalho de parto (MALDONADO, 1991; BURROUGHS, 1995; GUYTON, HALL, 1996). O aumento da secreção de cortisol e catecolaminas pode afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterino, determinando distócias funcionais e modificação dos mecanismos fisiológicos da dor (PEREIRA, CECATTI, OLIVEIRA, 1998).

Um dos fatores do estresse que geralmente está associado à dor aguda na parturição é a ansiedade, principalmente na ausência de preparo para o parto e de assistência direta e individualizada no pré-parto que promova segurança. Alterações neurovegetativas e respostas generalizadas de estresse com efeitos fisiológicos comuns à parturiente e ao feto podem ocorrer durante a manifestação da dor aguda da contração uterina. Nesse caso, o estresse induzido pela dor resulta em respostas como alterações da pressão arterial, da frequência do pulso e do padrão respiratório e desconfortos, como diarreia, náusea e vômitos, entre outros (MELZACK, KATZ, 1994; BROWNRIDGE, 1995).

Durante o processo parturitivo, segundo Odent (2000), uma das partes mais ativas do corpo da mulher é o neocórtex cerebral, com destaque do hipotálamo na liberação do hormônio ocitocina, que potencializa as contrações uterinas até se completar o parto. Durante o processo fisiológico do trabalho de parto com a redução da atividade cortical a parturiente pode desvincular-se do mundo externo, apresentando mudança em seu nível de consciência. Nesse momento, devem ser evitadas situações que gerem ansiedade e insegurança, pois estas estimulam a produção de adrenalina, que tende a inibir o processo do parto. Nesse caso,

ocorrerá menor liberação das endorfinas, que apresentam capacidade analgésica e podem contribuir na redução da sensação dolorosa.

Para Bonica e McDonald (1990), a ansiedade pode ser reduzida durante o trabalho de parto com medidas simples, como a promoção de conforto, segurança e manejo da dor a partir de estratégias não farmacológicas. Para ele, essas medidas não são suficientes para bloquear as respostas de dor, mas para suprimir comportamentos de intolerância à dor.

Pimenta e Portnoi (1999) entendem que a tolerância à dor está relacionada à menor intensidade em que o estímulo passa a ser percebido como desconfortável pelo indivíduo, a ponto de este se retrair e/ou solicitar sua interrupção. Dessa forma, embora o limiar de percepção da dor (equivalente à menor intensidade em que o estímulo passa a ser percebido como doloroso) seja muito semelhante entre os indivíduos, pode ocorrer variação, tanto em relação à tolerância à dor como aos desconfortos resultantes da estimulação dolorosa. Essa variação decorre de que a tolerância à dor está relacionada com fatores sensoriais (extensão e localização da agressão tecidual), genéticos (relativos ao sistema noceptivo e de modulação da dor), emocionais (medo, ansiedade, raiva, depressão), culturais (aprendizagem, experiências anteriores, significado simbólico da dor) e sociais (condição econômica, social e afetiva).

Nesse sentido, embora os estímulos de dor do parto estejam ligados inicialmente à ação da contração uterina, sua percepção pode variar de mulher para mulher, ao longo do trabalho de parto até a expulsão do feto, pelo fato de integrar uma experiência física, potencialmente emocional, cognitiva e sociocultural.

Entre os fatores internos e externos que influem nessa variação, destacam-se o limiar individual, o grau de relaxamento, o ambiente de atendimento,

a presença e o apoio de familiares e de profissionais de saúde (ZIEGEL, CRANLEY, 1985; ALMEIDA, 2001; BACHMAN, 2002; LOWE, 2002). Por isso, os profissionais de saúde responsáveis pela assistência obstétrica devem considerar a parturiente como autoridade sobre sua própria dor, a fim de que o manejo da dor atenda às suas necessidades durante a evolução do trabalho de parto e ocorra satisfação em relação a sua vivência parturitiva.

A partir dos avanços científicos da área obstétrica acerca da compreensão da natureza da dor do parto, a percepção do estímulo doloroso pôde ser reduzida, com o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (DAVIM, TORRES, MELO, 2007; MAMEDE et al., 2007). Entre as estratégias farmacológicas de alívio da dor, destacam-se a analgesia peridural e a peridural combinada com raquidiana (ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003). Já as estratégias não farmacológicas mais conhecidas são massagens, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, aplicações bioelétricas ou magnéticas, deambulação, exercícios respiratórios e de relaxamento e musicoterapia (SIDORENKO, 2000; BROWING, 2004; ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003; ALMEIDA, 2001; MAMEDE et al., 2007). As estratégias não farmacológicas têm colaborado para a redução do uso de medidas alopáticas, ao promover sensação de bem-estar para a parturiente, com a redução da ansiedade, do sofrimento e dos desconfortos advindos da dor do processo parturitivo (SIMKIN, BOLDING, 2004).

O sofrimento é entendido como uma resposta afetiva negativa, gerada em presença de dor, medo, ansiedade e estresse. Não se sabe se essa resposta origina-se no cérebro quando, a informação de dor é recebida ou se a informação nociceptiva que chega ao corno dorsal leva à ativação de circuitos que provocam a produção, tanto da dor quanto do sofrimento, na medula espinhal e no tronco

cerebral. Na perspectiva fisiológica e comportamental, o que se tem de concreto são alguns exames de imagem cerebral que elucidaram regiões neurais que desempenham algum papel de sofrimento (LOESER, 2009).

As respostas individuais à dor podem acontecer no âmbito afetivo (sentimentos), cognitivo (expectativa, estratégias cognitivas, memória de aprendizado, crenças, enfrentamento e autocontrole) e comportamental (reação individual à dor), segundo Figueiró (1999). Do ponto de vista comportamental a resposta à dor pode ser expressa por meio de movimentos (retorcer e bater), de verbalização de sons (gritar, gemer, queixar-se) e socialmente (retração do contato social, alteração no desempenho de papéis) ou não ser manifesta ou, ainda, ser suprimida (PIMENTA, PORTNOI, 1999). Independentemente da reação individual perante a dor, seja ela afetiva, cognitiva ou comportamental, a sua variação pode estar condicionada pelo significado atribuído a ela e conforme a forma de exteriorização valorizada no contexto sociocultural (BUDÓ et al., 2007).

A compreensão sobre as formas de resposta a dor são importantes para se estabelecer estratégias de assistência obstétrica e de manejo da dor, pois a parturiente pode apresentar como comportamento perante a dor, a verbalização ou não, ou ambos, conforme o seu repertório sociocultural. Em busca do alívio da dor, a parturiente pode usar recursos naturais, como movimentos corporais, massagem e o autocontrole por meio de distração, relaxamento e respiração durante as contrações. Geralmente, ela busca formas de enfrentamento apropriadas ao contexto institucional e assistencial (BACHMAN, 2002).

Por enfrentamento pode ser entendido o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais que ocorrem no plano da consciência e modificam-se constantemente, voltado para o manejo de exigências ou demandas internas ou

externas, avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo (LAZARUS, FOLKMAN, 1984 apud PORTNOI, NOGUEIRA, MAEDA, 2009). As estratégias ou repostas de enfrentamento podem ocorrer com foco direcionado para a dor ou para a emoção. Se o foco for direcionado à dor, o indivíduo se engajará para buscar o seu manejo ou para modificar a situação que causa a dor, com o objetivo de ter autocontrole ou lidar com a ameaça. Nesse caso, buscará utilizar estratégias ativas de aproximação em relação ao agente causador da dor para a solução do problema. Por sua vez, se o foco for direcionado para a emoção, o indivíduo buscará a regulação da resposta emocional causada pela dor por meio de atitudes como o afastamento, a negação ou a esquiva (SEIDL, TRÓCCOLI, ZANNON, 2001).

A concepção teórica desses autores contribui para entender que, no caso do processo doloroso do parto, as estratégias ou repostas de enfrentamento podem variar entre parturientes. Para algumas, estas podem ter o foco direcionado para a dor e, para outras, o foco poderá ser dirigido à emoção.

As estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas concomitantemente para lidar com o problema (dor) ou com a situação estressora. Elas refletem as ações, os comportamentos ou pensamentos utilizados na situação ou na presença de um agente estressor. Por isso, resultam em uma forma adaptativa que pode variar com as condições individuais (biológicas, psicológicas e socioculturais) e o contexto de assistência (FOLKMAN et al., 1986 apud SEIDL, TRÓCCOLI, ZANNON, 2001).

Nesse sentido, torna-se indispensável que o profissional de saúde compreenda a resposta da parturiente à dor a partir da perspectiva e vivência desta e conforme o seu contexto sociocultural. Essa visão individualizada pode favorecer o

cuidado obstétrico humanizado, com a participação ativa da parturiente e com conotação positiva, a partir do atendimento de suas necessidades e de acordo com suas expectativas em relação à dor e ao parto.

2.5 Pressuposto do estudo

A partir da abordagem teórica apresentada sobre a dimensão sociocultural, político-assistencial e biológica da dor do parto normal, tem-se como pressuposto deste estudo que a construção dos sentidos da dor do parto normal pelas primigestas é mediado pelo contexto de interação sociocultural e de assistência pré-natal e ao parto, que guardam relação com contextos mais amplos de âmbito social, cultural, político-assistencial e ideológico. Logo, considera-se que, estes têm significativa influência na construção do entendimento da dor pelas mulheres que vivenciam a primeira gestação.

Capítulo 3

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Fundamentos metodológicos

Esta pesquisa foi desenvolvida à luz do referencial metodológico da pesquisa social estratégica em saúde de abordagem qualitativa. A pesquisa social caracteriza-se por ser seu objeto de estudo essencialmente histórico e qualitativo, com limites dados pela realidade do desenvolvimento social; por ser intrínseca e extrinsecamente ideológica, ou seja, por veicular interesses e visões de mundo historicamente construídos e submetidos à dominação vigente e por permitir que as visões de mundo dos sujeitos permeiem todo o processo de investigação, existindo identidade entre o sujeito e o objeto (MINAYO, 2000).

Por suas características, a pesquisa social mostrou ser a que melhor poderia responder ao alcance dos objetivos propostos nesta investigação. Assim fez-se opção pela pesquisa social estratégica, uma das modalidades da classificação alternativa de Bulmer, citado por Minayo (2000), que assim explica sua abrangência e o seu alcance:

Baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são os da pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação. Essa modalidade seria a mais adequada para o conhecimento e avaliação de Políticas, e segundo nosso ponto de vista particularmente adequada para as investigações sobre saúde. (MINAYO, 2000, p.26)

Foi com base nos pressupostos desse paradigma metodológico que se buscou uma aproximação com a realidade de um grupo de mulheres no período gestacional e puerperal, a fim de apreender, aclarar e discutir os aspectos que estão relacionados aos sentidos da dor do parto normal. Foram consideradas, nessa abordagem, as relações dessas mulheres com o seu meio sociocultural e a instituição provedora de assistência, como também as representações dessa parcela específica da sociedade acerca da experiência de dor do parto normal (MINAYO, 2005). Assim, da fala das participantes, procurou-se apontar também posições sociais perante a realidade, preocupações e interesses de classe e de grupos determinados (MINAYO, 2000).

A relevância da investigação dos sentidos da dor do parto normal advém da peculiaridade dessa dor: trata-se de uma experiência subjetiva que, embora do ponto de vista biológico provoque uma sensação física desagradável, também é mediada por componentes psicológicos, socioculturais e assistenciais (GUIMARÃES, 1999; LOWE, 2002; SBED, 2006). Esses componentes remetem à complexidade da temática da saúde da mulher, com sua carga histórica, cultural, política e ideológica.

A utilização, neste estudo, da abordagem qualitativa justifica-se, pois, pelas seguintes razões: por ser esta capaz de incorporar a dimensão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais; por se propor a uma compreensão particular e profunda de fenômenos sociais não quantificáveis e por ter como material primordial de investigação, a palavra, que expressa a fala cotidiana seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (MINAYO, 2000).

A característica qualitativa do sentido da dor do parto normal foi contemplada, ao dar voz a um grupo de usuárias do SUS, com vistas a compreender o processo de construção desses sentidos a partir da perspectiva e da vivência dessas mulheres na primeira gravidez e no primeiro parto, considerando a subjetividade como a essência desse fenômeno e processo social. Apoiada na orientação teórica de Minayo (2007), a pesquisa buscou aprofundar a compreensão do universo de significados, crenças e valores, assim como das relações e dos aspectos que envolviam essa compreensão, por entender que esses universos correspondem a um espaço que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis.

3.2 Os cenários do estudo

Como cenário de estudo, foram delimitados espaços de pesquisa em que os sujeitos da investigação estivessem concentrados e pudessem ser encontrados com facilidade. Neste caso, foi escolhida uma maternidade pública da rede estadual de saúde de Goiânia, capital de Goiás, e os domicílios das participantes. Para a escolha da maternidade, foram considerados os requisitos perfil, acessibilidade e convênio já estabelecido entre Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Federal de Goiás, à qual estão vinculadas a pesquisa e a pesquisadora como docente.

A maternidade localiza-se em um bairro próximo ao centro da cidade. Foi fundada em 1970 e está integrada à rede de hospitais-escola do governo de Goiás, nas áreas de medicina, enfermagem e psicologia. O seu perfil de atendimento favoreceu a inclusão de participantes no estudo por ser uma instituição de referência

no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério e ter maior demanda obstétrica de partos normais.

A maternidade oferece também outros serviços, tais como: emergência obstétrica 24 horas; atendimento ginecológico; atendimento de apoio à amamentação (Grupo Amigos do Peito e posto de coleta e armazenamento de leite materno), com a assistência de equipe multiprofissional; planejamento familiar; grupo de gestantes adolescentes; grupo de humanização da assistência, com desenvolvimento do Programa de Qualidade Goiás (PQG); assistência neonatológica e de puericultura; atendimento ambulatorial e cirúrgico de mastologia e ambulatorial de psicologia; serviço social; nutricionista; laboratório e ultrassonografia.

Por sua estrutura física e número de leitos para atendimento, a maternidade é caracterizada, de acordo com a Portaria n. 1.044/ GME, de 1º de junho de 2004 (BRASIL, 2004b), como unidade hospitalar de pequeno porte. Na ocasião da pesquisa, ela dispunha de 35 leitos, distribuídos em seis enfermarias, sendo 26 leitos para obstetrícia (oito para tratamento clínico, quatro para o pré-parto e 14 para pós-parto) e nove leitos para ginecologia. Suas instalações dispunham ainda, entre outros equipamentos, de: um centro obstétrico com duas salas de parto normal e uma para parto cesáreo; um centro cirúrgico, com duas salas para os procedimentos ginecológicos; uma unidade intermediária de atendimento ao recém-nascido; sete consultórios; um laboratório de análises clínicas; uma sala de ultrassom; uma sala de vacina.

Para atender à demanda de assistência obstétrica e ginecológica, a instituição contava com 318 funcionários (efetivos, comissionados e prestadores de serviços), estando o quadro de profissionais de saúde composto por nove

enfermeiras (sendo uma gerente de enfermagem), 27 auxiliares de enfermagem, 60 técnicos de enfermagem, 57 médicos especialistas (um clínico geral, quatro ginecologistas, 24 pediatras, dois mastologistas, 20 obstetras, seis ginecologistas), quatro fonoaudiólogos, dois psicólogos, um fisioterapeuta, uma nutricionista, quatro biomédicos, um farmacêutico, uma terapeuta ocupacional, entre outros profissionais.

Em relação à assistência obstétrica ambulatorial e hospitalar, a demanda nessa maternidade difere de outras unidades no que concerne às características do atendimento. A demanda para assistência pré-natal até novembro de 2007 era gerada a partir das vagas garantidas mensalmente pela própria instituição, independentemente da região de moradia da gestante. Gestantes de municípios vizinhos também eram cadastradas para o atendimento pré-natal. Nesse período, para garantir o atendimento pré-natal, conforme a demanda, a unidade agendava consultas de acompanhamento pré-natal no máximo entre a 37^a e a 38^a semana de gestação. Caso tivesse ultrapassado essa idade gestacional e, em face da ocorrência de sinais de trabalho de parto e de riscos para a gravidez, a gestante era orientada a buscar atendimento no ambulatório de emergência. Durante o acompanhamento pré-natal, era exigida assiduidade das gestantes às consultas. Para incentivá-las, eram oferecidas palestras diárias acerca do aleitamento materno e curso específico para gestantes adolescentes, no dia da consulta pré-natal. Caso a gestante faltasse a três consultas consecutivas, era cancelado novo agendamento, por considerá-la desistente e, assim, surgia nova vaga para atendimento.

A partir de dezembro de 2007, período em que já havia sido concluída a coleta de dados, a maternidade passou a ser prestadora de serviços para o município. Com essa mudança de gestão de vagas para atendimento pré-natal, a demanda de consultas passou a ser atendida nos centros de atenção integral a saúde

(CAIS) e nas unidades básicas de saúde pública (UBS) dos nove distritos sanitários de saúde de Goiânia. Dessa forma, como a maternidade é uma unidade hospitalar, o seu serviço de atendimento pré-natal passou a ser referência para os casos de gestação de risco. Mesmo assim, a maternidade ainda atende uma parcela de gestantes do pré-natal de baixo risco referenciadas das UBS e CAIS, quando as cotas de vagas destas não garantem mensalmente a demanda de atendimento.

A equipe de atendimento pré-natal era composta por três médicos obstetras e uma enfermeira (atendimento de primeira consulta), dois auxiliares e um técnico de enfermagem, divididos em nove escalas ao longo da semana nos períodos matutino e vespertino. Contava-se também com o serviço de agendamento informatizado de consultas e serviço da seção de arquivo.

Para cada período de atendimento, eram disponibilizados, previamente, pela seção de arquivo, os prontuários das gestantes agendadas para atendimento, a fim de facilitar o controle. Embora o atendimento fosse agendado, seu fluxo seguia a ordem de chegada. Assim, a gestante, ao chegar para o atendimento pré-natal, era recepcionada pela auxiliar de enfermagem, que conferia o seu prontuário, realizando aferição de peso e medida e registrando esses dados em sua carteira de gestante. Após a consulta médica, a gestante realizava novo agendamento para o mês subsequente.

A demanda para assistência ao parto era gerada por meio do sistema de referência das UBSs de Goiânia, pertencentes ao Distrito Sanitário Leste, em que a maternidade está situada, e pelo serviço pré-natal da própria maternidade. Dessa forma, a maternidade atendia de acordo com o número de vagas disponíveis diariamente, independentemente de a gestante haver feito o pré-natal nesta ou em outra instituição. Na admissão para o parto, era exigido que a gestante

apresentasse, no mínimo, a carteira de gestante, a carteira de identidade e o cartão do SUS. Caso a maternidade não dispusesse de vaga para o atendimento, era feito o encaminhamento da gestante, por meio de vaga disponibilizada pela central de vagas hospitalares, para outra instituição que oferecesse assistência ao parto pelo SUS, exceto em caso de trabalho de parto avançado ou da necessidade de interrupção emergencial da gravidez.

A equipe obstétrica da unidade hospitalar atendia à demanda diária de assistência às gestantes com intercorrências clínicas, às parturientes e às puérperas. Dessa forma, conforme as escalas de atendimento da equipe, não havia um profissional disponível exclusivamente para o pré-parto. Em média, no plantão diurno, eram escalados para a equipe de enfermagem dois enfermeiros supervisores, sendo um responsável pelo posto de enfermagem e outro pelo centro obstétrico e, em média, seis membros, entre auxiliares e técnicos de enfermagem, e três médicos obstetras e dois pediatras que se revezam em plantões de 24 horas cada um. A equipe contava, também, na assistência, com a participação de estudantes de cursos de graduação em Enfermagem e Medicina e de cursos técnicos e auxiliares de Enfermagem de instituições de ensino conveniadas. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto não era uma prática de rotina, sendo isso justificado pela infraestrutura inadequada para o atendimento individualizado com a participação do acompanhante.

A emissão da autorização de internação hospitalar para a admissão da mulher na unidade para assistência ao parto, assim como o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e do parto eram de responsabilidade da equipe médica. O enfermeiro colaborava, realizando a supervisão da equipe na assistência à parturiente durante a evolução do trabalho de parto. Durante todo o trabalho de

parto, a parturiente permanecia na enfermaria de pré-parto, localizada em frente ao Centro Obstétrico, para onde era encaminhada somente na ocorrência de período expulsivo. O emprego da analgesia no trabalho de parto não era uma prática de rotina na unidade. Dessa forma, para promover o conforto e o bem-estar das parturientes em relação à dor do parto, alguns profissionais da equipe, principalmente de enfermagem, de maneira não sistematizada, incentivavam as parturientes a utilizar estratégias não farmacológicas, como deambulação, exercícios respiratórios e o banho de chuveiro.

O segundo cenário da proposta de investigação foi o domicílio das participantes. Essa escolha foi uma estratégia para favorecer o contato com as mulheres no puerpério imediato de forma privativa e individualizada. Outra razão dessa escolha foi a consideração de que, nesse período, estando elas em recuperação pós-parto e com a atenção voltada para os cuidados com o recém-nascido, seu deslocamento até a maternidade poderia ser difícil. Além disso, a aproximação e o conhecimento do contexto de vida e de saúde dessa parcela de mulheres da sociedade usuárias do SUS favoreceria a compreensão de aspectos relacionados como os sentidos atribuídos por elas à dor do parto como fenômeno inerente à parturição, em vista das relações estabelecidas por elas com a instituição de atendimento e com suas famílias.

Como a maternidade atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, supõe-se que sua clientela pertença a um extrato socioeconômico e demográfico de baixa renda. No momento da pesquisa, a instituição ainda não dispunha de um serviço de registros que possibilitasse traçar o perfil socioeconômico de sua clientela.

Os domicílios das participantes da pesquisa estavam localizados em áreas urbanas da região metropolitana de Goiânia. Sete domicílios estavam dentro do perímetro dos distritos sanitários de saúde da região leste, norte e central, para os quais a maternidade é referência no atendimento obstétrico. Os demais (três) localizavam-se no município de Senador Canedo, distante doze quilômetros de Goiânia.

Os domicílios das participantes residentes em Goiânia localizavam-se no Setor Vila Nova, no Jardim Novo Mundo, no Jardim Guanabara (2), no Parque das Flores, no Jardim das Aroeiras e em Campinas. Na cidade de Senador Canedo, os domicílios estavam localizados nos setores Nova Morada, Rio Araguaia e Parque Alvorada.

Em geral, os domicílios eram providos de construção em alvenaria, com média de quatro cômodos, e localizavam-se em regiões com infraestrutura básica (energia elétrica e água tratada), além de acesso a transporte coletivo, escolas, comércio e posto de saúde. A maioria era atendida por serviços públicos de coleta de lixo e esgoto.

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo é uma etapa essencial da abordagem qualitativa em pesquisa. Em regra, é durante essa fase da pesquisa que as inquietações assumem caráter prático, por ser o momento em que o pesquisador interage com os sujeitos de pesquisa envolvidos na investigação (MINAYO, 2007). Portanto, foi necessário estabelecer determinadas estratégias de trabalho para a coleta de dados.

Ela foi realizada em duas etapas, antes e após o parto. O primeiro contato com a gestante ocorreu na maternidade por ocasião da consulta pré-natal. Já no período puerperal, o contato ocorreu no domicílio da puérpera. Todas as participantes aceitaram voluntariamente ser sujeito de estudo, considerando alguns critérios de seleção.

Para a participação no período gestacional, os pré-requisitos para a gestante foram: aceitar voluntariamente ser sujeito da pesquisa; ser primigesta com idade a partir de dezoito anos; estar cadastrada no programa de pré-natal de baixo risco, com assiduidade às consultas desde o primeiro trimestre de gestação; apresentar exames clínicos e laboratoriais indicando a normalidade da gestação; e estar com 36 semanas de gestação ou mais. A definição dessa abordagem da gestante a partir de 36 semanas de gestação visou garantir a formação de vínculo entre a pesquisadora e a participante num período mais próximo do parto, que é o mais adequado para dialogar sobre a temática da dor do parto, já que a gestação chega ao termo com 38 semanas (ZIEGEL, CRANLEY, 1985; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Os critérios pré-estabelecidos tiveram como objetivo garantir a inclusão de gestantes com perfil obstétrico favorável para o parto normal e favorecer a sua participação na segunda etapa da pesquisa. Foram incluídas na segunda etapa as primigestas que tiveram parto normal na maternidade-estudo, sem indução e analgesia, sem intercorrências clínicas e obstétricas no final da gestação ou durante o trabalho de parto, sem ocorrência de morte fetal ou neonatal e que aceitaram receber a pesquisadora em seu domicílio até o décimo dia de pós-parto. Assim, foram excluídas do estudo aquelas participantes da primeira etapa que não atenderam a esses critérios.

Durante o primeiro contato com a gestante, esta era convidada a participar voluntariamente da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e, diante do aceite, era iniciada a primeira etapa da coleta de dados, antes ou depois da consulta de pré-natal ou em outra data e horário pactuado com ela. Nesse encontro, eram colhidos os dados referentes às características socioeconômicas, demográficas e obstétricas do período pré-natal (Apêndice B) e realizada a entrevista individual semiestruturada (Apêndice C).

A coleta de dados da segunda etapa da pesquisa foi agendada no domicílio da participante até o décimo dia de pós-parto, uma vez que esta se encontrava em período de recuperação. Essa estratégia visava aproveitar o vínculo estabelecido entre a pesquisadora e a participante durante o primeiro encontro. Niven e Brodie (1996) afirmam que a memória da mulher em relação ao evento do parto não sofre alteração, independentemente do período transcorrido no pós-parto. Todavia, um período de tempo maior poderia contribuir para que as participantes abandonassem a pesquisa, ao favorecer o distanciamento do vínculo pré-estabelecido com a pesquisadora. Antes da entrevista individual no domicílio (Apêndice E), foi realizada também a coleta dos dados no prontuário de cada participante referentes aos aspectos obstétricos de admissão, evolução do trabalho de parto e parto (Apêndice D).

Para iniciar o trabalho de campo, foram cumpridas todas as exigências éticas e legais para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). Foram devidamente obtidos o consentimento da instituição (Anexo A); a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG) - protocolo n. 104/2006

(Anexo B) e a concordância de participação voluntária das mulheres, pelo preenchimento e assinatura do TCLE.

Por ocasião do preenchimento do TCLE, foi garantido a todas as participantes o esclarecimento quanto às justificativas, aos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como quanto à forma de participação durante a gravidez e após o parto e ao seu direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo em seu atendimento ambulatorial e hospitalar ou de qualquer ordem.

A assinatura do TCLE pelas testemunhas foi centralizado no departamento de Serviço Social da maternidade. Essa estratégia garantiu, por meio do apoio institucional, respeito ético em relação à necessidade de segurança da gestante e da família quanto à participação voluntária e à seriedade da pesquisa.

Foi esclarecido às participantes que, embora os resultados da pesquisa não as beneficiassem diretamente, poderiam beneficiar outras mulheres no futuro. Foi enaltecida a relevância do estudo para subsidiar a implementação de ações para o manejo da dor durante o processo do parto nos serviços de saúde.

Após a primeira entrevista realizada do período pré-natal, cada gestante recebeu dois vale-transportes e um lanche, com vistas a garantir o ressarcimento das despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme prevê a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde–CNS (BRASIL, 1998). O lanche foi considerado essencial, uma vez que as gestantes permaneciam no ambulatório de pré-natal por um período aproximado de uma hora para a realização da consulta e ainda, em média, mais uma hora e meia para a participação da entrevista da pesquisa.

As participantes foram identificadas por um código, constituído pela letra E (entrevistada), seguida por um número entre 1 e 10, conforme a ordem de registro no banco de dados. Esse procedimento foi utilizado para garantir o anonimato e a confidencialidade.

Todos os documentos resultantes deste estudo (anotações, fitas, questionários) foram conservados em armários de uso exclusivo da pesquisadora responsável e serão destruídos cinco anos após o final do estudo, conforme recomenda a Resolução n.196/96 do CNS (BRASIL, 1998).

Concomitantemente ao período de coleta de dados e após o seu término, foram apresentados cinco trabalhos em eventos científicos (ALMEIDA, MEDEIROS, 2007a, 2007b; ALMEIDA et al., 2008b, 2008c; ALMEIDA, COELHO, SILVA, 2008) e publicado um artigo científico (ALMEIDA et al., 2008a).

Por se considerar os procedimentos de coleta de dados de grande relevância para o desenvolvimento e construção da pesquisa, o processo de investigação iniciou-se pelo reconhecimento do cenário da maternidade (rotina da unidade de atendimento pré-natal, seguimento para atendimento ao parto e ao puerpério, equipe de atendimento ambulatorial e hospitalar). A realização da pesquisa foi divulgada em toda a maternidade e a pesquisadora fez um treinamento prévio das etapas da pesquisa. Todas as atividades desenvolvidas nesse período inicial foram de fundamental importância para planejar os procedimentos de coleta de dados da pesquisa, sendo que estes foram realizados exclusivamente pela pesquisadora.

Com o consentimento da diretoria, da gerente de enfermagem e do gerente administrativo, a pesquisadora pôde permanecer no recinto da unidade de atendimento pré-natal e, em alguns momentos, na unidade de atendimento

hospitalar da maternidade para a realização dos procedimentos de coleta de dados, nos dois períodos diurnos, de segunda a sexta-feira, por oito meses.

Inicialmente, foi realizada a seleção prévia das gestantes a serem convidadas para o estudo, por meio da leitura de registros dos prontuários referentes aos critérios de inclusão. A seguir, foram abordadas as primigestas selecionadas na sala de espera da unidade de atendimento pré-natal para formular o convite de participação voluntária na pesquisa. Para tanto, a pesquisadora fez sua identificação pessoal, mostrando o crachá da Universidade Federal de Goiás, onde trabalha e realiza a pós-graduação. A pesquisadora não vestia jaleco ou roupa branca, frequentemente usados pelos profissionais de saúde da unidade, para não influenciar na decisão da gestante, uma vez que estas poderiam sentir-se pressionadas a aceitar a participação, que deixaria de ser voluntária. Para garantir uma abordagem individual e privativa durante o convite à gestante, a chegada da pesquisadora ao ambulatório ocorria pelo menos meia hora antes do início do atendimento.

A coleta de dados da pesquisa no período pré-natal era realizada em ambiente reservado (no consultório ou no auditório) visando garantir privacidade, sigilo e respeito à participante. Antes de dar início à entrevista, era realizada a leitura minuciosa do TCLE para os devidos esclarecimentos, inclusive sobre a centralização das assinaturas das testemunhas no departamento de Serviço Social. A recusa em assinar implicava a não inclusão da gestante na pesquisa.

Posteriormente, era preenchida, juntamente com a gestante, uma ficha com questões fechadas prevendo respostas ligadas às categorias correspondentes aos dados socioeconômicos e demográficos e do pré-natal (Apêndice B). Em seguida, iniciava-se a entrevista individual gravada em fita cassete e em gravador

digital, mediante o consentimento prévio da gestante, para reduzir a possibilidade de perda da gravação, garantir maior audibilidade e transferência dos dados coletados para a pasta de arquivos do computador.

Após a realização da entrevista no período pré-natal, a pesquisadora mantinha um contato semanal com as participantes, por telefone, a fim de acompanhar a evolução da gestação e identificar a ocorrência do parto normal. Para as gestantes que não dispunham de telefone foi proposto o contato destas com a pesquisadora por meio de ligação telefônica a cobrar. Além disso, a pesquisadora fazia o acompanhamento diário dos registros hospitalares no livro do posto de enfermagem, a fim de conferir a provável internação das participantes para assistência ao parto ou a alta hospitalar.

Com a ocorrência do parto, a pesquisadora fazia uma visita às puérperas participantes, ainda na maternidade, para agendar a segunda entrevista no domicílio. Posteriormente, acessava os prontuários para coleta de dados referentes à admissão hospitalar, as condições obstétricas e a evolução do trabalho de parto e o processo do parto (Apêndice D). Antes da visita domiciliar, quando a participante dispunha de telefone, a pesquisadora confirmava o agendamento da segunda entrevista com um dia de antecedência. A visita domiciliar era confirmada em horário preferencial da participante e, se possível, no horário que dispusesse da companhia de um membro da família.

Durante a coleta de dados da segunda etapa da pesquisa, a pesquisadora contou com o apoio da Divisão de Transportes da Universidade Federal de Goiás (DT/UFG) para deslocamento até a residência das participantes. Em duas das visitas domiciliares, a pesquisadora foi acompanhada de uma acadêmica de enfermagem, que cuidava do bebê enquanto a mãe era entrevistada. Essa alternativa de apoio foi

oferecida a todas as participantes, mas apenas duas delas consideraram-na necessária.

A entrevista foi adotada como instrumento desta investigação nas duas etapas, por garantir a coleta de dados e de informações acerca do tema por meio da comunicação verbal e por se constituir, segundo Gaskell (2002, p.65) em:

ponto de entrada para o cientista social que introduz, então, esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos [...] e compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para a constituição dos dados empíricos das duas etapas da investigação (Apêndices C e E). As questões dos instrumentos de coleta de dados formuladas pela pesquisadora emergiram do referencial teórico e foram apreciadas e validadas por professores de áreas afins da enfermagem quanto a sua pertinência e consistência. Elas visavam o avanço da compreensão dos sentidos da dor do parto normal, na perspectiva e na vivência das participantes, ao propiciar a elas a expressão livre de suas idéias, expectativas, sentimentos, percepções, significados e representações acerca desse fenômeno.

As entrevistas eram sempre iniciadas com comentários introdutórios sobre a pesquisa, destacando a relevância da colaboração voluntária de cada participante, a fim de favorecer a empatia e facilitar a condução da entrevista, e com a solicitação de autorização para gravar a conversa. Ao final de cada entrevista, a pesquisadora perguntava se a participante desejava dizer algo mais, agradecia a participação, reforçava a confidencialidade das informações e explicava sobre o prosseguimento da pesquisa. Simultaneamente às entrevistas, a pesquisadora sempre realizava apontamentos em relação aos detalhes observados como significativos para ela,

como expressão fisionômica e gestos. Em média, cada entrevista da segunda etapa teve duração de uma hora.

À medida que eram realizadas as entrevistas das duas etapas da investigação qualitativa e a pesquisadora entrava em contato com a realidade de cada participante por meio da fala expressa, mais se confirmava a afirmação de Gaskell (2002, p.73), de que toda pesquisa com entrevista é

um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca. Não é apenas um processo de informação de mão única passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, ela é uma interação, uma troca de idéias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com respeito a isso, tanto o(s) entrevistado (s) como o entrevistador, estão de maneiras diferentes envolvidos na produção de conhecimento. Quando nós lidamos com sentidos e sentimentos sobre o mundo e sobre os acontecimentos, existem diferentes realidades possíveis, dependendo da situação e da natureza da interação. Desta forma a entrevista é uma tarefa comum, um partilha e uma negociação de realidades.

As informações das entrevistas da primeira fase de coleta de dados foram transcritas e paralelamente relacionadas com os dados anotados nos registros do diário de campo, antes de realizar a segunda entrevista. Esse cuidado foi tomado para que todas as informações registradas fossem consideradas na segunda entrevista, respeitando as questões apresentadas como norteadoras.

Como na metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que compõem o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori*, ou seja, depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência dessas informações (DUARTE, 2002), neste estudo, não se buscou uma representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática da dor do parto normal. Assim, foi estabelecido,

em princípio, o critério de saturação dos dados ou repetitividade de idéias implícitas nas falas, conforme o previsto para estudos qualitativos (MINAYO, 2000).

Dessa forma, inicialmente foram entrevistadas 48 primigestas que atendiam aos critérios de seleção para a primeira etapa da pesquisa. Entre essas gestantes, foram selecionadas dez, considerando os critérios de inclusão, para participar da segunda etapa quando em período puerperal. Na segunda etapa foi identificada a saturação dos dados por volta da sétima entrevista, porém, a fim de garantir a qualidade do material para análise, as entrevistas foram estendidas até a décima participante, quando foi encerrado o processo de coleta de dados. Por esse motivo, foi necessário prolongar o período de coleta de dados. Nesse período, também foi realizado o registro em diário de campo sobre o percurso de coleta de dados. Nele foram devidamente anotados, por exemplo, o contato com as participantes (a espontaneidade das respostas e o efeito da presença da pesquisadora como entrevistadora); os aspectos relevantes das entrevistas, destacando sua condução e reações de cada participante, e também as questões referentes ao campo que surgiram de forma imediata e outras, no decorrer do trabalho de campo.

3.4 Conhecendo as participantes da pesquisa

No período de coleta de dados, de março a outubro de 2007, houve a participação voluntária de 48 primigestas que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa na primeira etapa (período pré-natal). Desse total, dez primigestas que tiveram parto normal na maternidade-estudo e atenderam aos demais critérios

propostos para a pesquisa foram incluídas na segunda etapa (período pós-parto), sendo selecionadas para a análise de dados das duas etapas. As outras 38 participantes não foram incluídas para a análise dos dados qualitativos, sendo 25 em virtude de ocorrência de parto cesáreo, nove pela ocorrência de parto induzido com ocitocina e quatro porque o parto normal ocorreu em outra instituição e/ou cidade.

Os partos cesáreos tiveram indicações variadas, entre elas: pré-eclâmpsia (5), pós-datismo associado a sofrimento fetal e oligoâmnio (1), sofrimento fetal agudo (5), oligoâmnio (2), apresentação pélvica (1), apresentação transversa associada a sofrimento fetal agudo (1), ausência de dinâmica uterina (4), desproporção cefalo-pélvica (4) e outros em que não foi descrita a indicação (2).

Os partos normais induzidos com ocitocina tiveram essa indicação por: ocorrência de distócia da contratilidade uterina (3), ausência de dinâmica uterina (3), período expulsivo prolongado (1) e outros em que não foi descrita a indicação (2).

Na ocasião da primeira entrevista, as participantes responderam previamente algumas perguntas referentes às suas características socioeconômicas, demográficas e obstétricas que permitiram traçar o perfil de saúde desse grupo no período pré-natal.

As dez participantes estavam na faixa etária entre 18 e 31 anos, com idade média de 23,9 anos, pertencendo ao grupo considerado de menor risco obstétrico, segundo Neme (2000) e Rezende e Montenegro (2008). Esses autores esclarecem que, embora a idade biológica ideal para se instalar a primeira gestação seja entre 18 e 20 anos, por ser considerado o período de pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, em função do desenvolvimento somático e psicológico de cada uma e dos aspectos preventivos que devem presidir a assistência obstétrica, essa idade foi estendida. Assim, os limites fisiológicos para se

ter a primeira gestação passaram a ser 16 (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia), idades consideradas de maior frequência de riscos obstétricos.

Quanto à escolaridade, as participantes apresentaram média de 11,6 anos de estudo formal, sendo que seis tinham ensino médio completo; uma tinha ensino médio incompleto; duas estavam iniciando curso universitário e uma outra tinha ensino fundamental incompleto.

O grau de escolaridade de ensino médio completo apresentado pela maioria dessas participantes pode ter constituído um fator favorável para a compreensão e o aproveitamento das orientações disponibilizadas no serviço pré-natal, assim como de prevenção de riscos e complicações obstétricas. Pelo contrário, segundo o Ministério da Saúde, a baixa escolaridade (menor que cinco anos no estudo regular) entre mulheres brasileiras têm-se constituído em agravante para a saúde, e conseqüentemente, em um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2005).

Embora os dados sociodemográficos das participantes apontassem condições favoráveis para a manutenção da saúde, no que se refere à renda familiar, elas se enquadraram na população de baixa renda. Entre elas, quatro residiam em moradia cedida, três em moradia própria e as demais, em moradia alugada, com renda familiar variando de um a três salários mínimos com média de dois salários.

Em relação à ocupação, as participantes relataram as seguintes atividades de trabalho: cabeleireira, agente de vendas (2), encarregada de produção, salgadeira, secretária (2), estudante (2) e do lar. Entre elas, quatro encontravam-se desempregadas; três realizavam atividade de trabalho remunerado, sendo duas com emprego formal (encarregada de produção e salgadeira) e uma como autônoma

(cabeleireira); outras duas tinham ocupação com o estudo escolar formal e não exerciam atividade de trabalho fora de casa.

Além da ocupação que relatou cada participante, todas relataram que também realizavam atividades domésticas diárias em suas residências e apenas uma tinha essa ocupação como exclusiva. Observe-se que entre elas não houve uma ocupação de trabalho predominante, e que a maioria das ocupações exige algum tipo de qualificação para o seu exercício.

A natureza do trabalho em si e o trabalho da mulher em particular, segundo Hilfinger Messias et al. (1997), estão continuamente se transformando, em decorrência das mudanças relacionadas à maternidade, à estrutura familiar, ao casamento e ao divórcio, como também da urbanização, dos avanços tecnológicos e da globalização da economia. Embora o nível de escolaridade entre as participantes não fosse baixo, apenas duas se encontravam exercendo trabalho formal remunerado e uma como autônoma.

Entre as participantes, oito relataram estar vivendo com o companheiro, sendo cinco em união formal (estado civil de casada) e as outras três em união consensual. Entre essas oito, quatro referiram gravidez planejada e as outras quatro não planejada, mas todas enfatizaram o desejo da gestação e o apoio do companheiro. As demais participantes, ambas eram solteiras e assumiram a gravidez não planejada e a maternidade com o apoio da família, em face da interrupção do vínculo com o pai da criança que, segundo elas, não demonstrou interesse pela manutenção do relacionamento, pela gravidez e pela paternidade.

A maioria das participantes apresentou uma situação conjugal favorável à evolução da gravidez, tendo em vista o apoio e a participação do companheiro na promoção de sua segurança psicoafetiva e socioeconômica. De outro modo, uma

situação conjugal insegura poderia constituir um fator de risco para a gravidez (BRASIL, 2005).

Quanto à religião atual, seis participantes relataram ser adeptas da religião evangélica, duas da religião católica e as demais de nenhuma congregação religiosa.

Todas as participantes iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação, realizaram todos os exames solicitados até aquele momento da gravidez e apresentavam gravidez saudável, segundo as informações médicas obtidas por elas durante a consulta e os registros do cartão da gestante.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a frequência desse grupo foi entre 5 e 8 consultas. Nove participantes apresentaram uma frequência entre 6 e 8 consultas, atendendo ao número mínimo previsto como satisfatório para o acompanhamento pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No estudo realizado por Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), no registro de declaração de nascidos vivos de uma cidade do estado de São Paulo, foi identificado que as gestantes com maior instrução apresentaram chance duas vezes maior de efetuar mais de seis consultas no pré-natal. No presente estudo, a frequência das participantes às consultas de pré-natal também sugere uma associação com sua escolaridade, pelo fato de terem iniciado mais cedo o acompanhamento pré-natal, o que provavelmente favoreceu o reconhecimento de sua importância para a gestação.

Oito participantes relataram a necessidade de utilização de medicação no primeiro trimestre de gravidez, duas pela ocorrência de vaginite, cinco por êmese gravídica e uma por pirose. Segundo as participantes, com a terapêutica instituída

inicialmente no pré-natal, todos os problemas foram resolvidos sem prejuízos para a gestação.

Nenhuma das participantes referiu antecedentes patológicos e cirúrgicos e consumo de cigarro e/ou álcool durante a gestação, mas algumas referiram antecedentes de vivência de algum tipo de dor intensa fora da gestação. A cólica menstrual foi citada por três participantes, cólica intestinal por uma e a dor gástrica por outra.

Em relação à prática de atividade física na gravidez duas participantes referiram realizar caminhada duas vezes por semana. Quanto ao preparo específico para o parto, três referiram ter participado de grupo de gestantes em uma UBS do setor de suas residências, onde receberam algumas informações acerca da gravidez, do parto e do puerpério.

Todos os dados obstétricos obtidos com as participantes no período pré-natal foram cotejados com os registros médicos do cartão da gestante e, nos casos em que faltava clareza ou a gestante apresentava dúvida, também era conferido no prontuário de atendimento pré-natal.

Para caracterizar o perfil obstétrico dessas dez participantes na ocorrência da admissão na maternidade, durante o trabalho de parto e no parto, os dados foram buscados nos registros dos prontuários no dia correspondente à alta hospitalar, quando foram contactadas para agendamento da entrevista domiciliar.

No momento da admissão na maternidade-estudo, as participantes apresentaram idade gestacional, dilatação cervical, dinâmica uterina, membranas, líquido amniótico e posição e batimento cardíaco fetal em um padrão favorável ao parto normal e de baixo risco.

Em relação à idade gestacional, todas as participantes se encontravam no período de termo, com idade gestacional variando entre 37 semanas e quatro dias e 39 semanas e três dias. É considerada gestação a termo aquela compreendida entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas, a partir do primeiro dia da última menstruação, sendo o período favorável para a ocorrência do parto (NEME, 2000; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

À admissão hospitalar, houve entre as participantes variação da dilatação do colo uterino entre dois e dez centímetros e do padrão de contração uterina (frequência, intensidade e duração) entre ausente e regular com intensidade moderada a intensa. Para oito participantes, a admissão ocorreu pela confirmação de trabalho de parto verdadeiro; para uma, por estar em período expulsivo e para a outra, por apresentar ruptura prematura das membranas amnióticas, com coloração normal, indicando período gestacional de termo.

Em relação à posição do feto, os registros apontaram que todos se encontravam em apresentação cefálica e com batimentos cardíacos normais, variando entre 136 e 148 batimentos por minuto, favorecendo o parto normal.

O período de evolução do trabalho de parto das participantes variou entre 5 e 14 horas. Seis participantes apresentaram uma duração de trabalho de parto entre 5 e 6 horas, três, entre 13 e 14 horas e uma, 9 horas. Entre primigestas, é esperada uma média de 10 a 12 horas de duração de trabalho de parto em razão da estreia funcional do organismo no tocante às modificações fisiológicas do colo uterino (amolecimento, encurtamento e medialização), aumento progressivo do padrão das contrações uterinas e descida do feto pelo canal do parto (NEME, 2000; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Na fase final de evolução do trabalho de parto, sete participantes apresentaram ruptura espontânea das membranas amnióticas, com perda de líquido amniótico com coloração normal, confirmando o período gestacional de termo e vitalidade. Em 80% dos casos, a ruptura espontânea das membranas, conforme Rezende e Montenegro (2008), ocorre com nove para dez centímetros de dilatação cervical ou em pleno período expulsivo.

As dez participantes tiveram parto normal sem intercorrências obstétricas, sendo que nove tiveram parto com episiotomia e apenas uma teve parto normal espontâneo. Segundo a classificação obstétrica dos tipos de parto de Rezende e Montenegro (2008), a maioria das participantes teve um parto *dirigido*, ou seja, com intervenção ativa do obstetra, episiotomia no caso, com o objetivo de encurtar o período expulsivo. Uma participante teve parto *espontâneo*, ou seja, aquele que se inicia com um trabalho de parto espontâneo, evolui e termina sem interferência assistencial ativa.

O parto normal é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) como de início espontâneo, baixo risco no trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O nascimento ocorre espontaneamente, com feto em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação.

Todos os recém-nascidos foram classificados como normais quanto ao boletim APGAR, que variou entre 8 e 10, no primeiro minuto (média 8,9), e entre 9 e 10, no segundo minuto (média 9,8), e peso entre 2,560 e 3,780 kg (média 3,045 kg).

De modo geral, as características individuais sociodemográficas e obstétricas das participantes apontaram condições favoráveis para o desenvolvimento de uma gestação normal, para a redução de fatores de risco à

saúde materna e fetal e para a ocorrência do parto normal como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No entanto, do ponto de vista de apoio psicoafetivo, para a maioria das participantes, não foi garantida a possibilidade de compartilhar a vivência do parto e/ou de ter o apoio de um acompanhante (pessoa de sua escolha ou o companheiro) durante o processo de parturição. A presença do acompanhante, em especial do pai da criança ou pessoa significativa do contexto de vida da parturiente é um dos aspectos mais importantes para a promoção da humanização da assistência obstétrica, além de ser uma prática baseada em evidências (OMS, 1996).

3.5 Procedimentos de análise e interpretação dos dados das entrevistas

Nesta pesquisa, os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e do diário de campo foram analisados pelo Método de Interpretação de Sentidos. Este consiste em um caminho de análise de palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas e outros corpos analíticos dentro de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais (GOMES et al., 2005; GOMES, 2007).

Em sua fundamentação, esse método traz concepções da teoria da interpretação da cultura, que permitem ao pesquisador situar os dados como reflexos de estruturas simbólicas de significados socialmente construídos e estabelecidos historicamente. Além disso, propõe a articulação entre hermenêutica (compreensão) e dialética (crítica), possibilitando ao pesquisador caminhar no desenvolvimento do significado consensual daquilo que se propõe interpretar para

estabelecer uma crítica acerca de divergências e contradições dos significados e sobre as suas relações com o contexto (GOMES, 2007, p.99).

De acordo com esse método, a interpretação na pesquisa qualitativa diz respeito ao alcance da compreensão além dos limites do que é descrito e analisado, ou seja, “é o ponto de partida (porque se inicia com a própria interpretação dos atores) e o ponto de chegada (porque é a interpretação da interpretação)” (GOMES et al., 2005, p.202). Com base nessas concepções, foi escolhido esse método para a análise interpretativa dos dados das entrevistas, seguindo a trajetória sistematizada por GOMES (2007), que se inicia pela leitura compreensiva do material selecionado, seguida da exploração desse material e, ao final, a elaboração da síntese interpretativa.

Com esse propósito, primeiramente foram realizadas a transcrição e a digitação das entrevistas gravadas, assim como a organização e a digitação dos registros de diário de campo referentes às duas etapas da pesquisa. Esse material foi arquivado em pastas individualizadas no computador com identificação de acordo com cada participante.

Seguindo a proposta do método, na primeira etapa, foi realizada a leitura exaustiva dos dados transcritos de cada entrevista, para buscar a compreensão do conjunto e também de suas particularidades, mediante a imersão nos detalhes de cada fala. Durante essa leitura, foram sublinhados os aspectos importantes e feitas anotações e observações.

A partir dessa leitura exaustiva, com destaque dos trechos relevantes das falas, foi construída uma estrutura de análise em forma de quadro, em arquivo de planilha eletrônica, com uma planilha individual para cada entrevistada para iniciar a etapa de exploração do material. Nessa planilha individual, foram incluídos os

trechos das falas selecionadas na primeira coluna, sequencialmente, um em cada linha. Na coluna seguinte, foram descritas as unidades de registro identificadas nos trechos das falas, ou seja, as palavras representativas das idéias contidas nos trechos das falas. Depois de uma nova leitura, foram identificadas as categorias a partir das unidades de registro e realizados agrupamentos, considerando as temáticas que emergiram como ideia central representativa das falas.

A montagem dessa estrutura em quadro facilitou a exploração do material para posterior elaboração das sínteses interpretativas das falas na horizontal, na vertical e geral, do grupo de entrevistadas. Para tanto, primeiramente, foram reunidos todos os dados das entrevistadas em novas planilhas, sendo uma para os dados das entrevistas do período pré-natal e outra para os do pós-parto.

Nessa etapa de exploração do material, buscou-se, conforme explica GOMES (2007), identificar e problematizar as ideias implícitas e explícitas no texto, os sentidos mais amplos atribuídos à dor pelas participantes e, assim, estabelecer um diálogo entre as ideias retratadas nas falas, as informações provenientes de outros estudos sobre o assunto e o referencial teórico adotado para este estudo.

Na etapa de elaboração da síntese interpretativa, buscou-se a articulação entre os objetivos do estudo, o referencial teórico escolhido e os dados empíricos a partir dos sentidos mais amplos que traduziam a lógica do material. Por meio da leitura horizontal, foi elaborada a síntese interpretativa do conjunto das falas de cada entrevistada. Por meio da leitura vertical das falas, foi elaborada a síntese interpretativa conjunta das falas das entrevistadas (E1 a E10) de acordo com as respectivas temáticas. Em seguida, após leituras sucessivas das sínteses horizontais e verticais, foi elaborada a síntese interpretativa geral. Essas sínteses, além de propiciar uma visão tanto das particularidades quanto do conjunto dos

dados, como *corpus* de análise, forneceram subsídios para a construção de uma estrutura de análise dos dados. Esses procedimentos foram utilizados para trabalhar os dados provenientes das entrevistas do período pré-natal e do período de pós-parto.

Durante esse caminhar para a interpretação e análise dos dados das entrevistas do período pré-natal e de pós-parto, observou-se, com base no que afirma Gomes et al. (2005, p. 190), que “as estruturas para análise do material qualitativo são uma construção teórica”, realizada por aproximações sucessivas de categorização.

Com a sistematização dessa estrutura de análise e interpretação, emergiram das falas duas categorias temáticas que foram identificadas, de acordo com os conteúdos dos dados das entrevistas, como: “Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal” e “Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada”. Esses temas constituíram as unidades de significação que emergiram naturalmente do texto analisado, segundo os critérios relativos à teoria que serviu de guia à leitura dos dados (BARDIN, 1979).

Conforme preconiza o Método de Interpretação de Sentidos (Gomes, 2007), na etapa de elaboração de síntese interpretativa, procurou-se trabalhar com os sentidos mais amplos que articulavam as explicações dos sujeitos da pesquisa e traduziam a lógica do conjunto do material, para, na redação do texto de análise dos dados (resultados e discussão), fazer uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos, segundo as temáticas que emergiram das falas.

3.6 Dificuldades encontradas durante a investigação

Vale ressaltar que durante a trajetória de coleta de dados, a pesquisadora deparou com dificuldades, relacionadas tanto com a natureza da pesquisa quanto com problemas técnico-administrativos da maternidade-estudo, as quais, conjuntamente, foram determinantes para o prolongamento do período de investigação. Em razão dessas dificuldades, a coleta de dados estendeu-se de março e outubro de 2007.

As dificuldades inerentes à natureza e ao objeto da pesquisa concernem diretamente aos critérios de inclusão e exclusão de participantes na pesquisa. Embora estes tenham assegurado o rigor da pesquisa, tanto na primeira etapa (entrevista no período gestacional) como na segunda (entrevista no período puerperal), implicaram um tempo maior para a coleta de dados, uma vez que as gestantes incluídas na pesquisa e entrevistadas no pré-natal só eram entrevistadas no puerpério na ocorrência do parto normal. Além disso, era necessário esperar em média quatro semanas para a ocorrência do parto de cada participante, já que ela era incluída no estudo a partir da 36ª semana de gestação. Assim, de um universo de 48 primigestas, que aceitaram participar na primeira etapa, restaram dez que tiveram parto normal e atenderam aos critérios da pesquisa para participação na segunda etapa.

Em relação aos problemas de ordem técnico-administrativa da maternidade, a ocorrência de limitação de vagas de internação para assistência ao parto e pós-parto e a conseqüente transferência das gestantes para outras unidades hospitalares trouxe dificuldades para a coleta de dados no pós-parto. Essa limitação

foi ocasionada pela insuficiência de roupa para atendimento em geral e por procedimentos de reforma na unidade de internação pós-parto e no centro cirúrgico.

Algumas participantes da primeira etapa da pesquisa foram excluídas da segunda etapa por terem sido transferidas para outras unidades de internação hospitalar da rede do SUS, diante a falta de vaga para internação na maternidade estudo. Além disso, a indicação de indução do parto como rotina por alguns médicos obstetras inviabilizou a ocorrência do parto natural para outras participantes. Esse fator técnico também interferiu na condução da segunda etapa de coleta de dados.

Entretanto, esse processo de adequação do projeto à realidade foi compreendido pela pesquisadora como parte do seu aprendizado. Todas essas limitações dizem respeito a aspectos que fogem ao controle do pesquisador, por depender de fatores envolvidos no processo gestacional e de parturição, assim como de rotinas e protocolos do local em que se desenvolve o estudo.

Capítulo 4

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A descrição e a análise dos resultados estão dispostas, conforme as duas categorias temáticas que emergiram das falas, com vistas à melhor compreensão dos dados obtidos na pesquisa. Essas duas temáticas foram intituladas: “Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal” e “Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada”.

A primeira temática refere-se às perspectivas de dor do parto normal das primigestas e à trajetória de construção dos sentidos da dor a partir das informações veiculadas em seu meio sociocultural e no âmbito da assistência pré-natal. A segunda refere-se às vivências parturitivas de dor das primigestas e ao processo de construção dos sentidos da dor do parto normal dentro de um contexto de assistência obstétrica hospitalar.

A partir desses temas centrais, estabelece-se um diálogo com o referencial teórico. Nesse movimento dialógico o que se busca alcançar é uma compreensão fundamentada dos sentidos da dor do parto normal para o grupo de usuárias do Sistema Único de Saúde participante da pesquisa.

4.1 Construindo sentidos da dor do parto normal a partir das perspectivas de dor no período pré-natal

O caminho trilhado pelas participantes da pesquisa para previsão da dor do parto normal e construção de seus sentidos teve como base fundamental a rede de informação sobre dor do parto de seu meio sociocultural e de assistência obstétrica do pré-natal. A maioria das participantes afirmou ter adquirido informações sobre a dor do parto no período pré-natal, e não se lembrar de haver buscado informações específicas sobre a dor previamente à gravidez, embora a maioria haja referido lembranças de histórias familiares e do meio social relacionadas com a dor:

“Se eu não tivesse fazendo pré-natal, eu não ia saber de nada. Sou marinheiro de primeira viagem [suspirou]. Eu nunca pensei sobre isso. [...] Ele [médico] acabou de falar pra mim que a barriga vai endurecendo e a gente vai sentido uma dor no pé da barriga.” (E1)

“Na época da minha mãe e da minha avó era só normal. [...] Lá na fazenda a grávida sentia a dor, ia lá para o quarto e tinha seu filho. Era a coisa mais normal do mundo.” (E9)

No fragmento da fala da entrevistada E-1, pôde-se identificar a expressão da importância de informação acerca da dor do parto normal para primigesta no pré-natal. Ao enfatizar, como receptora, a dimensão biológica da dor informada pelo médico, também manifesta o significado para ela da assistência pré-natal, ou seja, da assistência institucionalizada. Por sua vez, a entrevistada E-9 expressa a lembrança de gerações anteriores em relação à naturalidade da vivência da dor do parto normal, a vinculação da informação sobre a dor ao seu contexto familiar e a posição assumida pela mulher como agente do processo de parturição naquele tempo.

De certa forma, essas falas retratam aspectos do processo social de institucionalização da assistência ao parto, por meio do qual houve a transferência do cenário domiciliar do nascimento para o hospitalar. Para a mulher foi instituído o papel de objeto no processo gestacional, parturitivo e de nascimento diante da apropriação do saber e da prática obstétrica pela medicina (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005; REIS, PATRÍCIO, 2005).

Na análise dos relatos das participantes quanto à veiculação da informação sobre a dor do parto no contexto sociocultural e de assistência pré-natal, puderam ser identificados os seguintes aspectos: 1) fontes de informação; 2) elementos integrantes das informações; 3) formas de aquisição; 4) características de cada fonte; 5) ambiguidades de informações e 6) lacunas da assistência pré-natal.

Como fontes de informação foram apontadas, nas falas das participantes fontes primárias e secundárias. Como fonte primária de informação, foram destacados os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) e gestantes do pré-natal, além de mulheres da família e do meio social que já vivenciaram a dor do parto normal. Como fonte secundária, foram apontados veículos da mídia, como vídeos, revistas, jornais, livros, televisão e internet. Alguns exemplos dessas fontes de informação estão indicados nos excertos das falas abaixo:

“A enfermeira faz palestra pra gente. Ela levou até uma fita pra gente ver como são os tipos de parto. Tem cesárea, normal e um parto normal com anestesia pra não sentir dor.”(E1)

“Como se diz, é aquela mesma história. Algumas falaram que doeu demais e outras que doeu menos.” (E2)

“Busquei essa informação com pessoas que já ficaram grávidas, mesmo assim não satisfez. Eu achava que ia fazer um cursinho para gestantes no começo do pré-natal. Não tive nenhuma informação sobre isso, as consultas são muito rápidas. Não tem muito como conversar com o médico e se expressar melhor, porque ele mal atende a gente. Não faz pergunta. Não diz também como é que vai ser.” (E4)

“Procurei informação na internet, no hospital com as enfermeiras, em casa e em livros pra saber mais. Procurei na revista, no jornal, até parto normal que passou esses tempos atrás na televisão eu assisti. [...] O que me chamou a atenção na imagem do parto que vi foi na hora que o bebê vai sair, parece que vai enforçar. Deve ser uma dor!” (E6)

“Ele [médico] me orientou sobre a contração, quando vem e como é, que a barriga começa endurecer, vem a dor e coisa e tal [...] e quando passar mal procurar o médico.” (E8)

Conforme os relatos acima, as informações adquiridas por meio do profissional médico foram obtidas, exclusivamente, durante as consultas de pré-natal e pelo enfermeiro durante as palestras de grupo de gestantes. Enquanto as informações do meio social foram obtidas, na maioria, durante conversas informais, principalmente entre mulheres que já vivenciaram o parto normal, das informações veiculadas pela mídia, exceto de vídeos, todas as outras foram adquiridas por iniciativa das participantes.

De acordo com as fontes de informação apresentadas pelas entrevistadas foi possível, identificar a necessidade da primigesta de compreender melhor o processo parturitivo, visando subsidiar a sua trajetória na formação de uma opinião própria acerca da dor do parto normal. Para amparar a gestante na trajetória pré-natal, em especial na primeira gravidez, o Ministério da Saúde preconiza que a assistência, além de promover todos os cuidados e procedimentos obstétricos que visam preservar a saúde da gestante e do concepto, também deve incluir atividades de educação em saúde individual ou grupal que favoreçam hábitos saudáveis de vida, bem como o preparo para o parto e o puerpério (BRASIL, 2005).

Os elementos integrantes das informações adquiridas por elas tiveram enfoque nas dimensões, tanto biológica quanto psicoafetiva, sociocultural e assistencial/institucional que estão relacionadas com a dor do parto normal.

Na dimensão biológica, os elementos da dor apresentados foram a variabilidade de tolerância entre mulheres, o controle a partir da analgesia, as características e os fatores inerentes ao parto e que influenciam na dor:

“Disse que tem mulheres que sofrem mais e outras que sofrem menos. Tem umas que demoram mais para ter o parto e outras têm rápido. Por isso, acho que cada mulher é de um jeito e tem uma dor”. (E3)

“Cheguei a ver imagens de parto normal e de parto cesáreo para ver como é que era. Vi como eles controlam a dor e que agora eles podem dar anestesia no parto normal.” (E5)

“O médico explicou que a hora que eu entrar em trabalho de parto, vem a dor nas costas e dá a contração. E nas palestras, as enfermeiras do hospital falaram que é uma dor passageira, que dói na hora e depois não dói mais. Que tenho que ficar mais tranquila e confiar em mim. Que se eu ficar nervosa vai doer mais ainda.” (E6)

Na dimensão psicoafetiva, foram apontados elementos da dor referentes ao papel da mulher no autocontrole emocional e a relação da dor do parto com o papel materno:

“Minha mãe fala pra mim ter a maior calma e ficar tranquila, porque a dor não é essa coisa que nem as pessoas falam”. (E1)

“Os médicos dizem que para ter o parto normal eu tenho que trabalhar meu parto, procurar ficar tranquila, fazendo respiração na hora da dor”. (E2)

“Me ensinaram como fazer a respiração. Prender o ar e soltar bem devagarzinho na hora da dor da contração [...]. Então na hora da dor a gente tem que fazer muita força, ficar calma, muito tranquila”. (E10)

“No início, eu já falava que queria parto normal e minha mãe falava: ‘A mulher que não sente a dor do parto não sabe o que é ser mãe’. E agora, também, por ser acompanhada por médico que incentiva e dá prioridade ao parto normal e ouvir que é mais saudável pra mim e para o bebê, eu resolvi tentar”. (E5)

Na dimensão sociocultural, foi apontada tanto a busca quanto a obtenção de informações sobre visões de dor do parto normal a partir de mulheres do grupo social, familiar e do pré-natal:

“Uma mulher falou assim pra mim: ‘Você é doida! Nossa! Vão acabar com você! Parto normal não é de gente, não, é anormal. O povo usa esse nome normal, mais é anormal. A gente sente muita dor’.” (E2)

“Elas [colegas da escola] falaram que eu sou muito corajosa de ter normal porque dói muito.” (E3)

“No meu setor o que mais tem é gestante. Então, eu já procurei as que tiveram o parto normal, fui visitar, já perguntei como que foi tudo e essa história da dor como é que é”. (E6)

“Minha sogra disse que é moleza. Que dá pra suportar a dor, que é uma coisa normal e que ela teve seis filhos. Já minha mãe teve dez”. (E8)

Na dimensão assistencial das informações, foram apontados elementos relacionados à participação da parturiente e do profissional de saúde no processo parturitivo, no que tange ao manejo da dor. Houve contradição entre as informações relacionadas a esses dois elementos, conforme apontado nos relatos a seguir:

“Tive palestras. A enfermeira falou que lá na hora a gente tem que ter muita força, muita coragem e fazer tudo que ele [médico] mandar. Ela falou pra gente fazer a respiração na hora da dor da contração, fazer força e ficar calma. Senão, não tem como a criança ter força pra vir. Aí, se a criança não quiser nascer, eles tiram a criança com algum aparelho”. (E10)

“Ela [enfermeira] me informou que o médico não gosta que a mulher chore ou grite, até mesmo porque atrapalha. Ela disse: ‘Quando você for pra maternidade e você tiver sentindo dor, num esperneia não, tenta segurar pra ajudar o bebê’”. (E5)

No primeiro relato, a informação veiculada pela equipe do pré-natal foi da mulher como agente ativo no processo parturitivo, sendo enfatizada a importância do equilíbrio psicoafetivo e da utilização de medidas não farmacológicas para manejo da dor. De outro lado, foi veiculada a informação da mulher como agente passivo, sendo reforçada a autoridade do médico para dirigir o processo parturitivo ao ser enfatizada a necessidade de obediência por parte da mulher às solicitações da equipe de assistência, visando facilitar o parto.

As entrevistadas evidenciam, em suas falas, os pilares que sustentam as visões de assistência presente entre o grupo de profissionais envolvidos no atendimento pré-natal da maternidade-estudo. A primeira fala retrata um movimento de busca pela prática da humanização da assistência ao parto, mas com presença do poder médico sobre o processo. A segunda já retrata a visão enraizada de medicalização da assistência, na qual o protagonista do processo parturitivo é o médico.

Para Vargens, Progianti e Silveira (2008) essas visões podem co-existir numa mesma instituição, diferenciando-se de acordo com as atitudes incorporadas pelos profissionais durante a formação e o contato com os modelos institucionais. Esses autores destacam que, atualmente, as enfermeiras obstétricas têm superado esse modelo, ao buscar o desenvolvimento de habilidades para a prática humanizada de assistência ao parto.

Em relação à forma de aquisição das informações, para a maioria, ocorreu de forma restrita, diretiva e passiva, embora algumas informações (fontes secundárias) tenham sido adquiridas por iniciativa das participantes. Nenhuma das informações adquiridas teve caráter estritamente educativo, pois foram obtidas em circunstâncias que, segundo as entrevistadas, não favoreceram questionamento e discussão por parte delas, ou seja, não se estabeleceu o processo de comunicação. Em consequência, não houve oportunidade de esclarecimento de dúvidas para uma maior compreensão do processo de dor e do parto propriamente dito. Isso gerou, por parte delas manifestação, tanto de resignação, como de críticas às fontes de informação provenientes do pré-natal. Assim, foram apontadas por elas algumas lacunas da assistência pré-natal:

“Converso pouco com meu médico, ele é muito rápido. Ele falou que eu não precisava me preocupar, porque a dor não é uma coisa monstruosa. Que tenho 99% de chance de ter parto normal, a não ser que tenha alguma coisa na hora do parto”. (E7)

“Eu achava que ia fazer um cursinho para gestantes no começo do pré-natal. Eles falaram. E como as consultas são muito rápidas, não tive nenhuma informação sobre isso [dor]. Não tem muito como conversar com o médico para se expressar melhor, porque ele mal atende a gente. Ele não faz pergunta e não diz também como é que vai ser”. (E4)

"Hoje ela [médica] esclareceu muitas coisas que eu não sabia antes, mas bem fora daquilo que eu tinha que saber. A gente sem experiência nenhuma acha que o médico vai chegar e falar tudo e não fala. Tive que ficar perguntando e as respostas foram superficiais. Pra quem não sabia nada, ficou na mesma. Sobre a dor do parto ela não deu nenhuma indicação de como é. Só disse que perto do dia posso começar a sentir isso [contração]. Aí, pode ser que eu tenha normal ou não e que o parto vai ser com o médico que estiver no dia. Agora, como é que eu vou saber como é a dor, porque eu já estou sentindo umas dores. Ainda tenho curiosidade.” (E9)

Para a orientação pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza, além das consultas individuais, a associação destas com outras atividades educativas que favoreçam o processo de comunicação (com linguagem clara e compreensível), para esclarecimento de indagações da mulher ou da família (BRASIL, 2005).

Embora a gestante seja o foco principal desse processo de orientação e informação, a inclusão do companheiro e de pessoas significativas da família pode constituir uma estratégia favorável para garantir maior aproximação do contexto sociocultural desse grupo. Dessa forma, o intercâmbio de informações e experiências mediadas por profissionais de saúde, entre gestantes e família, poderá também favorecer a adequada compreensão do processo gestacional e parturitivo.

Com esse intuito, segundo afirma Navajas Filho (1997) ao realizar os cuidados à gestante no pré-natal é importante que o obstetra tenha percepção sobre o que está acontecendo, o que ele representa e o que está por trás das perguntas da gestante, aparentemente objetivas, por meio das quais possam existir demandas

emocionais latentes. Além disso, é necessário também na opinião de Moura e Rodrigues (2003), que todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica estabeleçam uma comunicação, por meio de escuta ativa das necessidades gestacionais apontadas pela mulher, visando a participação de ambos na promoção de saúde da mãe e filho. Essa atitude, associada à utilização de práticas participativas, como as grupais que têm como foco a promoção da saúde, poderá ser favorecida a democratização do saber em saúde e também o desenvolvimento de potencialidades na mulher para o exercício do autocuidado e da cidadania.

Segundo o relato das entrevistadas, a ambiguidade manifesta nos discursos acerca da dor do parto e a restrita e rápida atenção dispensada durante as consultas pré-natais geraram também sentimentos de dúvida, insegurança e medo. Diante disso, elas apresentaram, entre as atitudes em relação às informações adquiridas, as seguintes: 1) distanciamento de pensamentos e de conversas sobre a dor do parto; 2) curiosidade sobre a dor para construir sua própria visão; 3) reflexão sobre o fato de as mulheres se queixarem da dor mas terem outros filhos; 4) busca de informações sobre o atendimento médico durante o parto e participação do acompanhante, visando ao enfrentamento da dor; 5) reforço da dor como processo inerente ao parto; 6) interesse pessoal pelo parto normal e 7) frustração quanto à assistência pré-natal. Algumas dessas atitudes podem ser identificadas nas seguintes falas:

“Apesar das mulheres falarem que a dor é muito forte, pretendo ter o parto normal pra saber como é que é essa dor”. (E2)

“Elas [gestantes do pré-natal] falaram que parto normal é muito ruim, que a gente tem muita dor. Se fosse do jeito que elas falam, elas não teriam mais filhos”. (E3)

“Participei de uma só reunião. Não foi dito nada pra mim sobre isso, não, só sobre amamentação e foi uma coisa bem rápida. Esses relatos que eu estou falando foram de pessoas que já tiveram filhos”. (E9)

“Cheguei a conversar com uma outra gestante que já teve filho. Não foi sobre a dor, mas sobre o hospital: como funcionava, se podia ter acompanhante na hora do parto, como que era e também a respeito do médico”.(E5)

Na leitura transversal dos dados referentes às fontes de informação, foi possível observar evidências de insatisfação por parte do grupo de entrevistadas, em relação ao seu processo de transmissão. Embora o acesso às informações tenha ocorrido por meio de várias fontes e as gestantes tenham apontado o interesse e a importância em obtê-las, houve manifestação de dúvida, insegurança e medo, decorrente, principalmente, de uma comunicação insatisfatória e inadequada para as necessidades inerentes ao período gestacional.

Esses dados apontam que o modelo atual de assistência não garante orientação adequada sobre o processo parturitivo durante o período pré-natal, corroborando os achados do estudo realizado por Hotimsky et al. (2002) sobre expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca da assistência obstétrica, no qual verificou-se que lacunas de informação geraram dúvidas e insatisfação na gestante. Também Tedesco et al. (2004) apontam que a falta de diálogo entre os profissionais de saúde e as gestantes constitui principal fator gerador de lacunas no processo de informação, gerando ansiedade, medo, insegurança e insatisfação entre gestantes.

Rios e Vieira (2007) fazem uma reflexão sobre esse paradoxo de presença de assistência pré-natal e falta de conhecimento da mulher sobre a gestação, parto e puerpério. Eles chamam a atenção dos profissionais sobre a forma com que as ações educativas têm sido realizadas, principalmente durante a consulta pré-natal.

Como alternativa para solucionar esse problema, Rodriguez (2007) aponta a utilização da atividade grupal de educação em saúde como uma das estratégias satisfatórias e de maior impacto na preparação da gestante no período pré-natal. Além disso, TEDESCO et al. (2004) enfatizam que essas ações devem ser desempenhadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde da assistência pré-natal, visando proporcionar maior relação interpessoal e facilitar o processo de informação e orientação.

Em vistas das conclusões que chegaram esses outros estudos, pode-se afirmar que o planejamento sistemático e participativo de ações educativas com ênfase na promoção da saúde por parte de todos os profissionais que integram a equipe de assistência obstétrica seria o mais adequado para garantir a eficácia e a satisfação da mulher em relação à obtenção de informação e orientação durante o período gestacional.

A partir das informações veiculadas no meio pré-natal, no círculo familiar, no meio social e na mídia foram reproduzidas diferentes percepções sobre a dor do parto normal que remetem aos sentidos atribuídos socioculturalmente a esse fenômeno durante o processo parturitivo.

Os sentidos atribuídos ao parto normal e ao processo doloroso como fenômeno refletem os valores socioculturais de cada sociedade (GUALDA,1993; OSAVA, MAMEDE,1995), assim como as relações entre a mulher e a sociedade presentes nas formas de sentir e de expressar a dor (CALLISTER, VEHVILAINEN-JULKUNEN, LAURI, 1996; SARTI, 2001).

A percepção da dor do parto normal reproduzida no contexto sociocultural e de assistência das participantes apontou a atribuição de sentidos ambíguos à dor.

Esta apresenta-se ora com o sentido de fenômeno natural inerente ao parto, ora com o sentido de fenômeno de sofrimento:

“Umam falam que o parto normal é muito ruim, que a gente tem muita dor. Outras falam que normal é melhor, que a dor é só ali na hora, que depois não tem aquele processo de depender dos outros como na cesárea, que é uma cirurgia. E que a mulher sofre, mas depois quando vê a criança sadia e sem problemas esquece.” (E3)

“Falam que é uma dor forte, mas que você consegue aguentar. Que é uma dor rápida, só naquele momento. Que quando o filho sai, você já sente um alívio. Que a dor passa e você esquece tudo. Outras já vêm com exageros, que é a dor da morte, que elas gritaram, que elas faltaram subir nas paredes de tanta dor. Que na presença de tanta dor, nem dá pra dá ouvido pro médico. [...] Que pode ter eclampsia e várias complicações se faltar um bom médico e não for atendida na hora certa, porque pelo SUS muitas das vezes a gente é esquecida.” (E4)

“Tem história igual à da minha cunhada, que foi superfeliz no parto normal. Foi abençoado, já chegou nascendo, não sentiu dor de contração. Teve a dilatação normal, chegou e no outro dia já foi embora. Agora, já pra outras, foi supertraumático. Teve que ficar no hospital de um dia pro outro tomando soro, esperando a dilatação, tendo dor direto sem dilatação.” (E5)

“Minha mãe teve nós todos normais e em casa com parteira. Ela nunca falou pra gente se ela sentiu muita dor e que foi difícil. Ela passou que é normal, que era uma coisa tão tranquila que você engravidava e tinha seu filho lá naquele local, não tinha nem acompanhamento, e era normal sem nenhuma complicação. Hoje em dia é diferente, você tem que ter um acompanhamento médico durante toda a gravidez. Então, aí eu não posso dizer que era fácil, mas que era uma coisa natural.” (E9)

De acordo com as falas apresentadas acima, é atribuída à dor o sentido de fenômeno natural inerente ao parto quando se tem uma vivência de dor com caráter fisiológico. Já o sentido da dor como fenômeno de sofrimento é atribuído, quando se tem uma vivência de dor intolerável associada a intercorrências no processo parturitivo e/ou na assistência obstétrica.

Os sentidos ambíguos presentes no contexto sociocultural e de assistência desse grupo de primigestas retratam a construção histórica e cultural da

visão de limites entre os eixos normal e anormal do parto e da dor, instituída com o processo de gerenciamento e medicalização do corpo feminino a partir da institucionalização da assistência à mulher, confirmando o que afirmam Chazan (2004) e Martins (2005).

Sabe-se que a partir da medicalização e da institucionalização associada a avanços tecnológicos, o cuidado concedido à mulher durante o processo de parturição teve modificações. O parto deixou de ser um evento natural, privativo da mulher e da família, para tornar-se um evento dirigido. A mulher passou para a condição de paciente, sem autonomia sobre o seu próprio corpo, sendo separada de seus familiares e de seu filho no nascimento (SEIBERT et al., 2005).

Essa transição social do parto e nascimento como eventos privativos da mulher e da família para um evento institucionalizado é retratada na fala de E-9, citada acima. Ela apresenta uma reflexão entre a ocorrência do processo natural da gestação e parto no meio domiciliar, em gerações anteriores, e a regra social de se ter o acompanhamento médico na atualidade. Essa fala conduz a uma reflexão sobre a vida reprodutiva, que deixou de pertencer à esfera privativa familiar e de conhecimento das mulheres a partir da institucionalização da assistência ao parto (GIFFIN, 1991).

A visão medicalizada do parto direcionou a forma da sociedade moderna relacionar-se com ele e determinou a substituição de seu sentido natural de administrar o processo de nascimento pelos rituais médicos e tecnológicos (DOSSIÊ..., 2002). Concomitantemente a esse processo, a dor como evento inerente ao parto também perdeu o seu caráter natural e a mulher passou a percebê-la como um fenômeno de sofrimento.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde propôs mudanças no paradigma de assistência obstétrica. O MS tomou medidas como implantar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento na rede pública, além de outras, para promover parto e nascimento saudável visando ao resgate do parto natural e à prevenção de morbi-mortalidade materna e perinatal (SCHIRMER, 2000; BRASIL, 2001).

Nas falas das entrevistadas, foi possível identificar alguns elementos estruturantes dos sentidos atribuídos à dor do parto normal como fenômeno natural e como fenômeno de sofrimento. Esses elementos integram dimensões tanto biológicas quanto psicoafetivas, socioculturais e assistenciais relacionadas à dor, embora retratem diferentes percepções do meio sociocultural e de assistência.

Os elementos estruturantes dos sentidos atribuídos à dor do parto normal como fenômeno natural retratam a dor como: natural, intensa, progressiva, temporária, passageira, variável, desconfortável, tolerável, intermitente, recorrente, semelhante à cólica e passível de esquecimento. Esses elementos estruturantes podem ser identificados nas falas a seguir:

“As pessoas falam que o normal é melhor, mais natural, e que não dói assim tanto não.” (E1)

“Como o próprio nome diz, é normal. Você vai ter a dor e o parto sem interferência. Falam até que sai igual quiabo. Falam assim que também a dor do parto é esquecida e que varia muito de mulher pra mulher.” (E2)

“Pelo que falam, no momento que vier a contração, vai doer muito como se fosse uma cólica muito forte no pé da barriga, mas diferente do período menstrual.” (E4)

“Dizem que a dor do parto é como uma cólica bem intensa.” (E5)

“As enfermeiras lá do hospital falaram que é uma dor passageira. Que dói lá na hora e depois não dói mais. Que é uma dor amiga. E que se eu não sentir dor, como vou dar à luz?” (E6)

“Falam que a dor é por causa das contrações que é como uma cólica que vai e volta até a hora de nascer. Que é normal. Que no trabalho de parto a dor vai ser pior um pouquinho, porque o espaço das contrações vai ser menor e o da dor maior.” (E7)

“Depois que passa aquela dor, falam que a gente esquece tudo. Quando você pega o seu bebê no colo você esquece tudo que você sentiu.” (E8)

“Ouço de pessoas no dia a dia, no meu convívio hoje, que vai sentindo aquela dorzinha desconfortável, que é no começo bem pouquinho. Aí vai aumentando e com o passar do tempo àquelas dores que eram em tempos grandes, de uma dor pra outra, vai diminuindo de tempo entre elas. Então vai aumentando a dor e vai ficando mais forte, mais intensa até o momento que vai chegar a hora de nascer.” (E9)

“Ela (prima) teve um parto cesário e três parto natural. Dos normais ela disse que teve muita dor, mas que é saudável, que a dor passa. Agora do cesariano até hoje ela sente dor na coluna e no pé da barriga.” (E10)

Como se pode observar, os elementos estruturantes dos sentidos atribuídos à dor do parto normal como fenômeno natural que emergiram das falas das participantes confirmam algumas características da dor e da sua subjetividade e dimensionalidade (BONICA, 1995; LOWE, 2002).

De acordo com as falas das entrevistadas foi retratado pelo grupo social que a vivência fisiológica da dor no parto é importante para a saúde da mulher, mas requer determinação, coragem e força por parte dela. Foram destacadas também as diferenças que podiam existir entre as mulheres, em relação ao nível de tolerância e capacidade de enfrentamento da dor:

“Já ouvi falar que algumas mulheres não sentem dor, que é uma coisa simples e rápida, enquanto para outras dói bastante e sofre horas para ter o filho.” (E7)

“Minha prima ganhou sem ter dor nenhuma. Ela sentiu a contração, a bolsa rompeu e aí ela mal chegou ao hospital e já ganhou. Agora, já tem gente que mordeu o médico, já fez isso e aquilo.” (E6)

“Minha sogra fala que é gostoso, que é uma coisa normal. Que se a mulher for mole sofre mesmo, agora se a pessoa for firme é normal,

natural. Porque tem mulher que é escandalosa pra dor, que chega ao hospital gritando, chorando. Então, têm umas que são mais fortes e outras que são mais fracas pra sentir dor. Que a dor depende, varia de mulher para mulher. Têm mulheres que são mais rápidas e outras demoram mais.” (E8)

“A minha mãe fala que é melhor sentir dor do que não sentir nenhuma dor. Que quanto mais dor vier, mais saúde pra mulher. [...] Já minhas primas, que tiveram filhos, falam que o parto normal dói muito. Que tem que ter muita força e coragem, mas que é uma dor passageira.” (E10)

As entrevistadas retratam nas falas acima a variabilidade de tolerância à dor entre as mulheres, destacando-a como uma resposta biológica importante para o enfrentamento psicoemocional. Segundo elas, no meio sociocultural, a mulher com baixa tolerância e dificuldade para enfrentamento da dor é retratada como "fraca" e "mole", estando esta vulnerável à condição de sofrimento, enquanto a mulher com maior tolerância e facilidade de enfrentamento à dor é retratada como "forte" e "firme", estando, portanto, na condição de obter satisfação nesse processo. Essas retratações mostram como os sentidos atribuídos à dor pelo meio sociocultural influenciam na construção de suas percepções.

Os elementos estruturantes dos sentidos atribuídos à dor do parto normal como fenômeno de sofrimento também foram extraídos das falas das participantes. A partir deles, a dor é evidenciada como: tenebrosa, terrível, insuportável e dor da morte.

“As grávidas que já tiveram filhos falaram que vão fazer Cesárea, que preferem pagar do que sentir dor novamente. Pelo que falam deve ser uma dor assim terrível. Já diz ‘Dor do parto’.” (E1)

“Mulheres que tiveram filhos de parto normal, a grande maioria, falaram que é uma dor terrível, a maior que existe, a pior dor que você pode sentir. Que dói demais, que é uma dor insuportável e de gritar. E que a gente faz qualquer coisa para a dor acabar.” (E2)

“Elas [tias, mãe] falam que é uma dor de morrer, que se eu soubesse, eu não queria ter normal e se fosse para escolher, que eu deveria escolher cesárea. Que normal ninguém merece, que é

complicado mesmo. Que vou arregalar o olho de dor. Que tenho que sofrer mesmo. Que eu vou pagar meus pecados.” (E3)

“Falaram para mim que é a dor da morte, porque, quando está gestante, a gente está com um pé na cova e outro na terra firme. Porque pode ter uma complicação e levar à morte. Umas têm um parto rápido e já conseguem se livrar e outras não.” (E4)

“Ela [amiga] falou que fez muito escândalo, que doeu muito, que até estava com dó de mim, que eu era muito franzininha [risos].” (E6)

Nas falas das entrevistadas E-1 e E-3 está explícita a retratação social da opção pelo parto cesáreo como medida de privação da mulher da dor indesejável do parto normal, que também é retratada como causa de “sofrimento”. A perpetuação dessa retratação social da dor como sofrimento para a mulher têm colaborado para a ocorrência da “cesárea a pedido” e conseqüentemente para o aumento de suas taxas em nosso país (FAÚNDES, CECATTI, 1991; OLIVEIRA et al., 2002).

O elemento “dor da morte” expresso nas falas é retratado de duas formas. Primeiramente, ele está ligado à presença de um alto padrão de dor considerado intolerável pela mulher e, em segundo, está ligado ao risco de morte por complicação obstétrica durante o parto normal.

A dor do parto também é retratada como um “castigo” para mulher, sendo o seu sentido relacionado com a necessidade de vivência da dor como um processo de purgação do pecado, concebido como a ocorrência da gravidez não planejada, que foi o caso de E-3. Aqui está representado o tabu milenar da dor como um sofrimento de desígnio divino à maternidade pela desobediência de Eva à palavra de Deus (VALE, DELFINO, 2003).

Os sentidos ambíguos da dor apresentados no contexto sociocultural e de assistência pré-natal de cada uma das entrevistadas subsidiaram a construção de suas percepções sobre dor do parto normal, que ainda se encontrava abstrata para

elas. A maioria delas construiu uma percepção ligada fortemente ao sentido fisiológico da dor como evento inerente ao parto:

“Acho que não tem como ter um parto normal sem sentir essa dor. Não tem como o neném nascer sem que haja pelo menos uma dorzinha. Acho que é uma dor suportável, que vem a cada hora, a cada minuto, e que uma é mais forte que a outra. É algo da natureza, que é natural, por isso é importante passar por esse processo do parto normal.” (E2)

“Acho que é uma dor normal que faz parte do parto, que acontece lá na hora e depois passa.” (E3)

“Pelo que falaram, é mais ou menos isso. A mulher sente a dor do parto, não aquela dor muito grande, mas a dor de ajudar o bebê nascer e assim ela vai participando do parto” (E5)

“Penso que a dor é uma coisa natural da mulher. Significa vida e só quem fica grávida vai sentir. Falam que dói, mas é uma dor momentânea, que passa. Que vale a pena sentir a dor, porque depois o alívio é tão grande por saber que um ser tão bonitinho vem depois da gente ficar esperando tanto tempo.” (E6)

“Acredito que vai ser uma dor gostosa, natural e rápida como disse minha sogra.” (E8)

“Imagino que é um desconforto, uma incomodação quase como uma cólica forte. É isso que me falaram. Só que é mais intensa e que daí começa tudo. A dor é aquilo que você vai sentir. É o primeiro momento de grande certeza que você pode ter o parto. É a força que você vai ter no momento para ter o filho, mesmo que passe por várias dificuldades. Chegando aquele momento, tudo passa, tudo acaba.” (E9)

“É uma dor normal e natural, que toda mulher vai ter que passar sem acontecer nada com ela. Depois, a dor vai passar e ela vai ficar normal de novo.” (E10)

Diante da construção dessa percepção ligada ao fisiológico, algumas entrevistadas mostram-se confortadas com a possibilidade futura de vivenciar a dor naturalmente, por entender que esta constitui um processo saudável e de fortificação da mulher:

“Depois da dor, acho que a mulher vai se sentir mais forte. Sentir aquele momento como o mais importante, que conseguiu, que passou por tudo e deu tudo certo.” (E9)

“Acho que a dor do parto natural representa saúde para mulher e para o bebê.” (E10)

De outro lado, algumas entrevistadas apontaram elementos identificados como determinantes na construção da percepção de dor como "processo traumático" e de "sofrimento" para algumas mulheres. Como indicador de processo traumático, elas destacaram a tentativa malsucedida de parto normal com vivência de dor intensa durante o trabalho de parto prolongado e sem evolução. E a informação de cunho negativo sobre a dor, como um indicador gerador do sentimento de sofrimento:

“Das minhas amigas do serviço, nenhuma teve parto normal. Algumas tentaram, mas não conseguiram, não dilataram. Sentiram muita dor da contração, mas acabaram não tendo dilatação. Pra elas foi traumático, por isso não me incentivaram a ter o parto normal.” (E5)

“Muitas mulheres têm a oportunidade de ter normal, mas preferem cesáreo por trauma, por que ouviram histórias erradas, coisas negativas sobre a dor do parto. Isso faz a pessoa sofrer muito.” (E8)

“Uma senhora falou pra mim que o médico da filha dela incentiva as mulheres a ter cesáreo porque o normal é muito sofrido pra mulher.” (E9)

Percepções conflituosas acerca da dor do parto normal também foram apresentadas por algumas entrevistadas, em vista dos fatores favoráveis e desfavoráveis à dor retratada no meio social:

“Quando eu falei que era o meu primeiro filho, elas [colegas] falaram que eu não ia querer mais de um, porque o parto dói muito. Aí, comecei a pensar que a dor é um bicho-de-sete-cabeças.” (E1)

“Eu já vi um vídeo que mostra a mamãe tento o parto normal. Nossa senhora, que dor! Vendo aquilo fiquei horrorizada do tamanho que consegue dilatar pra poder a criança passar. [...] Pelo que falam é uma dor insuportável, onde abre tudo. Mas se fosse tão doloroso assim, não existia mulher com tantos filhos. Falam que é porque depois daquele momento a dor passa e a mulher esquece tudo.” (E4)

“Minha prima teve três meninas e um menino. Diz ela que o parto que dói mais é o parto de menino homem. Que é uma dor atrás da outra, sem parar, e que você nem consegue respirar. Agora, a de menina, diz ela que doeu, mas não foi tanto. Foi uma dor manhosa. Ela disse pra eu ter muita força, porque o meu é homem. Disse também que se Deus me deu homem é porque ele vai me dar força lá na hora.” (E10)

A partir das percepções dos informantes sobre a dor do parto normal, as entrevistadas destacaram alguns fatores inerentes à dor e também aqueles que poderiam influenciar no processo doloroso da parturição. Os fatores inerentes à dor apresentados por elas foram contração uterina, dilatação cervical, processo de encaixamento do bebê na pelve, desconforto no baixo ventre e lombar e ruptura da bolsa.

“O médico acabou de falar pra mim que a barriga vai endurecendo e a gente vai sentindo uma dor no pé da barriga. Aí vai e volta. Ele disse que a hora que minha barriga estiver bem dura mesmo e com contração de cinco em cinco minuto é pra vim na emergência da maternidade.” (E1)

“Perguntei minha prima pelas dores, se eram iguais as que eu já estava sentindo. Ela falou que era tipo uma cólica que acontece quando está perto de ter bebê e quando é contração mesmo é como se fosse uma dor de barriga.” (E5)

“Passei por palestras e o médico já explicou que a hora que eu entrar em trabalho de parto, vem a dor nas costas e dá a contração. Aí a gente fica na expectativa e esperando qualquer dorzinha para ver se é.” (E6)

“Ela (enfermeira) falou que, em casa, quando a bolsa rompe e a mulher começa a sentir contração de cinco em cinco minutos e com uma dor no pé da barriga puxando para baixo, já está na hora da criança nascer. Daí a criança vai fazendo movimento, a bacia começa a dilatar e a criança nasce. Disse que é melhor pra mulher, pro corpo dela, porque o bebê sai mais rápido”. (E10)

Com base nas percepções dos informantes, as entrevistadas apresentaram suas percepções acerca da relação da contração com a duração do trabalho de parto e da dor como evento importante para o parto. Deixaram implícito

que receberam informações acerca da dor como sinal de trabalho de parto, assim como sobre aqueles relacionados aos primeiros sinais e que compõem os fatores de evolução do trabalho de parto (REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Algumas identificaram o que era uma contração pela ocorrência esporádica desta no final da gravidez, mas sem característica dolorosa. Outras apontaram dúvidas e a possível dificuldade futura em identificar a dor da contração como sinal de trabalho de parto, pelo caráter restrito das informações recebidas:

“Às vezes, eu estou andando na rua e tenho que manear o passo senão a dor não para. Dá umas puxadinhas aqui no pé da barriga e umas contrações leves. Dizem que essas puxadinhas, essas dorzinhas acontecem porque já está chegando a hora. O bebê já está encaixando pra hora do parto, o tão esperado parto normal. São umas contrações! Umhas leves contrações.” (E2)

“Baseado no que os outros falam, é tipo uma contração que vai e vem, umas dorzinhas nas costas e no pé da barriga, porque tem que dilatar tem que abrir nove centímetros. Eu até já tive uma dorzinha nas costas que não consegui ficar deitada.” (E3)

“Como já está pra nascer, a gente fica com essas dores, esse desconforto. Essa dor é na cadeira, é aqui no pé da barriga, é muita dor. Parece que está abrindo tudo, está deslocando tudo. Não consigo dormir direito. Aí a gente pensa que se antes da hora do parto está sentido isso, depois vai ser bem pior!” (E4)

“Falam que a dor é por causa das contrações, que é como uma cólica que vai e volta até a hora de nascer. Que é normal. Que no trabalho de parto a dor vai ser pior um pouquinho, porque o espaço das contrações vai ser menor e o da dor maior.” (E7)

“Falaram que a contração é uma dor que você tem de cinco em cinco minutos, que vai diminuindo o espaço de tempo e dor vem muito forte. Deve ser por conta da dilatação daquela parte do corpo da mulher. Aí, o bebê quer sair e vai acontecendo, vai aumentando esse processo pro parto normal.” (E8)

“A gente deduz por estar próximo do dia do parto que aquilo que eu estou sentindo é uma contração. O nome já diz: contrair. De repente, vou sentir alguma coisa me apertando lá dentro, alguma coisa fechando também. Falam que ela aumenta quando vai chegando a hora, que é um tipo de dor que eu vou sentir e que vai aumentar. Sinceramente, se acontecer uma contração, eu não vou saber identificar, eu vou pensar que é uma dor. Não sei se aperta a barriga, se aperta o neném, o quê que é isso.” (E9)

Elas também apontaram fatores considerados como influentes no processo doloroso durante a parturição e foram destacados aqueles que podiam intensificar e amenizar a dor. Como fatores que intensificam a dor segundo, as entrevistadas relataram a intervenção médica pelo toque vaginal, o peso elevado do bebê e a utilização do soro para indução do parto:

“Elas [amigas] falam assim que gritaram muito, que dói muito e que o médico dá o toque toda hora. Elas disseram que o toque dói mais do que na hora do parto.” (E1)

“Minha irmã mesmo ganhou bebê esses dias. O dela foi de quatro quilos e o parto foi normal. Ela falou que teve experiência de muita dor. Esse foi mais doloroso do que o primeiro. Por isso, penso que não vai ser uma dor insuportável assim, não, vai dar pra suportar pelo tamanho do meu bebê, que não está tão grande assim, está com um pouco mais de dois quilos.” (E2)

“Das minhas primas foi preciso colocar soro para vir mais dor e dilatar mais rápido. Aí, elas se queixaram de mais dor.” (E10)

Como fatores que amenizam a dor, elas apresentaram informação sobre a respiração e a tranquilidade emocional como medida não farmacológica de autocontrole e analgesia como medida farmacológica durante o trabalho de parto:

“O emocional da grávida tem que estar tranquilo para facilitar o parto normal. Se ela ficar tranquila em casa com o marido, com os familiares, e manter a calma, até dá uma facilitada para o bebê sair. Aí diminui a dor também.” (E2)

“Ouço mais falar que têm que ficar calma e não transformar aquele momento numa coisa, numa dor de morrer igual elas falam. Então, você tem que esperar e ficar quieta, porque tem umas que ao invés de ficar calma faz é deixar o médico e as pessoas ao redor mais estressados ainda.” (E3)

“Pela dor que as pessoas falam que a gente pode sentir, tem mulher que até pode gritar. Muitos dizem pra mim não gritar, mas respirar fundo, tentar acalmar, porque quanto mais gritar é pior para mulher e os médicos deixam ela sofrer mais ainda.” (E4)

“Essa questão da dor, diz que agora eles podem dar anestesia no parto normal. Não sei se é o caso também dessa maternidade aqui.” (E5)

O fator emocional da grávida foi enfatizado por elas como de fundamental importância para o autocontrole perante a dor. Nesse caso, o bom relacionamento com o companheiro e seus familiares foi destacado como fator favorável ao autocontrole da gestante em relação a dor e, conseqüentemente, para a evolução do trabalho de parto.

À medida que era processada a construção da percepção das entrevistadas sobre a dor do parto normal, no período pré-natal, a mediação sociocultural da construção dos seus sentidos tornava-se mais evidente. Os resultados deste estudo confirmam a afirmação de Portnoi (1999) e Budó et al. (2007) que na trajetória de construção dos significados da dor são evidenciados alguns valores, comportamentos, sentimentos, crenças, desejos e expectativas individuais e coletivas relativas à dor.

Segundo os relatos das entrevistadas, a presença de percepções ambíguas sobre a dor do parto normal no meio sociocultural e de assistência pré-natal suscitou diferentes sentimentos e expectativas, assim como, a manifestação de crenças religiosas quanto à vivência futura da dor do parto normal.

Diante do sentido sociocultural da dor como fenômeno natural inerente ao parto normal foram suscitados sentimentos otimistas. Estes foram retratados por segurança, alegria, esperança, calma, tranquilidade, força, coragem, determinação e curiosidade:

“Eu estou mais curiosa do que ansiosa. Não estou com medo dessa dor, não. E quero mais é que ela chegue logo para eu saber como é que ela é e contar para você depois. Apesar de ouvir muita coisa ruim, eu penso positivo. Isso não fez com que eu mudasse meu ponto de vista. Sempre que alguém me fala alguma coisa, que dói de mais, que sofre demais, eu procuro colocar minha cabecinha no lugar e tento pensar que comigo vai dar tudo certo. Pretendo ter parto normal mesmo assim.” (E2)

“Eu não estou com medo da dor. Estou calma. Por mais que seja o primeiro eu fico tranquila. Tem hora que até penso na dor, fica martelando na minha cabeça por elas (tias, mãe) me falarem da dor. Acho exagerado o que elas falam da dor, mas não dou muito ouvido.” (E3)

“Eu nem penso que vai doer muito. Eu tento me acalmar para dar tudo certo. Que vai doer vai, não tem outro jeito, eu tenho que ter o bebê mesmo.” (E6)

“Quando se têm uma gravidez com esforço e carinho e é saudável a gente não se preocupa com a dor em si, mas sim que nasça logo a criança.” (E8)

“Tento pensar que vou conseguir, e nem fico imaginando coisas mirabolantes e dificuldades, porque tem muita gente que teve experiência difícil e passou por praticamente um transtorno na hora do parto. Aí, não pode ficar pensando nisso, tem que manter a calma, e pensar que vai se sair bem. Daí, tudo ajuda. Se ficar pensando tudo complicado realmente, tudo se torna complicado. Aí, procuro nem pensar na dor do parto.” (E9)

“Quando o médico falou que era homem, eu fiquei com medo. Pensei: ‘que Deus me dê força pra aguentar a dor que vier’. Porque minha prima teve menino e o parto dela foi com uma dor atrás da outra, sem parar. Por isso, estou preparada para uma grande dor, me preparando por dentro e pedindo a Deus, porque de homem dói mais pra nascer do que de mulher.” (E10)

Diante do sentido da dor como fenômeno de sofrimento, emergiram sentimentos de inquietação, expressos por medo, insegurança, ansiedade, dúvida e preocupação. O medo e a insegurança foram os sentimentos de inquietação mais presentes em face do caráter intolerável e de sofrimento atribuído à dor, nesse caso:

“Penso que é uma dor terrível. É uma dor insuportável, difícil de passar. Isso traz pavor pra gente, só de pensar. Na hora de nascer mesmo, vai ser pior ainda, porque sem nascer, sem vir dor, você já sente tanta dor quando começa a endurecer [barriga].” (E4)

“Fico insegura e às vezes com dúvida: Será que a minha barriga está dura? Será que é contração? Não estou sentido dor! Não sei se é assim, se é a verdadeira cólica ou se é dor de barriga. Não sei como é e qual é.” (E5)

“Tenho pavor de dor, medo da hora do parto, medo de sentir dor. O meu medo é tanto da dor, que nem gosto de ficar pensando. Tenho tanto medo, que vou ficar quietinha, só esperando mesmo. Acho que o medo vai ser tanto que eu não vou nem ter reação. Eu espero que doa bem menos do que falam.” (E7)

“Tenho é medo de sentir a dor, mas têm pessoas que não têm medo. Deve ser difícil, com certeza, porque uma dor tão forte assim, não é possível que você num vai ficar nervosa. Mas acredito que se eu ficar quieta, de boa, dá normal.” (E8)

As informações veiculadas no contexto sociocultural muitas vezes retratam a dor como uma experiência negativa caracterizada por sofrimento. Estas despertam sentimentos negativos como medo, dúvida e insegurança na gestante como afirmam Saito e Gualda (2002b).

O medo expresso pelas entrevistadas encontra-se relacionado com o fato de a dor do parto ser um evento desconhecido para a primigesta, assim como com as referências ambíguas de dor do parto de algumas mulheres de seu meio social. De certa forma, elas mostram pouco conhecimento sobre o processo gestacional e parturitivo e em relação ao futuro procedimento assistencial no parto. Diante disso, elas tendem a assumir uma posição de imaginário em relação à dor e ao processo parturitivo. Esse exercício do imaginário da dor as tornam vulneráveis aos mitos e crenças presentes no meio social e que se contrapõem, algumas vezes, ao reforço familiar de algumas sobre o parto normal. Em consequência, surgem sentimentos como medo, insegurança, ansiedade, dúvida e preocupação, que culminam em sofrimento. Essa posição assumida por elas reforça que há lacunas na assistência pré-natal em relação às orientações referentes à evolução da gestação e do futuro processo parturitivo:

“Eu fico confusa, porque falam muita coisa ruim que deixa a gente com medo do parto normal.” (E5)

“Minha mãe fala que não dói, mas eu já escutei que dói horrores. No começo, eu estava até com bastante medo. Acho que o povo faz muita fantasia em relação ao parto, o povo tenta assustar muito a gente, passam medo em quem nunca teve filhos.” (E7)

“Não sei como vai ser na hora, se vai ser uma dor muito forte, se vai ser uma coisa mais tranquila, se vai dar aquela dor que nós ouvimos falar das contrações do parto, aquele incômodo, como se alguma coisa já tivesse na hora de sair. E se daí pra frente vai correr tudo normal?” (E9)

O medo e a insegurança quanto à futura assistência durante o parto foi expresso diante da informação de que a assistência pré-natal seria realizada por uma equipe e a assistência ao parto por outra, além do atendimento ser público e existir estigma quanto à qualidade na assistência. Assim elas apontaram lacunas na assistência pré-natal e sua preocupação com o processo assistencial no parto:

“Muitas mulheres que já tiveram filhos pelo SUS dizem que os médicos não dão muita ligança. Tenho insegurança disso, deles deixarem eu passar da hora de ter meu filho, da gente falar que tá com dor e eles acharem que não é ainda a hora.” (E4)

“No início, eu fiquei com medo. Falaram que o médico que acompanhava o pré-natal todinho, possivelmente, não ia poder fazer meu parto. No pré-natal a gente já tá acostumada com um médico, no final, na hora de ter o bebê, não vai poder ser esse médico. Então, eu estou preocupada com isso.” (E5)

“No começo, eu estava até com bastante medo. Medo de tanto que o povo fala que dói. Dizem que antes do bebê nascer a mulher fica sofrendo. Acho que o meu medo seria esse de ficar sentindo dor muito tempo.” (E7)

“Nunca fiquei internada em lugar nenhum, nem quando eu nasci, porque eu nasci em casa. Meu maior medo é de sentir uma dor, vir e ficar aqui sofrendo porque é pública [maternidade]. Medo de chegar ao local e não saber como é que vai ser, não saber como é essa dor que eu vou sentir, se vai ser o momento de eu vir mesmo. E se ao chegar aqui eles vão dizer que não está na hora ainda e ter que voltar. Esse é meu medo de ficar de vaivém, de num ser tratada bem como acho que tem que ser. Mas eu nunca fui maltratada aqui. Todo mundo fala que nesses lugares [público] o povo maltrata, larga a gente lá de qualquer jeito.” (E9)

No estudo de McCallum e Reis (2006) com usuárias do SUS em uma maternidade pública de Salvador, também foi identificado que o medo é o sentimento mais frequente entre as gestantes. O medo foi expresso diante da

possibilidade de vivência futura de dor no parto normal, da dúvida quanto à capacidade de ter parto normal, do risco de morrer no parto e de maus-tratos advindos dos profissionais de saúde.

Associada ao medo, as entrevistadas também manifestaram insegurança e dúvida. Estas foram relacionadas à ocorrência das seguintes situações: 1) risco para a gravidez e parto que viessem a afetar mãe e filho; 2) dificuldade para identificar a contração como sinal de trabalho de parto; 3) capacidade de ter dilatação que favoreça o parto normal; 4) tolerância à dor; 5) presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e, ainda, 5) possibilidade de ser submetida a um parto cirúrgico. Essas situações estão evidenciadas nas falas a seguir:

“Senti medo, porque elas falam que dói muito. Medo de doer e de dar algum problema na hora do parto, dele nascer com algum problema físico ou de passar por uma situação em que tenha que escolher se a mãe ou filho vai sobreviver.” (E1)

“Às vezes, eu tenho medo de não conseguir ter o parto normal, de não vir a dilatar tanto. Acho que vou ficar muito horrorizada com a dor, mas prefiro normal. Me sinto insegura nesse lado. Eu não tive alguém para estar me comunicando melhor como é que é a dor, seja da família, mãe, irmã, que já passou pelo mesmo processo. Não acredito que seja da forma que as pessoas tentam passar. Acho que cada mulher é diferente uma da outra.” (E4)

“Tenho medo de não identificar essa dor, apesar de saber que a contração sempre vem com a dor. [...] Estou com medo também de não conseguir ter a dilatação e acabar sendo incentivada a ter cesárea. Ter que ficar tomando soro. Ter aquela dor mesmo que não conseguir dilatar.” (E5)

“Fico mais com medo de não dar certo, medo do bebê não estar encaixado e ter que fazer uma cesariana. O povo fala muito que cesariana é arriscada, que só em último caso mesmo pra fazer.” (E6)

“Passei mal três vezes, tive cólica muito forte e fui no médico. Achei que já era a dor do parto. Tomei remédio e ficou tudo normal. Chorei muito também com medo de perder o bebê.” (E8)

“Essa contração é o que me deixa ansiosa, porque o povo fala assim que começa o trabalho de parto. Mas o que é trabalho de parto? O quê que eu vou começar a sentir? É dor nas costas? E a dor aonde que vai ser? Dói a barriga? Dói aonde? O quê é que dói? Fico pensando como é que eu vou saber que é aquela dor, porque eu já sinto umas dores. Todo mundo fala: ‘Na hora você vai saber como é que é’. Então está é a curiosidade e sei que eu tenho que esperar, mas por mais quanto tempo?” (E9)

No estudo de Domingues, Santos e Leal (2004) a dor foi associada pelas gestantes mais ao sofrimento e a sentimentos como o medo do que à alegria do nascimento. As preocupações das gestantes estavam relacionadas principalmente com as complicações de saúde de mãe e/ou filho (47,4%), o medo da morte (20,0%), a dor do parto (15,4%) e o processo do parto em si (14,0%). As pesquisadas relacionaram a satisfação com o parto normal à vivência de um parto rápido, com pouca dor e sofrimento, sem complicações para mãe e filho, além da presença de acompanhante familiar e do bom tratamento pela equipe.

No estudo de Centa e Moreira (2002), as gestantes também relataram medo em relação ao parto e à dor, aos riscos do parto e à possibilidade de morte. Esses sentimentos retrataram a herança cultural e a falta de preparo das gestantes para o processo parturitivo no pré-natal.

A religiosidade e a determinação pessoal de ter o parto normal, segundo as entrevistadas do presente estudo, apresentaram-se como recursos provedores de força para mulher enfrentar a dor, em face das referências sociais da dor como causa de sofrimento para a mulher:

“Deus não dá uma dor maior do que a gente pode suportar. Acredito que Deus quer que eu tenha um parto normal e tranquilo. Ele vai conceder um parto normal não sofrido para mim. Uma experiência boa.” (E2)

“Acho que não é como elas falam da dor, não. Se não fosse certo, Deus não tinha proporcionado isso para mulher.” (E3)

“Eu tenho muita fé em Deus, que ele vai me ajudar por mais que seja uma dor forte.” (E4)

“Como eu sou evangélica, quando penso na dor do parto, penso no começo de vida de meu filho, que é uma criatura que vai nascer. [...] Peço todo dia pra chegar na hora certa, vir com saúde e que corra tudo bem no parto.” (E6)

“Na verdade, quanto a sentir a dor eu estou tranquila, porque vai acontecer mesmo. Se Deus deu a condição de ser mãe, a gente vai saber na hora como reagir.” (E9)

“Deus já deixou para a mulher sentir, porque ela pode aguentar a dor, que é uma dor natural e não uma doença. Não é uma coisa que você vai morrer.” (E10)

A religiosidade manifestada pelas entrevistadas contribuiu para a presença de sentimentos otimistas em relação à vivência futura de dor e para fortalecer o sentido da dor como componente de um processo natural. Elas destacaram também a valorização da saúde e da vida do bebê como fatores mais importantes do que a dor do parto.

Em relação à experiência de dor, as entrevistadas, expressaram tanto a falta de experiência pregressa de algum tipo de dor intensa como a experiência de dor de cólica menstrual:

“Como eu nunca tive aquela dor, assim de você falar que é uma dor insuportável, terrível, eu fico insegura. Então, é um processo que a gente tem que passar para saber.” (E4)

“A experiência de dor que eu já tive foi com cólica menstrual. Minhas cólicas são bem fortes mesmo, de desmaiar por causa da dor. De dar dor de barriga. E a cólica que eu estou sentindo, ela tá fraquinha. Meu medo é ela aumentar e eu desmaiar na hora da dor. Esse é um medo de mãe de primeira viagem.” (E5)

Os resultados mostram que os sentimentos ambíguos expressos pelas entrevistadas em relação à dor desconhecida e, também, às informações recebidas de sua rede de relações sociais e de assistência são decorrentes, principalmente de

sua condição de primigestas e de não terem vivenciado o parto normal e a dor propriamente dita. De outro lado, a expressão desses sentimentos tem relação com a forma de processamento das informações pelas gestantes no período pré-natal. As informações encontraram-se diluídas e não foram suficientemente esclarecedoras para assegurar-lhes clareza e segurança.

Em razão disso, elas apresentaram expectativas de vivência futura da dor como um evento natural inerente ao parto normal, reforçando a vontade de vivenciar esses eventos com características naturais, em condições saudáveis e satisfatórias:

“Como as pessoas falam que o normal é melhor, mais natural, que não dói tanto, agora eu prefiro normal. Mas eu não quero sentir aquela dor que o povo fala, não. Espero que seja normal e um momento de bastante alegria para mim.” (E1)

“Pretendo ter o parto normal, apesar das mulheres falarem que a dor é muito forte e tal! Eu quero ter a minha dor pra saber como é que é, porque cada mulher fala de um jeito sobre a dor.” (E2)

“O fato delas [mãe e tias] falarem que a dor é ruim, não mudou a minha opinião de ter parto normal.” (E3)

“Espero ter normal e que nem o dela [irmã], que não sentiu muita dor.” (E4)

“Espero que eu não tenha essa dor toda que falam e que eu seja feliz como minha cunhada. Ela não teve dor. Teve a dilatação normal. Chegou e no outro dia já foi embora. Acho que toda mulher sonha ter um parto normal assim. Eu tenho sonhado bastante com isso.” (E5)

“Prefiro normal, por mais que as pessoas falem que dói, que é difícil e tal.” (E8)

“Pelo fato que minha irmã teve normal e nunca teve nada, rapidinho ela ficou boa, foi um incentivo pra mim pensar que o parto normal é melhor. Minha mãe também teve nós todos normais e em casa com parteira” (E9)

“Ela [prima] teve um parto cesáreo e três partos naturais. Do cesáreo, até hoje ela sente dor na coluna e no pé da barriga. Do normal, disse que tem muita dor, mas que é saudável e que passa. Aí, ela fala pra mim optar pelo parto natural que é o melhor pra saúde da mulher. Então, eu quero ter parto normal.” (E10)

Embora a dor e o parto normal fossem abstratos para elas, por ocasião desta entrevista, o desejo do parto normal é expresso em associação com alguns benefícios que foram apresentados no meio social e familiar.

O estudo de Tedesco et al. (2004) sobre fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto constatou a preferência da maioria das participantes do estudo atendidas em alguns serviços públicos, pelo parto normal. Essa preferência pelo parto normal foi justificada pelo seu menor risco em comparação com o parto cesáreo, pela ausência de dor, a condição de maior conforto e a segurança para mãe-filho no pós-parto, além da melhor estética corporal em razão da ausência de cicatriz abdominal, e por atrapalhar menos a vida sexual. No estudo de Souza (2001) com 336 mulheres residentes no município de São Paulo, oito em cada dez mulheres desejavam parto normal, sendo essa preferência justificada pelo parto normal ser natural e ter recuperação mais rápida. No estudo de Oliveira et al. (2002), a recuperação mais rápida no pós-parto também foi a principal justificativa entre as participantes.

As entrevistadas, ao demonstrarem verbalmente curiosidade e determinação de vivenciar o processo de dor do parto normal, fizeram referência às vantagens deste como contrapartida da dor e apresentaram o significado construído sobre esse tipo de parto:

“Quero passar por essa experiência do parto e da dor pra saber como é que é. Acho mais saudável pra mulher e pro bebê, mais pela questão da recuperação, por ser mais rápida. Por não ter aquele processo cirúrgico e não ter que cortar a barriga. Por considerar que é uma experiência de vida importante até pra mim falar depois, porque toda mulher tem que ter sua história e eu quero ter a minha também. Quero contar que vivi essa experiência e daqui uns anos poder falar pra minha filha que ela nasceu de normal e que jeito que foi.” (E2)

“Não me preocupo tanto com a dor, mas com a saúde do meu bebê e de recuperar bem depois do parto normal. A vontade da gente é tanta de colocar o filho no mundo, que nesse momento, a gente esquece de tudo, até mesmo da dor.” (E4)

“Eu tenho vontade de ter normal por causa da recuperação que falam que é mais rápida, e por ser melhor pra mim e para o bebê também. Já procurei saber e falam que cesariana tem muita complicação.” (E6)

“Prefiro parto normal por causa da recuperação, por ser saudável, por não ter anestesia. [...] Sei que vai ter dor, mas acredito que vai ter uma orientação pra gente saber o que fazer. Deve ter alguém que acompanha tipo uma enfermeira ou médico.” (E8)

Os benefícios do parto normal salientados no meio social e de assistência mostraram-se mais significativos para as entrevistadas do que dor. De acordo com elas os benefícios do parto normal para a mulher e a criança se sobrepõem aos prováveis desconfortos advindos da dor, por ser natural, saudável, garantir recuperação mais rápida no pós-parto e ter menor risco do que o parto cirúrgico, que envolve procedimento anestésico.

Segundo as expectativas manifestadas pela entrevistada E-2, a vivência da dor e do parto normal teria grande importância para a construção de sua história de vida como mulher, ou seja, de sua experiência feminina. Ela mostrou satisfação ante a possibilidade de vivenciar esse evento e enfatizou que essa vivência será depois repassada à nova geração, buscando reforçar a sua importância para a saúde reprodutiva da mulher e o seu novo *status*.

Neste estudo, assim como no estudo realizado por Hotimsky et al (2002) sobre expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto, a maioria das participantes apresentaram essa percepção da dor do parto normal como algo inerente ao processo de parturição. No entanto, neste estudo, foi expressa por uma

das entrevistadas uma visão diferente desta, ao apresentar a expectativa de receber analgesia durante o parto normal como alternativa de controle do processo doloroso:

“Dizem que agora eles podem dar anestesia no parto normal, não sei se é o caso daqui da maternidade, mas eu queria a opção da anestesia.” (E5)

Dentro da perspectiva do sentido da dor como fenômeno natural, as entrevistadas deste estudo manifestaram expectativa de parto normal com dor natural sem intervenção por indução, mas tolerável e rápida. Assim, diante da provável vivência de dor no parto, elas destacaram também vontade e a esperança de serem bem-sucedidas, ou seja, não apresentarem intercorrências obstétricas como o trabalho de parto prolongado com dor intensa. Para tanto, enfatizaram a necessidade de apoio social e assistencial durante o trabalho de parto por meio de orientação e acompanhamento, seja de um membro da família seja de um profissional da saúde:

“A minha mãe que é o meu apoio. Acho que na hora da dor será ela também.” (E3)

“Desejo parto normal rápido e que eu não venha sofrer no trabalho de parto. Penso que todas passaram por isso e que eu também vou conseguir. E, por mais que seja doloroso o parto, a gente está até preparada pro pior, com esperança de ser melhor e que a criança nasça logo.” (E4)

“Eu queria chegar na maternidade já com a contração, com os dez centímetros de dilatação. E se eu tiver que tomar o soro, que isso não seja muito prolongado de um dia para o outro ou horas. Queria que fosse rápido, pra mim seria o ideal.” (E5)

“Quero que não doa muito. Acho que é a única coisa que eu quero é que não seja um parto muito demorado pra não ter que sentir muita dor.” (E7)

“Minha expectativa é a melhor possível em relação à dor do parto. Penso que eu vou sentir dor, que vai ser difícil, mas vai dar tudo certo que nem foi com a minha irmã. Venho, vou sentir lá as dores que são inevitáveis e vai correr tudo bem. Penso até que vai ser uma coisa bem forte, bem intensa, mas espero que seja rápido.” (E9)

Quanto às expectativas em relação à dor, elas demonstraram também determinação e atenção mais direcionada para o bem-estar de mãe e filho e interesse em serem ativas durante o provável processo doloroso do parto. Elas expressaram também interesse em manter o autocontrole (atitude tranquila e calma), realizar exercícios respiratórios conforme indicado pelos informantes, obedecer às orientações médica e ter uma atitude corajosa e firme perante a dor do parto.

“Pretendo fazer muita respiração, porque uma colega me falou que quando a dor vem você respira fundo e quando ela vai você solta. Então vou trabalhar o meu parto. Meu útero vai trabalhar empurrando a bebê pra que ela nasça.” (E2)

“Como não fiz nenhuma preparação pro parto e esse é o meu primeiro filho e a dor é um processo que a gente têm que passar, vou tentar me controlar durante as dores. Não vai ser um bicho-de-sete-cabeças como falaram. Acho que eu vou ficar calma, porque não sou de fazer escândalo.” (E3)

“No momento do parto e da dor, eu vou procurar ficar mais tranquila, respirar fundo e procurar fazer força na hora da contração quando o médico pedir. Fico pensando que no momento do nervoso, da dor, de tanta pressão, eu vou conseguir.” (E4)

“Quando vier dor, vou pra maternidade. Eu e meu filho vamos ajudar pra passar a dor logo. Espero um parto o mais tranquilo possível, porque não adianta ficar nervosa e fazer escândalo, senão vai que atrapalha. Então, na hora que eu tiver sentindo a dor, eu vou ficar tranquila e esperar passar.” (E6)

“Espero ficar calma, porque o que me deixa completamente irritada e ansiosa é a cólica.” (E9)

“Creio que vai ser rápido, que eu não vou sentir muita dor, porque eu estou bem relaxada e não estou preocupada. Acredito que não vou fazer escândalo na hora da dor e vou colaborar com os médicos.” (E8)

“Quero ficar muito calma e muito tranquila quando a dor vier. Quero ser forte, ser corajosa e fazer tudo que a médica mandar pra depois falar pra todo mundo que foi uma dor grande, mas que eu fui muito corajosa e muito forte na hora.” (E10)

Conforme expressaram as entrevistadas E-8 e E-10, existe uma expectativa, gerada socialmente, em relação ao comportamento da mulher perante a

dor no ambiente assistencial. Elas mostram preocupação em atender as normas institucionais de assistência, por meio de uma atitude de resignação à dor.

Em relação ao ambiente assistencial, Tornquist (2003) destaca que a gestante geralmente busca controlar as emoções procurando expressar a dor dentro dos parâmetros apontados como adequados pela sociedade e pela equipe de saúde. Esses resultados confirmam a conclusão de Couto (2006b), de que as expectativas sobre a dor expressas pela mulher durante a gravidez retratam crenças, atitudes, valores e significados atribuídos socioculturalmente ao processo parturitivo.

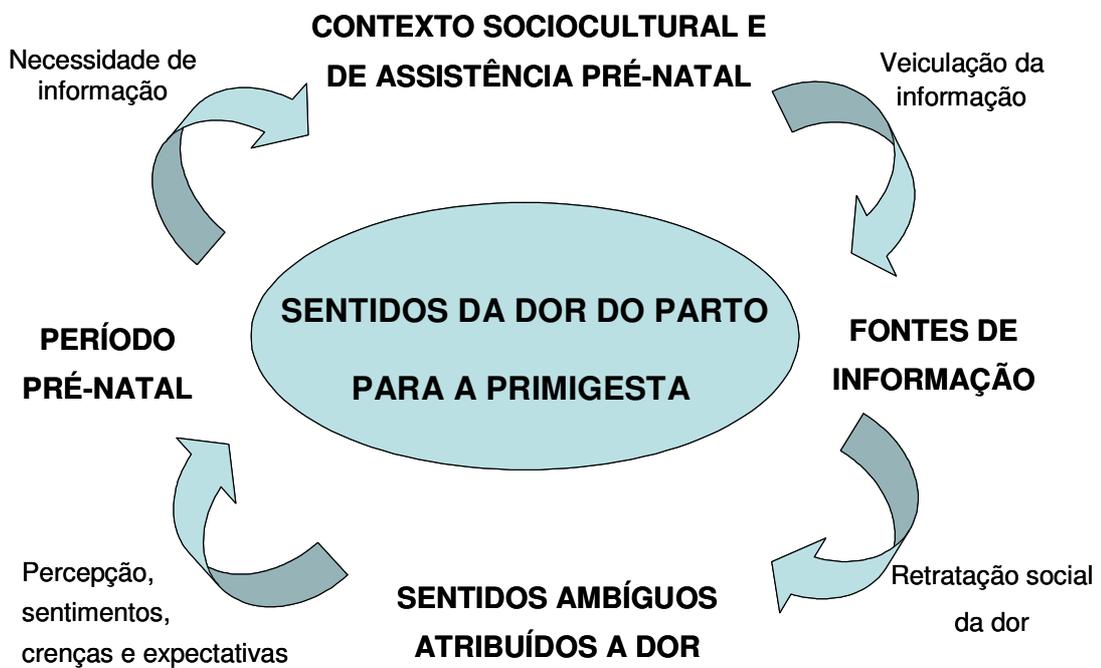
De modo geral, conforme apontam os resultados deste estudo, foi no período pré-natal que emergiu a necessidade das primigestas de obter informações sobre a dor do parto normal. As informações adquiridas por elas foram veiculadas pelo meio sociocultural e pela assistência pré-natal por diferentes fontes e de forma diretiva e restrita.

Por meio das informações veiculadas no período pré-natal, as primigestas identificaram a retratação social de sentidos ambíguos da dor do parto normal. A dor foi apresentada, ora como um fenômeno natural inerente ao parto normal, ora como um fenômeno de sofrimento para a mulher. Esta retratação social ambígua dos sentidos da dor do parto normal determinou a formação de uma percepção também ambígua da dor pelas primigestas, que suscitou sentimentos também ambíguos, crenças e expectativas sobre a dor do parto.

Durante a trajetória pré-natal, as primigestas buscaram sustentação de suas expectativas no sentido da dor como fenômeno natural com a perspectiva de ter uma experiência de dor mas com parto natural, saudável e satisfatório. Assim, elas construíram os sentidos da dor do parto normal fortemente ligados à concepção

da dor como fenômeno natural. No esquema da figura 1 está retratada a trajetória de construção dos sentidos de dor do parto normal das participantes, durante o período pré-natal.

Figura 1. Trajetória de construção dos sentidos da dor do parto a partir do contexto sociocultural e de assistência pré-natal.



4.2 Construindo os sentidos da dor do parto normal a partir da vivência parturitiva institucionalizada

As vivências parturitivas de dor das participantes e, por conseguinte, o processo de construção dos sentidos da dor do parto normal realizaram-se dentro de um contexto de assistência obstétrica hospitalar. O caminho trilhado pelas participantes para a construção dos sentidos da dor do parto normal que, como primíparas, puderam conhecer durante a vivência parturitiva institucionalizada é retratado por meio dos seguintes elementos: a assistência obstétrica recebida; as características da dor vivenciada; os sentimentos, sensações e atitudes perante a dor; as expectativas atendidas e o interesse em compartilhar suas vivências de dor socialmente.

As entrevistadas enfatizam a importância e as implicações da assistência obstétrica médica e de enfermagem em suas vivências parturitivas de dor, desde a admissão até a ocorrência do parto. Essa importância é destacada a partir da definição da internação e da garantia de assistência ao parto na instituição, em face da dor identificada como um dos sinais clínicos de trabalho de parto:

"Quando nós chegamos lá no hospital, eu sentei na cadeira e fiquei fazendo força na hora da dor, até que o médico me chamou, me atendeu e me colocou pra ser internada." (E1)

"Tive que aguardar um pouco lá na emergência até o médico atender. Ele e o estagiário fizeram o toque e disseram que eu estava com cinco centímetros de dilatação. Fui internada e me encaminharam pra sala do pré-parto." (E5)

"Quando deu seis e dez da manhã, fui pro hospital sentindo só umas colicazinhas que iam e voltavam. Consultei e o médico me internou com quatro centímetros de dilatação." (E7)

A iniciativa de buscar a assistência ao parto na maternidade aconteceu mediante a identificação do início espontâneo do trabalho de parto, caracterizado principalmente pela ocorrência de dor, resultante dos estímulos sensoriais gerados pela contração uterina (BONICA, 1995; LOWE, 2002). Outros sinais como a perda de tampão mucoso e a ruptura espontânea da bolsa, também foram relatados pelas entrevistadas:

“Comecei a ter as contrações mais curtas meia-noite e de dez em dez. Aí, eu fui pra maternidade com meu esposo.” (E5)

“Lá pelas três e pouco, como as contrações vinham de doze em doze minutos, peguei minhas coisinhas e fui pra maternidade. Chegando lá, ele me examinou e falou que não estava na hora e voltei pra casa.” (E6)

“Eu comecei a sentir contração tipo cólica uma hora da manhã.” (E7)

“No dia 18, às duas horas da manhã, começou várias dores e quando fui no banheiro, saiu sangue e um negócio branco. Quando eu cheguei na maternidade, a dor já estava vindo de cinco em cinco minutos.” (E10)

“De noite, na hora que eu acordei pela primeira vez, senti um negócio diferente de xixi. Foi forte e quente. Daí pra frente começou a dor”. (E9)

“Depois de uma hora que a bolsa tinha rompido, ele [marido] me levou pro hospital.” (E4)

Como as primigestas, geralmente, buscam atendimento na fase inicial do trabalho de parto, torna-se indispensável o esclarecimento e a orientação por parte do profissional de saúde para a gestante quanto à evolução lenta do trabalho de parto nesse caso de estréia funcional (OMS, 1996). Essa conduta visa garantir segurança e reduzir a ansiedade da primigesta e da família em relação ao tempo de evolução do trabalho de parto e permanência na maternidade.

Nos relatos a seguir, está expressa a ansiedade de algumas entrevistadas, durante a espera pela evolução do trabalho de parto após a hospitalização:

"De manhã, quando cheguei lá, eu já tinha dilatado três centímetros e quando internei já era sete horas. Das sete da manhã até oito e vinte da noite fiquei sentindo as dores. Parece que não ia acabar aquilo nunca."(E3)

"Quando eu cheguei [maternidade], ele [médico] falou que eu teria um prazo de doze horas sentindo dor. Então eu fiquei esperando das duas da manhã até as dez e meia sentindo dor." (E5)

Embora a internação seja indicada na fase ativa do trabalho de parto de gestações normais para menor permanência da gestante no hospital, algumas gestantes podem necessitar de internação mais precoce, ainda na fase latente, como no caso de amniorrexe prematura e de dificuldade de acesso ao local de atendimento ao parto (BRASIL, 2001). Entre as participantes deste estudo, algumas apresentaram essa indicação:

"Eu fui pra maternidade sem dor e perdendo líquido. Cheguei por volta do meio-dia, mais ou menos, mas eu ainda não estava sentindo as dores pro parto. Preenchi todas as documentações e internei. Só no outro dia à noite que eu fui sentir contrações leves." (E2)

"Depois de uma hora que a bolsa tinha rompido, ele [marido] me levou pro hospital e internei. Eu pedi pro médico me deixar aqui mesmo sem dor por causa da dificuldade pra gente voltar." (E4)

Qualquer que seja a instituição de atendimento ao parto, é fundamental que ofereça qualidade de acolhimento à gestante que procura por assistência, independentemente de suas condições obstétricas. As características da assistência obstétrica podem determinar o nível de confiança e de satisfação que a gestante e sua família podem ter em relação ao atendimento (OMS, 1996).

Acerca do atendimento obstétrico durante a admissão para assistência hospitalar, algumas entrevistadas manifestaram satisfação e outras não. Para elas, a internação hospitalar significou a garantia de assistência ao parto em tempo adequado, pelo fato que dependiam do atendimento pelo sistema público de saúde:

“Eu já tinha dilatado três centímetros, mas o médico ficou com dúvida se me internava, porque eu ainda não estava sentindo muita dor. Ele falou que eu podia até voltar pra casa, mas eu preferi ficar por causa de morar longe e ser o meu primeiro filho. Pensei na dificuldade se eu não conseguisse internar depois” (E4)

“Quando fui na maternidade de novo, outra médica me examinou. Como eu já estava sentindo dor com contrações uma atrás da outra e tinha dilatado seis centímetros ela me internou. Deu tudo certo. Foi um alívio.” (E6)

A definição da internação, na presença da dor como sinal de trabalho de parto e com garantia de atendimento obstétrico pode ter constituído um fator favorável para a promoção de segurança e de satisfação entre as participantes. Diferente disso, a experiência de peregrinação por vaga poderia constituir em fator gerador de sofrimento para as gestantes, principalmente, pelo medo de não receberem assistência ao parto em tempo adequado (MCCALLUM, REIS, 2006).

Neste estudo, apenas uma das entrevistadas manifestou insatisfação quanto ao atendimento obstétrico para a admissão, diante da hesitação do profissional quanto ao diagnóstico diferencial entre falso e verdadeiro trabalho de parto:

“Era três horas da manhã, quando eu senti que a dor estava passando do limite e fui lá pra maternidade. Quem me examinou disse que não era hora ainda, que não tinha dilatação. Pediram ultrassom pra saber por que eu estava sentindo aquela dor, já que não era a hora de nascer. Voltei pra casa, mas quatro horas da manhã a dor piorou. Foi pra valer mesmo! Aí, quando cheguei na maternidade, falaram de novo que eu ainda não estava em trabalho de parto. Eu estava sentindo que já era a hora, que eu ia ter minha filha ali de um jeito ou de outro. Mesmo assim, me passaram um medicamento pra parar a dor. Enquanto eu esperava, a dor

aumentou a ponto de eu sentir que a neném já estava saindo. Aí, que eles viram que não tinha mais jeito e me levaram pro Centro cirúrgico, com aquela dor absurda." (E9)

Esse relato aponta a importância da qualificação profissional para realizar o diagnóstico preciso do trabalho de parto, evitando desconfortos e riscos para a parturiente e o feto durante o processo de parturição, além de insegurança e medo. No caso da entrevistada E-9, a recomendação seria que a instituição de assistência garantisse a permanência da gestante na sala de admissão, com segurança e conforto, para observação e reavaliação a intervalos de uma e duas horas após o primeiro exame, visando à assistência adequada e satisfatória ao processo de evolução para o parto (BRASIL, 2001).

Esse período de reavaliação das condições obstétricas da gestante favoreceria ao profissional fazer o diagnóstico preciso do trabalho de parto verdadeiro, que, é caracterizado por contrações uterinas com padrão regular, as quais determinam a progressão da dilatação e o apagamento do colo uterino e, conseqüentemente, a descida do feto pelo canal do parto (BOURROUGHS, 1999; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Entre as entrevistadas, houve manifestação de satisfação e de insatisfação quanto ao atendimento obstétrico durante o processo de evolução do trabalho de parto e do parto. A satisfação em relação à assistência obstétrica ocorreu na presença de: 1) apoio e companhia de profissional da enfermagem para utilização de estratégia de alívio a dor e/ou de facilitação do processo de nascimento; 2) orientação médica quanto à posição adequada no leito para controle da dor; 3) prontidão médica no encaminhamento ao centro obstétrico na eminência

do parto; 4) intervenção médica por meio da episiotomia para facilitar o período expulsivo.

“Tive algumas enfermeiras perto de mim, me ajudando, me apoiando na hora que eu estava trabalhando a respiração pra aliviar a dor. Elas deram bastante assistência e eu sou muito grata a isso. Me deram todo apoio naquele momento marcante e emocionante. Foi muito bom.” (E2)

“Antes eu estava no desespero, sozinha no quarto, não sabia como me comportar. Aí, a enfermeira entrou, me acalmou, fiquei mais tranquila e logo deu tudo certo. Ela ficou do meu lado o tempo todo. Ela falava pra mim fazer força pra ajudar o nenê quando viesse as contrações fortes. Então, quando a dor vinha, eu fazia força pra nascer logo.” (E6)

“O médico me orientou pra ficar de lado, que diminuiria as dores e ajudaria o bebê e nas contrações. Aí, aliviou um pouco. Quando a contração ficou mais longa, a enfermeira me acompanhou na contração e foi falando como fazer a respiração e a força pra ajudar na dilatação.” (E5)

“A contração foi aumentando naturalmente e a dor ficando cada vez mais forte, até ficar uma atrás da outra. Nesse momento, o médico entrou, fez o toque e falou que já estava na hora e me levou pra sala de parto.” (E4)

“Quando a gente foi pra sala de parto, a médica me ajudou pra nenê sair. Ela mandou eu fazer força na hora da dor pra nenê descer e forçou um pouquinho lá embaixo e deu um piquezinho. Foi indo até que veio a dor forte, aí, eu consegui e a moleca berrou.” (E8)

O apoio e a companhia do profissional da enfermagem, durante o manejo da dor no trabalho de parto e para facilitação do processo de nascimento foram apreciados pelas participantes durante o atendimento hospitalar. A aproximação do enfermeiro com a parturiente durante a utilização de estratégias não-farmacológicas de manejo da dor constituiu um momento favorável para a formação de vínculo, garantia de acolhimento e de transmissão de segurança e confiança (PINTO, ROCHA, SILVA, 2002).

Essa forma de atendimento obstétrico, conforme o relato de algumas entrevistadas, foi sugestivo de favorecimento da evolução do trabalho de parto e, conseqüentemente, de fortalecimento do sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto:

“Tive parto normal tranquilo e um bom atendimento. Não precisei gritar e trabalhei bastante a respiração. Foram dois empurrõezinhos e ela saiu. Foi bom, valeu a pena, foi bem tranquilo.” (E2)

“Não foi aquilo que falaram, foi uma dor que a gente consegue suportar. Graças a Deus fui bem atendida e correu tudo bem com o meu parto.” (E4)

“Foi rápido, não deu nem tempo de dar o pique, o neném já estava começando a nascer antes de entrar pra sala de parto. Essa hora que a dor apertou mais. Aí fui fazendo força e eu senti ele nascendo. É uma coisa assim sem explicação.” (E6)

“Eu senti dor mesmo foi na hora que eu fui pra sala de parto, quando veio uma contração atrás da outra. Depois da expulsão que foi bom, chega respirei aliviada! Foi a mesma coisa que tirar a dor com a mão.” (E7)

Conforme destacaram as entrevistadas, a satisfação em relação à assistência está relacionada também com indicadores de acolhimento, como a recepção, a apresentação de informação correta e a prontidão e cortesia durante o atendimento. Esses indicadores também foram identificados no estudo de Armellini e Luz (2003) com usuárias do SUS em uma maternidade de Porto Alegre, ao estudarem as expectativas e percepções de puérperas sobre o atendimento hospitalar recebido durante o processo de parturição.

Nessa perspectiva, Silva e Siqueira (2007) destacam a importância de se considerar, no contexto institucional, as relações interpessoais durante o atendimento obstétrico, do ponto de vista técnico e ético e para a garantia da prática do cuidado eficaz, seguro e comprometido com os direitos de cidadania da mulher.

Ao contrário, quando não há consideração adequada do profissional de saúde durante o atendimento, pode ocorrer insatisfação por parte da mulher.

Algumas participantes deste estudo mostraram-se fragilizadas pela ausência de acolhimento interpessoal do profissional de saúde e verbalizaram insatisfação quanto ao atendimento obstétrico. A princípio, foi apontado, por uma delas, falta de compreensão do profissional assistente quanto a sua vivência de dor, e demora, restrições e dificuldades impostas pelo profissional para realizar a assistência durante o trabalho de parto e o parto:

“Eu já não estava mais aguentando de dor e o médico toda hora falava que não tinha como me atender porque estava atendendo outras pessoas na triagem.” (E1)

A insatisfação em relação à assistência obstétrica, principalmente médica, foi enfatizada, quando se registraram lacunas no atendimento durante a evolução do trabalho de parto e a vivência de dor. As lacunas da assistência apontadas por algumas das entrevistadas foram: 1) cuidados básicos insatisfatórios diante da dor e dos desconfortos advindos do trabalho de parto; 2) acompanhamento insatisfatório da equipe assistencial e falta de manejo da dor durante a evolução do trabalho de parto; 3) ausência de acompanhante durante o trabalho de parto; 4) tratamento médico inadequado durante o atendimento, sem consideração da presença de dor; 5) comunicação insatisfatória entre parturiente e equipe assistencial, conforme relatado nas falas abaixo:

“Na maternidade, o que gerou desconforto pra mim foi ficar sozinha lá na sala, perdendo sangue e também com vômito. A bolsa também estourou, fiquei cheia de sangue e toda molhada morrendo de frio e passando aquela dor toda, sozinha na sala de pré-parto. Fiquei lá sentindo as contrações e de vez em quando aparecia uma enfermeira. As dores foram aumentando, até que eu pedi remédio pra ver se a dor passava e eles falaram que não tinha remédio pra dor da contração. Pra mim, a falta de acompanhamento e de ficar

toda molhada contribuiu pra tudo. Se tivesse alguém comigo, teria amenizado a dor e me deixado mais segura.” (E5)

*“Do parto até a hora que eu saí do hospital foi uma maravilha. Não gostei da hora que o médico veio pra dar o toque. Eu estava com muita dor e ele foi muito ignorante comigo. Ele falou assim: ‘Tira a mão de mim, menina! Segura na cama! Na hora que você fez seu filho você não segurou em mim, você não precisou de mim!’
Aí, eu comecei a xingar ele também.” (E1)*

De acordo com as evidências da literatura, determinados fatores do contexto institucional relacionados com a organização assistencial podem gerar insatisfação, medo, insegurança e ansiedade na parturiente e tornar o parto normal um evento de sofrimento e de risco. Entre esses fatores, destaca-se a atenção inadequada de profissionais de saúde, com comentários chavões durante procedimentos e exames, a falta de orientação e de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e o abandono dentro da própria maternidade (ODENT, 2000; HOTIMSKY et al., 2002; MACEDO et al., 2005; MCCALLUM, REIS, 2006).

As lacunas da assistência obstétrica identificadas nestes estudo mostraram-se sugestivas para a vivência da dor como um fenômeno de sofrimento para algumas entrevistadas, estando presentes sentimentos como medo, insegurança, ansiedade, solidão e isolamento. Os seguintes fatores relacionados com essas lacunas influenciaram a vivência da dor como fenômeno de sofrimento: 1) dor intensa associada à incerteza do atendimento ao parto na eminência do período expulsivo; 2) solidão e isolamento no pré-parto associados à falta de conforto e de higienização do leito após ruptura espontânea da bolsa, sangramento vaginal e vômitos; 3) intervenção da equipe assistencial por meio do toque vaginal sem consideração da intensidade da dor; 4) desconforto gerado pela presença de pessoas estranhas no momento do parto; 5) aplicação de manobra de Kristeller no

período expulsivo sem esclarecimento e consentimento prévio da parturiente, como evidenciado abaixo:

“Quando eu não estava mais aguentando de dor, a estagiária vinha e me dava o toque. Aí, que eu fiquei com mais dor ainda. Na hora do nascimento, eu também fiquei ansiosa e incomodada, porque tinha um monte de estagiária lá e veio uma mulher pra ajudar a por força na minha barriga na hora da dor.” (E1)

“Quando a médica arrebentou minha bolsa, achei que ia ser tudo mais fácil. Pelo contrário, aí que a dor veio mesmo com toda a força.” (E3)

“Fiquei um bom tempo sozinha, sentindo dor e fazendo força. Quando ela voltou, já era umas dez e pouquinho e eu estava fazendo força sozinha. Eu estava toda molhada e com frio. Ela levantou o lençol e viu que já estava pra sair e me levou pra sala de parto.” (E5)

“Quando ela [médica] falou: ‘força que a cabecinha já está saindo’, eu perdi a força. Foi aí que ela pediu pra uma enfermeira ajudar. Ela colocou o braço na minha barriga e deu tipo um empurrão e o menino nasceu com placenta e tudo. Aí, eu gritei de dor e disse: ‘você vai matar meu filho!’ Logo ela falou: ‘Não, eu estou te ajudando para o parto sair mais rápido’.” (E7)

“Não apareceu uma pessoa lá na última hora. Foi difícil ninguém lembrar que eu estava passando mal, com tanta dor. O meu atendimento foi complicado. Eu fiquei lá sozinha com dor e com medo. [...] Parece que eu senti tanta dor que desmaiei, aí eu lembro de ouvir a doutora. Ela falou que estava na hora e que aquilo não era dois centímetros de dilatação. Era a nenê nascendo.” (E9)

A permanência contínua no pré-parto ao lado da parturiente queixosa de dor é um sacrifício para muitos profissionais de saúde, principalmente diante da dor percebida como um “sofrimento”. Nesse caso, minimizar a dor e torná-la uma vivência satisfatória e de realização para a mulher torna-se um desafio. Além de que, o modelo assistencial dificulta esse suporte emocional, elegendo rotinas que favorecem o aumento da intensidade do processo doloroso e pouco ou nada oferecem para o seu alívio (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Entre os procedimentos de rotina reconhecidos como danosos e ineficazes pela OMS, destacam-se os exames vaginais utilizados de maneira inapropriada e a manobra de Kristeller, que deveriam ser eliminados e continuam sendo utilizados (OMS, 1996; DOSSIÊ..., 2002). Conforme manifestou a entrevistada E-1, o toque vaginal gerou desconforto e ansiedade, interferido em sua tolerância à dor durante o trabalho de parto. O procedimento de toque vaginal constituiu uma invasão do corpo e da intimidade da parturiente (MACEDO et al., 2005; MCCALLUM, REIS, 2006) e colaborou para a manifestação de intolerância à dor e de insatisfação quanto ao atendimento obstétrico.

A manobra de Kristeller, conforme referido pela Entrevistada E-7, constituiu para ela um procedimento sugestivo de risco, no momento do período expulsivo. Embora não tivesse conhecimento sobre esse procedimento, ela identificou imediatamente a alteração como a saída da placenta e manifestou insegurança e medo em relação à vida do filho.

A utilização desse procedimento como rotina na prática assistencial mostra a falta de adesão do profissional de saúde às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e também a ausência de uma atitude humanizada. A segurança do procedimento obstétrico é uma das hastes do tripé para a humanização e está ligada à garantia de satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo (DOSSIÊ..., 2002).

Conforme as recomendações da OMS, é preconizado para a assistência ao parto normal o acompanhamento do trabalho de parto e do desfecho do processo de nascimento pelo profissional de saúde. Este deve garantir, tanto informação como explicações às parturientes em relação ao processo parturitivo e ao manejo da dor,

com o objetivo de reduzir a ansiedade, os desconfortos e prevenir o sofrimento (OMS, 1996).

De acordo com os relatos de algumas entrevistadas, houve oferta de orientação por parte de alguns profissionais para utilização de estratégias de manejo da dor durante o processo de parturição. Essa atitude promoveu satisfação quanto à assistência obstétrica e sentimento de segurança. A satisfação esteve fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de companhia durante o processo doloroso da parturição (HODNETT, 2002).

Ao contrário, diante de uma atitude inadequada de profissionais de saúde, principalmente no que tange à intervenção e ao acompanhamento do trabalho de parto, houve a manifestação de insatisfação quanto à assistência obstétrica por algumas entrevistadas. Isso mostra que a satisfação em relação ao processo parturitivo e de assistência aumenta quando o controle da experiência parturitiva pela mulher torna-se mais favorável (HODNETT, 2002).

Conforme os relatos acerca da dor vivenciada pelas entrevistadas durante o trabalho de parto e o parto, esta se apresentou como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, com características peculiares à dor aguda definida na literatura (BONICA, McDONALD, 1990; LOWE, 2002; CATON et al., 2002; SBED, 2006). O estímulo doloroso associado à contração uterina determinou um padrão de intensidade e duração progressiva da dor com frequência intermitente até a ocorrência do processo de nascimento, conforme evidenciado por elas:

“Quando começou a dor, o espaço de tempo era muito grande de uma dor para a outra. Já no final, era menor e mais intensa.” (E2)

“A dor vai e vem, mas chega uma hora que aperta e vem direto. Essa hora a gente pensa que não vai aguentar mais.” (E3)

“A contração ficava cada vez mais intensa, com alguns momentos de descanso, até que tive a dor da contração pra fazer a força pro neném nascer.” (E5)

“Foi uma dor atrás da outra. Nesse horário, eu estava com seis centímetros e as contrações ficaram mais fortes. Quando deu dez pra uma, a minha bolsa estourou, aí doeu mais ainda e foi mais rápida a dilatação.” (E7)

“Aquela dorzinha vinha e passava. Depois ela foi aumentando, foi ficando mais pertinho uma da outra e mais forte. Aí, até que ficou próxima uma dor da outra e a neném nasceu.” (E8)

“A minha barriga ficava dura e depois mole, até que a dor ficou mais forte e foi aumentando. Na hora que o neném foi saindo, eu não senti mais dor. Era aquela dor que apertava, tipo uma dor seca.” (E10)

As contrações uterinas que sinalizam o início do trabalho de parto são oriundas de ações hormonais e mecânicas. Com o aumento dos níveis de estrogênio no final da gestação, ocorre o aumento do grau de contratilidade uterina, dando início do trabalho de parto, que evolui a partir do aumento de secreção da ocitocina. A ocitocina é secretada por estímulos gerados no hipotálamo a partir das alterações mecânicas progressivas originadas em resposta ao estiramento da musculatura uterina pelo crescimento do feto e estiramento ou irritação da cérvix pela pressão da cabeça do feto a cada contração uterina (GUYTON, HALL, 1996).

À medida que evoluía o trabalho de parto, ficava perceptível para as entrevistadas a relação entre a progressão da intensidade da dor com o padrão da contração uterina (frequência, intensidade e duração). Elas também identificaram a relação da dor com a progressão da dilatação cervical, com a duração do trabalho de parto e com os puxos que caracterizavam a proximidade do parto:

“Umás oito e pouco, quando eu internei, eu estava de oito centímetros, mas as contrações ficaram boas quando faltava chegar nos dez pra dilatar. Quando a bolsa rompeu, a dor foi apertando, foi doendo mais e vinha aquela vontade de fazer força. Acho até que eu demorei muito, porque eu comecei a sentir dor às quatro horas da manhã e fui ter ele à tarde.” (E1)

“Como minha bolsa tinha rompido aos poucos saía, uma água e comecei a sentir dor três horas da manhã. Mas, das seis horas em diante que as dores ficaram mais fortes. A contração foi aumentando naturalmente e a dor ficando mais forte.” (E4)

“Foi uma dor atrás da outra. Nesse horário eu estava com seis centímetros e as contrações ficaram mais fortes e a dilatação foi mais rápida. Quando deu dez pra uma, a minha bolsa estourou, aí doeu mais ainda e foi mais rápida a dilatação.” (E7)

“A bolsa rompeu mais ou menos meio-dia e meia e tinha dilatado três centímetros. Veio aquela colicazinha de leve no pé da barriga e fui para o hospital. Quando a dilatação foi chegando nos oito centímetros as dores ficaram muito fortes e intensas.” (E8)

Do ponto de vista fisiológico, a dor aguda e intermitente do parto normal ocorre na presença da contração uterina, e conseqüentemente, aumenta de intensidade ao longo do trabalho de parto, até atingir seu pico máximo ao nascimento (BONICA, 1995; LOWE, 2002). Essa associação entre a dor e a contração uterina norteia a evolução do trabalho de parto à medida que ela apresenta um padrão de duração, intensidade e frequência rítmica ao longo do processo de parturição (ALMEIDA et al., 2005b). Essa funcionalidade da dor do parto diferencia-a de outros tipos de dor, principalmente por não determinar agressão tecidual (BONICA, 1995; LOWE, 2002).

Para a interpretação do processo doloroso, são considerados como variáveis individuais importantes o elemento físico ou sensorial da dimensão biológica da dor, o elemento emocional da dimensão psicológica e elementos da dimensão sociocultural, como suporte social, relação familiar, valores culturais (BROWN et al., 1989; BONICA, McDONALD, 1990; TEIXEIRA et al., 1999; LOWE, 2002; CATON et. al., 2002; HODNET, 2002). A Sociedade Brasileira de Estudos para a Dor (2006) também corrobora a associação destas dimensões, denominadas

por ela como fatores associados à dor e utilizadas como diretrizes a para compreensão do processo doloroso.

Conforme os relatos das entrevistadas, a vivência da dor da contração uterina mediada pelos mecanismos do parto caracterizou uma experiência subjetiva e multidimensional que envolveu consciência, abstração, interpretação e aprendizado e também integrou elementos das dimensões biológica, psicológica, sociocultural e assistencial (TEIXEIRA et al. 1999). Ao considerar essas dimensões, a integração entre elas e a variação da percepção individual da dor relatada pelas entrevistadas, foi possível identificar a subjetividade como eixo da experiência dolorosa da parturição. A subjetividade de percepção da dor foi expressa por meio da variabilidade de sua intensidade, progressão, temporalidade e frequência, assim como pela possibilidade de esquecê-la após o parto.

A resposta individual à progressão da intensidade da dor durante a evolução do trabalho de parto revelou a variabilidade de tolerância entre as entrevistadas. A maioria delas considerou a dor vivenciada durante o processo de parturição como tolerável ou suportável, sendo atribuída a essa experiência de dor o sentido de processo natural. Pelo contrário, para aquelas em que a dor apresentou intensidade intolerável, essa experiência de dor foi concebida com o sentido de sofrimento.

A naturalidade da dor foi associada à presença de dor semelhante à cólica menstrual na fase inicial, com aumento progressivo de sua intensidade ao longo da evolução do trabalho de parto e cessação plena com o término do parto:

“É a coisa mais normal. É uma dor que vai e volta, mas que vem e passa, que nem cólica. A barriga endurecia aqui em cima e a dor ia ficando mais forte na hora das últimas contrações.” (E1)

“Quando começou a vir leves cólicas, o espaço de tempo era muito grande de uma dor para outra. Já no final era menor e mais intensa.” (E2)

“A contração foi aumentando naturalmente e a dor ficando mais forte. A cada minuto que passava, vinha outra.” (E4)

“Achei que é uma dor natural, porque eu não senti a dor que eles falaram. Só senti a contração e aquela vontade de ir ao banheiro.” (E10)

A tolerância fisiológica à dor, segundo relato de algumas entrevistadas, foi favorecida pelo caráter intermitente e de intensificação progressiva e natural da dor, que permitiu a adaptação do organismo aos estímulos gerados principalmente pela contração uterina, embora a sua intensidade tenha aumentado com a proximidade do parto:

“Só doeu na hora de dilatar os dez centímetros. Aí doeu mesmo, mas foi suportável.” (E1)

“Tive o prazer de vivenciar a dor do parto normal e posso falar que não foi exagerada, foi uma dor suportável. Às vezes, paro, fico lembrando e até rindo.” (E2)

“A gente realmente sente a dor quando vem uma contração atrás da outra, mas que dá pra suportar.” (E4)

“Depois que ele nasceu eu vi que a dor era suportável. Na verdade, até que foi rápido, porque eu sentia as contrações muito fortes uma atrás da outra.” (E6)

“Deu pra suportar a dor, até porque o meu parto foi muito tranquilo e não precisei tomar remédio nem nada. Senti umas colicazinhas aqui em baixo. Elas foram aumentando no passar do tempo, mas foi suportável.” (E7)

Para duas entrevistadas, a intolerância à dor esteve presente diante da intensificação da contração uterina, no final da fase ativa do trabalho de parto, que associada ao medo e à insegurança, dificultou a adaptação do organismo ao processo doloroso. Diante dessa condição de intolerância à dor, elas apresentaram

a expectativa de cessação da dor com a ocorrência do parto. Nesse caso, a dor vivenciada foi classificada como insuportável e incomparável a qualquer outra dor:

“A dor foi muito intensa e insuportável. Uma dor tão desconfortável, tão grande, que, com seis centímetros de dilatação, eu nem enxergava aquele relóginho na parede. Eu nunca tinha sentido uma dor assim.” (E5)

“Não tenho como descrever. Não tem nada igual. É a única dor que apavora e dá medo, mas que você sabe que vai conseguir ficar em pé e que você não perde a força. [...] Foram umas três contrações fortíssimas até que ela nasceu. Nesse momento foi tão intensa que parece que eu apaguei por alguns segundos.” (E9)

Embora o limiar de percepção da dor tenha semelhança entre indivíduos, pode ocorrer variação, tanto em relação à tolerância à dor como aos desconfortos resultantes de sua estimulação (PIMENTA, PORTNOI, 1999). Assim, a tolerância à dor pode variar entre parturientes ao longo do trabalho de parto até a expulsão do feto. Entre os fatores internos e externos que influem na variação da tolerância à dor do parto entre parturientes, destacam-se o limiar individual, o grau de relaxamento, o ambiente de atendimento, a presença e o apoio de familiares e de profissionais de saúde, uma vez que se trata de uma experiência física, potencialmente emocional, cognitiva e sociocultural (ZIEGEL, CRANLEY, 1985; ALMEIDA, 2001; BACHMAN, 2002; LOWE, 2002; SAITO, GUALDA, 2002a). Esses aspectos relacionados com a dor do parto mostram a importância de se considerar a parturiente como autoridade sobre sua própria dor, durante a assistência obstétrica de manejo da dor (PIMENTA, PORTNOI, 1999).

A temporalidade da dor foi expressa pelas entrevistadas como um dos marcadores do período de evolução do trabalho de parto. O tempo de permanência da dor durante o processo parturitivo variou entre elas e gerou alguns desconfortos, como dor lombar e abdominal e redução do sono:

“Comecei a passar mal à noite. Aí, de madrugada, eu não dormi. Não era uma dor forte, mas diferente do que já tinha sentido antes. E de manhã, quando cheguei lá [maternidade] tinha dilatado três centímetros e já era sete horas quando internei. Das sete da manhã até oito e vinte da noite fiquei sentindo as dores.” (E3)

“No domingo quatro horas da manhã eu já comecei a sentir umas dorzinhas meio suspeitas. As onze horas da manhã a dor foi aumentando. Era uma dor que ia pras costas, a barriga ficava dura e depois relaxava.” (E6)

“Comigo foi uma coisa que começou assim de repente, foi muito rápido. Foram poucas, mas foram muito fortes, então por isso que eu senti muita dor. A dor começou quinze pra uma da manhã, bem fraquinha, e quando foi seis horas da manhã eu ganhei a nenê.” (E9)

“Quando eu cheguei na maternidade, a dor já estava vindo de cinco em cinco minutos e foi aumentando até meio dia e 42, quando ele nasceu.” (E10)

Para algumas, a dor intensificou-se na eminência do período expulsivo, caracterizando a presença das contrações longas dos puxos:

“De oito para nove senti uma dor de segurar na cama mesmo. E, quando eu pensei que não ia aguentar mais, já estava no final. Aí, foi a hora que a criança nasceu. No final, foi bem incômodo, que até chorei um pouquinho porque a dor era demais.” (E2)

“No momento que estava quase na hora dele nascer, eu senti muita dor das contrações, porque estava dilatando.” (E6)

“Eu senti dor mesmo foi na hora que eu fui pra sala de parto, quando veio uma contração atrás da outra.” (E7)

“O que eu lembro é da dor forte antes dela nascer. Não lembro de ter sentido dor quando ela nasceu. Não deu tempo nem de dar pique.” (E9)

Conforme evidenciam as falas, houve uma variação progressiva da dor ao longo da evolução do trabalho de parto, que permitiu a distinção, pelas entrevistadas, entre a dor associada à contração uterina e a associada ao período expulsivo. A dor associada à contração uterina tem característica visceral, com transmissão demorada dos impulsos dolorosos e variação de intensidade e

frequência, que se propagam do fundo uterino até a cérvix e determinam na parturiente a sensação de pressão intrauterina. Por sua vez, a dor associada ao período expulsivo tem característica somática e localizada com transmissão rápida dos impulsos dolorosos, que determinam na parturiente a sensação de distensão perineal acompanhada do desejo de dar à luz (BROWNRIDGE, 1995).

Essas distinções são evidenciadas também pela forma como se dá a mediação da dor. A dor da contração uterina é mediada por mecanismos de distensão do segmento uterino e da cérvix, durante a evolução do trabalho de parto e a dor produzida no canal do parto e no períneo é mediada por mecanismos de pressão no plexo lombo-sacral e nas estruturas pélvicas (perna, vagina, períneo e reto) durante a descida da cabeça do feto (BONICA, McDONALD, 1990; BROWNRIDGE, 1995; LOWE, 2002).

Além das características subjetivas da dor já apontadas pelas entrevistadas, durante a evolução do trabalho de parto, foi enfatizado o caráter passageiro da dor, passível de ser esquecida com a ocorrência do parto:

“Nem me lembro da dor da hora de colocar o menino pra fora. Senti contração mesmo só no último minuto e nem lembro mais da dor.” (E1)

“A gente nem lembra mais da dor depois que o filho nasce, de tão bom que é a convivência como o filho. A gente fica apaixonada. Parece que é automático, você esquece.” (E3)

“A gente esquece da dor, que não sei nem explicar, mas a gente acaba esquecendo.” (E4)

“E depois que o bebê nasce, acaba tudo e você até esquece que estava sentindo aquela dor. Depois que nasce, você não sente mais nada.” (E9)

O esquecimento da dor após a ocorrência do parto foi associado pelas ao caráter funcional da dor e ao prazer concreto da maternidade. O fato de a dor aguda

do processo de parturição não ter associação com qualquer patologia torna a sua vivência diferenciada de outras experiências de dor. Nesse caso, a sua funcionalidade pode constituir um fator favorável para a construção de um significado ligado à maternidade (LOWE, 2002). Nesse sentido, a subjetividade e a dimensionalidade da dor do parto presentes nas características da dor apontadas pelas participantes deste estudo podem constituir um importante instrumento para o planejamento dos cuidados de enfermagem e de outros profissionais envolvidos na assistência obstétrica.

Conforme os relatos, no decorrer do processo de parturição, as entrevistadas manifestaram sentimentos, sensações e atitudes perante a dor e utilizaram algumas estratégias para o seu enfrentamento de acordo como a fase do trabalho de parto e as características da assistência obstétrica.

Como a experiência dolorosa integra aspectos biológicos, psicoemocionais e socioculturais, o seu processo perceptual remete à subjetividade (MELZACK, KATZ, 1994; TEIXEIRA et al., 1999; SARTI, 2001; LOWE, 2002). O caráter subjetivo da dor do parto foi evidenciado entre as entrevistadas por meio das diferentes formas de sentir e de interpretar as sensações dolorosas durante a evolução do trabalho de parto e das atitudes e formas de enfrentamento da dor.

Conforme a fase de evolução do trabalho de parto e as características da assistência obstétrica, foram expressos pelas entrevistadas: 1) sentimentos e sensações de conforto ou desconforto na presença de dor; 2) atitudes de “aceitação/resignação”, “resistência” ou “negação” perante a dor e 3) enfrentamento da dor por meio de estratégias não farmacológicas.

Os sentimentos e sensações de conforto em presença da dor foram expressos por meio de calma, tranquilidade, confiança, segurança, determinação,

coragem, força, otimismo, felicidade, satisfação, entusiasmo, vitória e alívio. Já os sentimentos e sensações de desconforto em presença da dor foram expressos por meio de nervosismo, preocupação, dúvida, insegurança, sofrimento, frustração, medo, ansiedade, desmotivação, solidão e abandono.

Conforme algumas entrevistadas, os sentimentos e as sensações de conforto na presença da dor ocorreram associados à assistência de enfermagem, ao apoio do acompanhante e diante da normalidade do processo parturitivo:

“Eu fui feliz, porque aconteceu tudo normal comigo. No início eu, não estava sentindo aquela dor grande. Ela ficou forte só na hora do meu filho nascer.” (E1)

“Quando eu saí de casa, meus familiares estavam sabendo que tudo estava tranquilo. Minha família estava me dando apoio, por isso na hora da dor, eu fiquei tranquila também.” (E2)

“Eu me senti capaz de enfrentar a dor, porque fui bem tranquila pra maternidade, bem calma mesmo. [...] Tive bastante determinação pra conseguir.” (E6)

“Como tive minha sogra e as enfermeiras perto de mim, fiquei mais tranquila. Elas me ensinaram o exercício de respiração, toda hora queria saber se eu estava bem, se queria tomar um banho.” (E7)

“O apoio da família me fortaleceu, me deu coragem, me deu mais ânimo pra suportar a dor. Eu creio que fortaleceu muito o meu modo de pensar e de agir. Pensei nas coisas positivas que ouvi.” (E8)

Nesses relatos, pode-se observar que o apoio prévio da família na gestação e do acompanhante e/ou assistente durante o trabalho de parto garantiram calma e tranquilidade para algumas entrevistadas diante a dor. Isso favoreceu o desenvolvimento de autoconfiança, força, coragem, determinação e otimismo para que elas vivenciassem a dor durante o processo parturitivo. Essas entrevistadas também mostraram sentimentos de felicidade e triunfo por terem suportado a dor e alcançado um parto normal bem-sucedido.

Os sentimentos e as sensações de desconforto ocorreram diante da intensificação da dor associada ao desconhecimento sobre as modificações fisiológicas decorrentes da evolução do trabalho de parto e diante de lacunas da assistência obstétrica. Foram expressos sentimentos de medo, ansiedade, nervosismo, dúvida, insegurança e preocupação por algumas entrevistadas:

“Quando a dor começou a intensificar, eu pensei que eu não ia dar conta, porque eu estava fraca. [...] E quando a bolsa estourou, eu fiquei mais apavorada ainda, com medo, porque eu pensei que tinha acontecido alguma coisa de errado comigo.” (E1)

“Fiquei um pouco nervosa por ser a primeira vez.”(E2)

“Quando vi que estava demorando e que a dor não passava, cheguei a ficar agitada na hora da dor. Foi sofrido ficar o dia todinho com dor.” (E3)

“Fiquei muito ansiosa, quanto vinha uma dor atrás da outra.” (E4)

“Na hora da dor, a gente quer atenção, quer alguém ali do lado, uma ajuda, porque, como marinheiro de primeira viagem, a gente fica com medo, sem saber o que tem que fazer.” (E5)

“Senti medo de desmaiar, porque eu estava bastante fraca e de ter que fazer uma cesariana em mim sem eu ver.” (E6)

“Eu fiquei agoniada, porque eu estava sentindo uma dor muito forte.” (E8)

“Quando cheguei na sala eu não consegui fazer força, porque eu estava nervosa por causa da dor muito intensa.” (E10)

Conforme mostram as falas, em face da intensificação da dor aguda da contração, foram expressos sentimentos e sensações de desconforto, sendo a ansiedade a alteração de humor mais marcante, acompanhada de medo e insegurança entre as entrevistadas. Esse aumento de ansiedade é esperado, em resposta ao aumento do padrão das contrações uterinas, da intensidade da dor e também diante da expectativa da parturiente quanto à resolução do processo de parturição (ALMEIDA et al., 2005b). Ela consiste em uma resposta fisiológica da

interação entre os mecanismos psicofisiológicos e neuroendócrinos envolvidos no controle do estresse como mecanismo biológico adaptativo e de defesa do organismo (SOIFER, 1992; LOWE, 2002).

A ansiedade é um estado mental básico e necessário, ligado às emoções e com a existência de sentimentos. Ela tem uma função adaptativa de “homeostase” mental (NINA, 1997). Em situações desfavoráveis, a ansiedade pode ser um determinante de medo ou tensão, logo, pode tornar-se um agente estressor agregado à dor.

Sentimentos e sensações como solidão, abandono, sofrimento, insegurança, medo e frustração foram manifestados por duas entrevistadas, em decorrência de lacunas da assistência obstétrica, referentes ao acompanhamento e à avaliação da evolução do trabalho de parto, bem como ao manejo da dor:

“Eu sofri e me senti abandonada, porque eu fiquei sozinha, quando eu estava sentindo dor. Fiquei com medo, senti solidão e pensava que ia ter o meu filho sozinha. Fiquei meio frustrada pela falta de atenção e pela dor em si, que deixa a gente desmotivada totalmente a ter novamente esse processo natural.” (E5)

“Tive sofrimento, porque a dor teve que aumentar muito até a neném nascer. Além de que esqueceram de mim e fiquei sozinha e não tinha ninguém pra me socorrer, quando a neném estava quase nascendo. Fiquei com dor e com medo de perder a nenê e de acontecer alguma coisa comigo, porque o trabalho de parto foi curto e rápido. Quase eu mesma que fiz o parto.” (E9)

Na fala da entrevistada E-5, foram evidenciados sentimentos de frustração e desmotivação para vivenciar futuramente outro parto normal, devido à ausência de assistência obstétrica durante o processo doloroso e de evolução do trabalho de parto, embora o compreendesse como um processo natural.

Para a entrevistada E-9, a vivência de dor intensa com evolução rápida do trabalho de parto, em menor tempo do que o esperado para uma primigesta,

configurou sofrimento. Esse sofrimento foi intensificado pelo medo de perda de sua filha, na ausência de membro da equipe assistencial que pudesse promover os cuidados durante o processo de nascimento.

Fatores como medo, ansiedade, estresse, tensão, fadiga, solidão, desamparo social e afetivo e falta de conhecimento sobre o processo parturitivo podem influenciar na percepção dolorosa da parturiente (LARGURA, 2000). Entre estes, a ansiedade é considerada o fator de poder mais influente na redução da tolerância à dor da parturiente. Estratégias não farmacológicas de manejo da dor são indicadas nesse caso, por atuarem nos mecanismos psicofisiológicos de inibição da transmissão de impulsos dolorosos, suprimindo os comportamentos de dor e, em consequência, reduzindo a ansiedade e aumentando a tolerância à dor (BONICA, McDONALD, 1990).

A partir da posição emocional assumida individualmente pelas entrevistadas perante dor, as suas atitudes podem ser classificadas como aceitação/resignação”, “resistência” e “negação”. Ao longo do processo de parturição, houve uma flutuação dessas atitudes, que refletiram a subjetividade e a dimensionalidade da experiência dolorosa que vivenciou cada uma das entrevistadas e também as lacunas da assistência obstétrica pré-natal e ao parto.

A atitude de aceitação/resignação simbolizou a ação da parturiente de não se opor ao processo fisiológico da parturição, de submeter-se ou ser conduzida pelo processo natural, de confiar na sua própria natureza para lidar com a dor, de se submeter com paciência à dor, ou seja, de se conformar com a dor física gerada pela contração uterina e demais desconfortos associados ao trabalho de parto. A definição dessa atitude encontra-se na origem etimológica, dos verbos aceitar e resignar. Aceitar deriva do latim *acceptare*, que significa consentir, conformar-se com

e admitir. Resignar deriva do latim *resignare*, que significa ter resignação, conformar-se e estar animoso no sofrimento (MICHAELIS, 2007). Entre algumas entrevistadas, essa atitude foi evidenciada:

“Eu nem gritei durante a dor. Fiquei quietinha lá no meu canto!” (E1)

“Fiquei quieta o tempo todo, mas senti que eu era capaz, em vista de outras pessoas. Tudo que precisava eu estava sentindo, tudo estava sob controle.” (E4)

“Em momento algum, eu tive medo da dor. Procurei proceder direitinho. Foi um momento de concentração, quando a dor vinha. Concentrei tanto na dor que esqueci que o mundo existia. Concentração total mesmo”. (E8)

“Eu pedi logo a Deus que, se fosse pra acontecer de nascer, que a força viesse logo tudo de uma vez e que fosse rápido. Foi o que aconteceu. Foram umas três contrações fortíssimas até que ela nasceu.” (E9)

A atitude de resistência simbolizou a ação da parturiente de resistir, ou seja, de suportar as sensações dolorosas e desconfortos advindos da evolução do trabalho de parto, tentando domar o corpo em sua própria defesa. A definição dessa atitude está na origem da palavra resistir, derivada do latim *resistere*, que significa suportar, opor força ou resistência a, reagir em própria defesa e de se conservar firme e inabalável (MICHAELIS, 2007). Diante dessa atitude de busca do autocontrole perante a dor, algumas entrevistadas relataram ter assumido também uma postura ativa no decorrer da evolução do trabalho de parto:

“Quando começaram aquelas dores fortes, eu comecei a ficar apavorada, mas depois consegui aguentar. Fiquei firme. Aí, na hora do parto, foi tranquilo. Foram dois empurrõezinhos e ela saiu.” (E2)

“Passei pela dor, mas não pelo desespero de chegar a gritar e dizer que não ia conseguir. Na hora das contrações, eu fazia a respiração e a força pra ajudar a colocar o menino pra fora. Aí, eu consegui!” (E4)

“Eu procurei ficar tranquila e resistir até no momento da dor mais forte. Eu deitava e andava, mas fiquei firme até o momento que o nenê nasceu”. (E6)

A atitude de negação simbolizou a ação da parturiente de se opor ao processo fisiológico da dor da parturição, ou seja, de fugir das sensações dolorosas e desconfortos advindos da evolução do trabalho de parto. A definição dessa atitude foi extraída da origem da palavra negar, derivada do latim *negare*, que significa contestar, repudiar e recusar (MICHAELIS, 2007):

“No início as contrações estavam fracas e eu não estava sentindo aquela dor grande. Mas, na hora das últimas contrações, a dor foi tão forte que eu ficava pedindo pra ser cesáreo, porque eu estava com medo de não aguentar mais e de não conseguir ajudar a por o menino pra fora.” (E1)

“Fiquei desesperada com a dor, querendo tomar remédio de dor, querendo que alguém me desse um remédio e que fizesse cesáreo. Eu até falei que não queria gritar e fazer muito escândalo, mas eu fiz. Foi a falta de acompanhamento e o desconforto de ficar toda molhada que contribuiu pra tudo ficar pior.” (E5)

Como apresentado por E-1 e E-5, a atitude de negação teve evidência com a intensificação do processo doloroso. Isso ocorreu principalmente na proximidade do período expulsivo, quando elas manifestaram intolerância e insegurança em relação à capacidade de manter o autocontrole sobre a dor. A solicitação de medicação e de intervenção da gestação por meio de cesariana foram medidas entendidas por elas como favoráveis para solucionar a intolerância à dor naquele momento. Essa atitude evidenciou a fragilidade emocional das entrevistadas decorrente da ausência de assistência obstétrica favorável ao manejo da dor.

Ficaram evidenciadas entre as entrevistadas, diferentes formas de expressão da dor durante o processo de evolução do trabalho de parto:

"No final, como a dor foi bem incômoda, eu até chorei um pouquinho, porque a dor era demais."(E2)

"Eu não cheguei a gritar e fazer barulho, eu apenas gemi algumas vezes e movimenteí na cama. Economizei minhas forças. Só na última dor que eu senti, que eu fiz muita força mesmo. Acho que dei até uns gritinhos." (E4)

"Enfrentei com muita garra, acho que eu fui mais forte do que eu imaginava. [...] eu não chorei, fiquei firme até o momento que o nenê nasceu". (E6)

"Na hora que a dor vinha eu gemia e segurava na cama. [...] Eu procurei proceder direitinho como o médico pediu." (E8)

Em alguns momentos, a dor foi expressa por meio verbal (resmungos e gemidos), em outros momentos por meio não verbal (gestos, movimentos) e às vezes, de forma verbal e não-verbal associadas ou alternadas. Esses resultados corroboram os resultados encontrados por Saito e Gualda (2002c) em estudo realizado sobre a expressão da dor durante o trabalho de parto. Para essas autoras, a forma variável de a parturiente expressar-se está estritamente vinculada à sensação de alívio gerada pelo comportamento ou atitude assumida perante a dor.

O fato de algumas entrevistadas não expressarem as sensações advindas do processo doloroso, seja verbalmente seja por meio de gestos, de certa forma, configurou a atitude de aceitação/resignação ao padrão comportamental reconhecido no meio assistencial como aceitável para uma parturiente. Para elas a atitude de permanecer "sem gritar" durante o processo doloroso teve significados semelhantes aos obtidos no estudo de Saito e Gualda (2002c). Para algumas entrevistadas, significou economia da energia a ser dispensada no processo de parturição e, para outras, o medo de ser reprimida pelo profissional assistente e de ter consequências para a evolução do trabalho de parto.

Conforme Tornquist (2003), a preocupação da parturiente em controlar suas emoções pode favorecer a expressão de sua dor dentro de parâmetros considerados adequados socialmente como não gritar, não entrar em desespero, obedecer às ordens médicas e acatar os conselhos da equipe. McCallum e Reis (2006) ressaltam que a expressão não verbal, ou seja, “não fazer barulho” durante o trabalho de parto pode ter diferentes significados. Essa atitude pode significar tanto uma forma de a parturiente sujeitar-se à repreensão dos profissionais de saúde, quanto uma estratégia de resistência simbólica ou de recusa à submissão imposta pelo ambiente institucional ao processo do parto. Couto (2006a) explica que esses comportamentos ou atitudes perante a dor são adquiridos com o processo socialização por meio da dinâmica das relações entre a mulher e a sociedade.

Esses resultados indicam que as expressões verbais e não-verbais da dor, aparentemente aprendidas com o grupo social, podem denotar também o aumento da ansiedade durante o trabalho de parto, conforme alguns significados apontados pelas entrevistadas anteriormente. Nesse caso, o manejo não farmacológico da dor poderia constituir uma estratégia favorável do restabelecimento da energia e da atenção da parturiente e, conseqüentemente, de sua cooperação e participação ativa para o alcance do enfrentamento da dor (BURROUGHS, 1995; BACHMAN, 2002; PIOTROWSKI, 2002).

Segundo algumas entrevistadas, os exercícios de respiração foram uma das estratégias mais utilizadas por elas, seguido de deambulação e mudança de posição, principalmente na fase final do trabalho de parto. Essas estratégias não farmacológicas foram utilizadas, em alguns momentos, de acordo com a orientação e o acompanhamento de profissional da equipe de assistência obstétrica e, em outros, por iniciativa da própria parturiente, como evidenciam as seguintes falas:

“Eu fazia a respiração rápida e força na hora da dor. Aí que eu fui conseguindo controlar a dor um pouco.” (E1)

“Trabalhei a respiração na hora da dor até quando eu não aguentava mais, até quando estava no oito para nove de dilatação.” (E2)

“Quando a dor vinha, eu respirava fundo e fazia força como ele [médico] mandava.” (E4)

“No final, quando a contração ficou mais longa e a dor mais forte, uma enfermeira me acompanhou na contração e foi falando como fazer a respiração e a força pra ajudar a dilatação.”(E5)

“Ela [enfermeira] ficou do meu lado o tempo todo. Ela falava pra fazer respiração e força pra ajudar o nenê quando viesse as contrações fortes. Então, quando a dor vinha, eu fazia força pra nascer logo.”(E6)

“Eu estava sempre fazendo um exercício de respiração que as meninas [estagiárias] tinham me ensinado. E, durante a dor da contração, eu abaixava, levantava, andava um pouquinho e fazia também o exercício que eles ensinaram na televisão e procurava pensar sempre nas informações positivas pra não ficar nervosa.” (E7)

Quando as estratégias não farmacológicas foram utilizadas por iniciativa da própria parturiente, ela o fazia de acordo com as informações adquiridas no período pré-natal ou como uma ação resultante de uma atitude instintiva.

Algumas parturientes instintivamente assumem uma atitude favorável ao autocontrole da dor durante o trabalho de parto e o parto, mesmo sem orientações prévias advindas do pré-natal. Porém, outras, necessitam ter acesso à orientação e ao acompanhamento para se manterem tranquilas durante o processo doloroso das contrações (BALASKAS, 1993).

Na prática obstétrica, várias estratégias não farmacológicas para alívio da dor da parturiente têm sido utilizadas a partir dos avanços científicos acerca dos mecanismos envolvidos na percepção dolorosa da parturição. As técnicas psicofiláticas (respiração e relaxamento) de Dick Read e Lamaze foram uma das

pioneiras em mostrar a possibilidade de aliviar a dor no parto por meio de recursos maternos próprios (NAKANO, 1990; ALMEIDA et al., 2004).

Entre as estratégias não farmacológicas apontadas pela literatura, as mais utilizadas são o suporte contínuo da equipe assistente e/ou doula, a deambulação e a mudança de posição, a massagem, as técnicas de respiração e relaxamento muscular e a imersão em água (SIDORENKO, 2000; SIMKIN, O'HARA, 2002; LEEMAN et al., 2003; ORANGE, AMORIM, LIMA, 2003; SIMKIN, BOLDING, 2004; BROWING, 2004; ALMEIDA et al., 2005b; MAMEDE et al., 2007; DAVIM, TORRES, MELO, 2007). Conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde essas estratégias são as condutas consideradas menos intervencionistas para o alívio da dor durante o processo de parturição (OMS, 1996).

A técnica de respiração mais recomendada durante o trabalho de parto e o parto é a lenta e compassada durante as contrações, por não exigir condicionamento respiratório prévio e não oferecer risco de hiperventilação. Ela favorece o aumento de oxigenação para a gestante e o feto, diminuindo o desconforto e a ansiedade, ao aumentar o nível relaxamento físico e psicológico (BURROUGHS, 1995; ALMEIDA, 2001; BACHMAN, 2002).

Conforme os relatos, algumas entrevistadas utilizaram estratégias de alívio da dor de acordo com as informações adquiridas no período pré-natal e sem acompanhamento sistematizado. Algumas tiveram acompanhamento assistencial e orientação para manejo da dor e outras não. Entre as que foram orientadas e acompanhadas, não houve avaliação da estratégia implementada. A instituição não dispunha de equipe organizada com esse propósito, tampouco de rotina de avaliação sistematizada da dor. As orientações eram realizadas durante o trabalho de parto, na maioria das vezes, por profissionais da Enfermagem, que trabalhavam

na escala de atendimento, tanto na sala de pré-parto quanto em outras atividades de assistência. Por esses motivos, a dor vivenciada por elas não foi avaliada no decorrer da progressão de sua intensidade, para que as estratégias de alívio da dor fossem implementadas de acordo com as necessidades de cada parturiente e do período de evolução do trabalho de parto.

De acordo com o que concluíram Sescato, Souza e Wall (2008), no caso deste estudo, a orientação e o acompanhamento sistematizado por parte da equipe de assistência obstétrica teriam sido o ideal. O acompanhamento durante o trabalho de parto favoreceria o manejo da dor mediante a utilização adequada de estratégias que promovessem o efeito desejado. Além disso, a sistematização da avaliação poderia ter promovido o aprendizado pela parturiente, considerando que o processo de aquisição das informações no período pré-natal foi basicamente informal.

Para as entrevistadas, as técnicas de respiração utilizadas como estratégia de alívio da dor promoveram sensação de aumento de tolerância à dor, bem como tranquilidade e calma para vivenciarem o processo de parturição:

“A respiração que me ajudou a controlar a dor um pouco.” (E1)

“À medida que fui trabalhando a respiração, parece que foi ficando amena e eu mais tranquila. Acho que ajudou bastante a controlar a dor e eu fiquei mais tranquila também.” (E2)

“Quando a gente respira e tenta tranquilizar, fica melhor e a dor passa mais rápido”. (E3)

“No final, quando a enfermeira me ajudou na respiração, parece que foi ajudando a diminuir a minha dor e contribuir nas contrações.” (E5)

“Foi bem tranquilo e a respiração me ajudou a ficar mais calma na hora da dor. Foi o que me ajudou bastante a controlar a dor.” (E7)

No estudo de Almeida et al. (2004) a partir da associação sistematizada de técnicas de respiração e relaxamento as parturientes apresentaram sensações de aumento da tolerância à dor, encorajamento e vigor para vivenciar o processo de parturição, manutenção de comportamentos psicoemocionais positivos e níveis mais baixos de ansiedade por maior tempo do trabalho de parto. Quanto à efetividade de estratégias não farmacológicas na redução da intensidade de dor durante o processo de parturição, Davim, Torres e Melo (2007) também obtiveram resultados satisfatórios, mas com associação entre exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombrossacral.

Estudos realizados acerca da utilização de estratégias não farmacológicas de redução de dor durante o trabalho de parto mostraram o favorecimento da participação ativa da parturiente no enfrentamento da dor, da prevenção do sofrimento e, conseqüentemente, da redução do estresse e do uso de fármacos. Nesses casos, o enfrentamento da dor influenciou na construção de uma percepção satisfatória da experiência do parto, ao contribuir para uma vivência saudável do parto e nascimento (HODNETT, 2002; LOWE, 2002; SIMKIN, BOLDING, 2004).

Para implementação de estratégias que auxiliem no enfrentamento da dor, é necessário que o profissional de saúde compreenda a percepção dolorosa do parto pela parturiente. Para tanto, alguns fatores ambientais devem ser considerados durante a assistência obstétrica: 1) comunicação verbal e não-verbal da parturiente; 2) qualidade do suporte oferecido e percebido pelas parturientes; 3) grau de estranhamento da parturiente em relação ao ambiente e adequação para movimentação e deambulação e 4) filosofia que orienta os procedimentos e as práticas dos profissionais (LOWE, 2002).

Nessa perspectiva, para a promoção do cuidado direcionado às necessidades da parturiente, deve ser considerado o contexto sociocultural e assistencial em que ela está inserida, assim como as dimensões biológicas e psicoemocionais da dor expressas por ela durante a evolução do trabalho de parto (BEZERRA, CARDOSO, 2005; BUDÓ et al., 2007).

Em relação às expectativas de vivência da dor durante o processo de parturição, a maioria das entrevistadas revelaram o seu atendimento. As expectativas atendidas envolveram a vivência natural do processo doloroso, a participação ativa e a garantia de assistência obstétrica durante o trabalho de parto e o parto, bem como o manejo da dor.

O atendimento da expectativa de vivenciar o parto normal e a dor como processo natural e saudável foi expresso pela maioria das entrevistadas, além da satisfação e da felicidade resultante dessa experiência:

“Eu fui feliz no parto, porque a dor só aumentou no final e correu tudo bem.” (E1)

“Para mim foi inesquecível, porque eu queria vivenciar essa dor e ter o parto normal.” (E2)

“Foi do jeito que eu pensava, que a questão de aguentar a dor do parto era muito do psicológico da pessoa. Se a gente respirar e tentar se tranquilizar, fica melhor, passa mais rápido”. (E3)

“Essa experiência nova de dor foi uma experiência muito boa, porque o parto normal é o melhor que tem e era o parto que eu sempre esperei ter.” (E4)

Algumas entrevistadas relataram a vivência do processo natural da dor do parto com menor intensidade do que aquela que foi retratada no meio social. Esse fator foi determinante para elas se considerarem bem-sucedidas no processo parturitivo:

“Foi bom, porque foi normal e eu não tive essas dores todas que o povo falava”. (E1)

“Foi como eu queria, porque a dor não foi exagerada igual todo mundo falava para mim.” (E2)

“Tive um parto normal do jeito que eu queria, tranquilo e rápido e com menos dor.” (E4)

“Eu não sabia como era a dor e esperava algo maior. Até que foi tranquila.” (E6)

“A dor não foi nem a metade do que eu achava que fosse. Eu pensava que seria uma dor horrrosa e que eu não ia dar conta de suportar.” (E7)

Elas também expressaram satisfação e superação de suas expectativas em relação ao enfrentamento da dor e da vivência parturitiva. Essa vivência constituiu para elas, um fato relevante, de conquista e de construção de história de mulher, bem como de composição de sua identidade. Além disso, segundo algumas entrevistadas ficou registrada como um momento especial, em razão do nascimento do filho:

“Agora posso contar minha história pra Joyce, que ela nasceu de parto normal e que fui muito feliz no parto dela.” (E2)

“Eu me senti vitoriosa por vencer a dor e ter o parto normal. Eu me senti mais especial!” (E4)

“Para mim, foi uma dor forte, mas um momento especial na minha vida. Não somente a dor em si, mas o momento de ter a minha filha de pegar ela no colo de olhar pra ela.” (E8)

A expressão de satisfação diante da capacidade de suportar a dor significou, para algumas entrevistadas, uma forma de resistência heróica à dor, ao ser dominada pelo estoicismo e pela coragem individual, que lhe permitem mudar de uma atitude passiva para uma vitoriosa (MCCALLUM, REIS, 2006). Pelo contrário, as entrevistadas E-5 e E-9 relataram a insatisfação quanto à vivência de dor muito

intensa, a permanência em trabalho de parto por período prolongado e a falta de suporte assistencial para o manejo da dor, nesse momento:

“A dor não foi como eu imaginava, foi bem o contrário do que eu queria, do que eu esperava. Sucesso mesmo foi da minha cunhada. Ela teve a contração, mas não sentiu dor alguma. Já o meu parto demorou bastante e eu senti muita dor. Além de que fiquei molhada e morrendo de frio, sem ninguém comigo pra amenizar a dor e me deixar mais segura.” (E5)

“Eu não imaginava uma dor como essa. Foi uma dor muito forte e eu desesperei, porque fiquei sozinha e quase tive minha filha sozinha. Foram umas três contrações fortíssimas até que ela nasceu. Nesse momento, parece que eu apaguei por alguns segundos de tanta dor. Aí, eu lembro só de ouvir a doutora.” (E9)

Essa insatisfação em relação à intensificação do processo doloroso durante a parturição também gerou dúvida para E-5 quanto à possibilidade de vivência futura de um parto normal:

“Se eu fosse ter de novo um parto, eu preferiria cesáreo, porque a dor é horrível. A dor em si deixa a gente totalmente desmotivada a ter novamente esse processo natural. Acho que se eu não tivesse sentido dor tanto tempo e tivesse recebido uma atenção maior talvez minha opinião não fosse tão radical sobre a dor. Eu não quero ter um parto normal mais pra frente.” (E5)

Esses resultados demonstraram que fatores internos, relacionados com o comportamento da parturiente, e fatores externos, relacionados com ambiente hospitalar, incluindo a assistência da equipe de saúde para o manejo da dor e o incentivo da parturiente para participação ativa no parto, também foram determinantes para a satisfação de cada uma quanto à experiência parturitiva. Hodnett (2002), por meio de uma revisão sistemática da literatura identificou que a satisfação de parturientes em relação à experiência parturitiva está mais fortemente relacionada com as influências das atitudes e dos comportamentos dos profissionais da saúde durante a assistência obstétrica do que com a dor propriamente dita, com

o alívio da dor e com as intervenções. Quatro tipos de expectativas das parturientes foram consideradas essenciais por esse autor, entre elas: os fatores pessoais, o suporte dos profissionais de saúde, a qualidade da sua relação com o profissional assistente e a sua participação ativa no parto.

O atendimento das expectativas da parturiente em relação à vivência de dor e do processo parturitivo depende do atendimento obstétrico individualizado. Esse atendimento pode favorecer a interação entre o profissional e a parturiente e, assim, o manejo adequado e satisfatório da dor durante o trabalho de parto (DAVIM, TORRES, MELO, 2007).

A partir da vivência parturitiva, as entrevistadas construíram os seus sentidos da dor do parto normal, que se fundamentaram na subjetividade e na dimensionalidade biológica, psicológica e sociocultural da dor como fenômeno e nas relações com o contexto de assistência obstétrica hospitalar.

A maioria das entrevistadas construiu sentidos de dor como fenômeno natural inerente ao parto normal, por ter vivenciado a dor com características fisiológicas, sendo agregados outros elementos a esse sentido. Para elas foi desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento construído no período pré-natal. Essa vivência de dor como fenômeno natural foi acompanhada de satisfação quanto ao processo parturitivo:

“Pra mim, foi uma dor normal. No início, foi bem fraquinha e na hora de dilatar os dez centímetros que doeu mesmo”. (E1)

“Dá para você ter o parto normal que é melhor e natural. A dor é tranquila e dá pra suportar”. (E2)

“A dor aconteceu só naquela hora, naquele momento, logo passou. Hoje a dor do parto pra mim é natural, não é a pior como falaram”. (E4)

A funcionalidade biológica da dor ligada ao processo de nascimento foi justificada como o principal fator de garantia da tolerabilidade à dor pelo organismo feminino, além do fator psicoafetivo associado ao amor materno:

“A dor do parto pra mim foi forte, mas deu pra suportar. Por isso, acho que faz parte do organismo da mulher”. (E4)

“Acabei de crer que toda mulher pode aguentar e que todas as mulheres podem passar pela dor”. (E3)

“A dor foi bem suportável, bem tranquila. Foi uma dor de alívio e muito gratificante, porque, depois que o filho nasce, ela acaba e ele fica do seu lado e você pode fazer as coisas sem depender de ninguém”. (E7)

“Pra mim, foi normal, porque eu esperava pela minha filha do fundo do meu coração. Por isso que eu aguntei a dor e esperei cada minutinho”.(E8)

“Eu acho que toda mulher aguenta essa dor. Dá pra controlar e ficar calma, porque depois a dor passa logo. Eu me senti muito leve sem aquela dor depois do parto”. (E10)

Com a vivência parturitiva, foram reforçados alguns elementos dos sentidos da dor como fenômeno natural inerente ao parto atribuídos anteriormente, no pré-natal, e agregados outros. As entrevistadas expressaram a dor como um evento natural, subjetivo, feminino, saudável, especial, desafiador, provedor de empoderamento, proveniente de fonte divina, de doação, rito de naturalização do papel materno. O sentido da dor do parto como evento natural e saudável foi relacionado com característica biológica da dor como inerente à saúde da mulher. Foi enfatizada a importância da intensidade da dor para a evolução do processo parturitivo e para a manutenção da saúde da mulher depois do parto:

“Vivenciei a dor e posso falar que não foi exagerada, igual todo mundo falava para mim. Dá pra suportar sim. Foi tranquila. Foi saudável pra mim como mulher.” (E2)

“Significa saúde pra mulher e pro bebê, porque é uma dor natural que vem forte e intensa pra ajudar no parto. A dor representa saúde, porque é uma dor que acontece naquele momento e depois que a criança nasce ela acaba. Depois dá uma sensação de alívio, de fortaleza, de saúde.” (E10)

Diante da vivência natural e saudável da dor no processo parturitivo, algumas entrevistadas construíram um sentido da dor como evento de proveniência divina, por considerarem que a dor vai além das expectativas humanas pelo seu perfeito papel funcional:

“É coisa da natureza, que vem de Deus, por isso que é muito importante para a mulher. Acho que é de Deus mesmo, porque parece que aquela dor tem o momento exato de começar e terminar. No final a gente quer botar tudo para fora. Aí, depois, é só alegria [risos]. Essa é a dor do parto”. (E2)

“Eu me senti mais especial! Pra mim, significou uma dádiva muito grande, porque eu não tive que passar tanta dor assim e me recuperei rápido”. (E4)

“Chega uma hora que aperta e vem direto. Essa hora, a gente pensa que não vai aguentar mais. [...] Depois, meu Deus do Céu, a gente nem lembra o que passou”. (E3)

“Foi uma experiência diferente, bastante diferente. Uma coisa tão perfeita como essa, só Deus mesmo poderia fazer. Fazer doer tanto pra sair uma coisinha tão linda”. (E6)

“Pra mim foi uma dor forte, mas também um momento especial na minha vida, um presente de Deus. Não somente a dor em si, mas o momento de ter a minha filha, de pegar ela no colo, de olhar pra ela”. (E8)

O sentido de evento feminino foi atribuído à dor do parto por ser considerado um evento único e específico da mulher:

“Foi uma experiência boa, que vou carregar pro resto da minha vida. E foi inesquecível, porque eu queria vivenciar essa dor e ter o parto normal. Foi uma dor difícil, mas eu não vou esquecer, assim, não. Cada momentinho está gravado na minha mente. Foi importante pra mim e para minha filha”. (E2)

“Essa foi uma experiência nova que eu aprendi na vida e vou guardar. Vou lembrar que valeu a pena passar pela dor. Vou contar no futuro pra minha nora ou pra minha filha...” (E6)

Algumas entrevistadas também destacaram a importância da vivência da dor no processo parturitivo como instrumento de empoderamento da mulher e rito de naturalização do papel materno, ao referirem a aquisição de força e sentimento de vitória com o enfrentamento da dor, sendo estes os elementos da dimensão psicoafetiva e sociocultural de suas vivências. Elas enfatizaram a importância do sentido da dor como instrumento de empoderamento da mulher e também de sua repercussão histórica para as próximas gerações:

“Agora, posso contar minha história pra minha filha, um dia. Posso contar dessa vitória, dessa coisa de mulher e de mãe. Que ela nasceu de parto normal e que venci a dor”. (E2)

“No momento da dor, eu até pensei que não ia dar conta, e me senti mais frágil. Mas, depois que passei por tudo aquilo, eu vi por esta primeira experiência que fui capaz, que dei conta. Eu me senti vitoriosa pelo parto e a dor e agora sou mãe”. (E4)

“Aquela dor que eu senti, significou muito pra mim. Hoje, vejo que posso suportar tudo. Que tudo, de agora pra frente, vai ser pequeno. Por isso, continuo pensando que a dor representa a força que a mulher tem. Tanto é que só a mulher que pode ter filho, porque ela suporta muito mais a dor. Essa experiência serviu de exemplo pra mim ter mais força e confiança. Sinto que sou capaz de tudo, assim, enquanto mulher e mãe. Eu acho que a partir dessa vivência me sinto poderosa”. (E9)

Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) destacam que a experiência de dor do parto pode ser reconhecida como positiva e satisfatória, quando se apresenta relacionada ao fortalecimento e ao aumento da capacidade da parturiente para seu enfrentamento durante o processo parturitivo. Para duas entrevistadas, a dor teve o sentido de desafio à mulher, ou seja, um evento que leva a mulher ao confronto e à busca do enfrentamento durante o processo de evolução do parto normal. A vivência

da dor foi entendida por elas como um desafio significativo, por considerarem o parto natural importante para a saúde da mulher e da criança. Elas destacaram como forma de vencer esse desafio a importância de a mulher conscientizar-se sobre as vantagens do parto normal durante a gravidez e valorizar o seu empenho em suportar a dor natural do parto:

“A dor do parto, acho que é um desafio que a gente tem que viver naquele momento. Acho que é uma questão de escolha mesmo, se a gente pensar um pouquinho na saúde da gente e do filho, porque o parto natural é bem saudável mesmo. Tem que ter esse objetivo desde a gravidez, pra viver e suportar a dor. É o amor mesmo que leva a gente a viver a dor. Então, eu passaria por isso tudo outra vez, sim”. (E8)

“Olha, é uma dor que só mulher e mãe mesmo pra suportar, porque é uma dor tão profunda, tão forte, que ao mesmo tempo que você pensa que não vai aguentar mais, você tem força, porque você sabe que aquilo ali só depende de você pra acabar.” (E9)

A parturiente pode assumir no contexto de assistência hospitalar uma atitude no parto que favoreça a sua vitória por meio da resignação na dor e na adversidade ou pela coragem individual (MCCALLUM, REIS, 2006).

Conforme revelou a maioria das entrevistadas, foi certificado, por meio da vivência, o sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto normal, sendo desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento atribuído no período pré-natal:

“Não foi essa dor terrível, esse ‘bicho-de-sete-cabeças’, como o povo falava. Só doeu mesmo na hora de dilatar os dez centímetros, aí doeu”. (E1)

“A dor do parto, pra mim, não foi uma coisa de falar que pode até morrer. Não foi o ‘bicho-de-sete-cabeças’ que as pessoas disseram. Foi uma dor forte, mas deu pra suportar. Agora ela não é mais pra mim uma dor tão infinita. A gente esquece!” (E4)

“Eu não vou esquecer essa dor e quando eu for pensar em ter outro filho, eu vou pensar na dor, que é uma dor tranquila.” (E7)

Conforme a vivência parturitiva da maioria das entrevistadas, o sentido da dor construído foi de dor como evento natural inerente ao parto normal e de domínio feminino. A esses sentidos foram agregados outros, como: 1) evento de proveniência divina, por sua perfeição e naturalidade; 2) evento passível de ser esquecido, por estar envolvido no processo de nascimento e cessar após o parto; 3) força e triunfo da mulher, por sua funcionalidade no processo parturitivo; 4) evento fortificante, por despertar o sentimento de vitória e empoderamento na mulher; 5) doação, quando vivenciado como um ato de amor; 6) saúde da mulher, por ser um processo natural; 7) desafio, por exigir tolerância física e emocional para seu enfrentamento satisfatório e por preparar a mulher para novos desafios; 8) rito de naturalização do papel materno.

No estudo de abordagem fenomenológica de Souza (2007) foi identificado que a dor pode ser vivenciada de maneira integradora, aberta ao outro e ao mundo, estando os sentidos da dor do parto normal relacionados: a “função subjetiva e natural”, ao “sofrimento e prazer”, a “natureza profana e sagrada”, a “mecânica do corpo e dinâmica do parto”, a “veiculação com o outro e valorização da vida”, a “remissão dos pecados e emancipação do ser”.

Para a entrevistada E-5, a intolerância à dor associada com lacunas da assistência obstétrica e a insatisfação em relação ao processo parturitivo foram determinantes para a construção do sentido da dor como fenômeno de sofrimento. A esse sentido de sofrimento, foram agregados elementos da dimensão psicoafetiva (desmotivante), sociocultural e assistencial (desnecessária) e biológica (desconfortável) de sua vivência de dor:

“Acho que a dor é desconfortável e desnecessária. Antes eu achava que era necessário pra mulher ser mãe ter o bebê de parto normal, mas mudei totalmente de ideia. Só de ter contato com a criança já te toca”. (E5)

Nesse caso, não foi certificado o sentido da dor ligado à naturalização do papel materno identificado no período pré-natal. Segundo essa entrevistada, as lacunas da assistência obstétrica no que tange ao acompanhamento da evolução do trabalho de parto e ao manejo da dor, foram determinantes para que ela se sentisse insatisfeita com a vivência de dor do parto normal e do parto em si, embora o reconhecesse o parto normal como um processo natural. A partir dessa experiência, ela certificou o sentido da dor como fenômeno de sofrimento para a mulher:

“Minha experiência de dor foi muito ruim, também pela falta de atenção. Se nas maternidades tivessem um profissional por conta, uma enfermeira acompanhando, um médico com mais frequência, que não te deixasse tão abandonada, já acalmava um pouco e não deixava a gente tão aflita na hora da dor, porque falaram que marido, mãe e pai não podiam contribuir”. (E5)

Esse relato da entrevistada E-5 remete novamente à reflexão sobre o paradoxo entre a institucionalização da assistência ao parto e a insatisfação da mulher quanto a sua vivência do processo parturitivo. A insatisfação foi manifestada por ela diante da falta de acompanhamento obstétrico e de manejo da dor e pela desconsideração do seu direito de ter um acompanhante do meio familiar durante o processo de parturição. Isso foi determinante para a sua mudança de opinião em relação à dor do parto:

“Acho que se eu não tivesse sentido dor tanto tempo e tivesse recebido uma atenção maior, talvez minha opinião não fosse tão radical sobre a dor”. (E5)

Essa entrevistada mostra a importância da assistência cuidadosa e afetuosa durante a vivência parturitiva. Segundo Domingues, Santos e Leal (2004), a atenção, o afeto, a atitude educada e a informação promovida durante a assistência

individualizada pode favorecer a satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo.

A entrevistada E-5 mostra também uma visão crítica diante das lacunas da assistência obstétrica, que foram determinantes para sua decisão de não ter outro parto normal no futuro. Para ela, a dor fragiliza o emocional da mulher, por demandar um gasto energético muito grande do organismo durante o processo parturitivo:

“É muito complicada a dor do parto. Eu não quero viver isso de novo, não. Se eu fosse ter de novo um parto, eu preferiria cesáreo, porque a dor é horrível. A dor em si deixa a gente totalmente desmotivada a ter novamente esse processo natural.” (E5)

A verbalização de tendência futura de optar por não ter parto normal, geralmente, denota a vivência de níveis mais elevados de dor reconhecida como negativa e uma experiência parturitiva insatisfatória (FIGUEIREDO, COSTA, PACHECO, 2002). A partir disso o processo doloroso do parto passa a ser percebido como um evento dispensável para a certificação do papel materno. Essa visão diferenciada mostra-se contrária à percepção expressa por essa entrevistada, no período pré-natal, em relação à informação materna:

“Não quero viver essa experiência da dor novamente. Eu acho que não é mais necessário pra que eu me sinta mãe, como minha mãe disse antes”. (E5)

A entrevistada E-5 também apresentou uma percepção contrária às das outras entrevistadas também quanto ao sentido da dor como evento de proveniência divina. Para ela, o fato de a dor gerar sofrimento para a mulher invalida sua ligação com a obra divina:

“Penso que essa dor não é de Deus, que a mulher não merece isso não”. (E5)

Em vista de sua insatisfação, também é revelada a dificuldade para esquecer a vivência do processo doloroso, embora tenha a informação de que ela pode ser esquecida após o parto:

“Falam que daqui uns dias eu vou esquecer a dor e vou querer normal de novo, mas eu acho meio difícil esquecer.” (E5)

Para a entrevistada E-9, o sentido da dor vivenciada durante o processo de parturição foi ambíguo. Diante da vitória de enfrentamento da dor, o sentido construído foi de fenômeno natural inerente ao parto que desperta cuidado e, diante da vivência de medo e solidão sem acompanhamento assistencial no processo parturitivo, o sentido construído foi de dor como fenômeno de sofrimento.

“Eu fiquei com uma experiência de duas formas: boa e ruim. Boa, porque eu consegui vencer a dor e passar por aquilo tudo sem assistência; e ruim, pelo medo que eu passei de ficar lá naquele lugar sozinha, desesperada e sem saber pra quem recorrer e com medo de perder minha nenê.” (E9).

Para ela, os pilares de construção desses sentidos ambíguos sobre o processo doloroso do parto foram a falta de assistência obstétrica durante sua experiência parturitiva e, em contrapartida a sua conquista de ter vencido a dor sem amparo assistencial:

“A partir dessa experiência de dor de parto e de um conjunto de coisas que eu passei lá dentro da maternidade, do momento que eu entrei até o momento que eu saí, serviu muito pra mim. Minha força passou a ser muito maior”. (E9)

Conforme as declarações anteriores de E-9, a sua vivência do processo parturitivo foi caracterizada por uma evolução relativamente curta, com processo doloroso intenso. Além de que, no decorrer desse processo natural, não houve

diagnóstico correto da fase de evolução do trabalho de parto durante a avaliação médica para admissão hospitalar. Isso foi determinante para a vivência solitária do processo evolutivo do trabalho de parto, associada a dúvida, insegurança e medo em relação à ocorrência do período expulsivo sem acompanhamento obstétrico. Em contrapartida, ela vivenciou a força da natureza da mulher, ao ser agente do parto, embora com sofrimento por falta de assistência obstétrica naquele momento.

De acordo com os resultados apresentados, embora a evolução do trabalho de parto tenha um padrão fisiológico, a especificidade da maneira de sentir e interpretar as diferentes sensações físicas da dor e dos desconfortos advindos do trabalho de parto e do parto diferiu entre as entrevistadas como descrito por Ziegel e Cranley (1985) e Maldonado (1991).

A dor que cada entrevistada desse estudo sentiu e vivenciou adquiriu o contorno definido pela construção dos sentidos da dor do parto normal para elas e a validação de alguns sentidos da dor, conforme as informações advindas do meio social e da assistência pré-natal. Consideradas as particularidades de vivências de dor do parto de cada uma das participantes elas declararam que iriam compartilhar suas vivências socialmente com outras mulheres, principalmente primigestas, por meio de recomendações acerca da dor do parto normal. Essas recomendações, segundo a maioria delas, foram pautadas no sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto normal e, para uma delas, como fenômeno de sofrimento para a mulher.

Entre as entrevistadas que certificaram com suas vivências a construção do sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto, foi unânime a recomendação de realização do parto normal para outras mulheres primigestas:

“Recomendo às mulheres, às futuras mães que tenham um parto normal. Não existe isso de dizer que parto normal é anormal. Você vivencia aquela dorzinha, mas é coisa suportável e a recuperação depois é boa.” (E2)

“Vou dizer que é uma dor boa, mas que cada uma tem a sua dor. Vou dizer que a dor é natural é melhor ter parto normal.” (E3)

“Eu vou passar o verdadeiro, que eu senti a dor, mas que não foi terrível como as pessoas contaram. Vou tentar passar pra ela que a dor é natural e que não é como as pessoas dizem, pra ela se sentir mais segura e fazer o parto normal.” (E4)

“Vou dizer que a dor é um pequeno detalhe que logo passa e que o parto normal é mais saudável pra gente e pro bebê.” (E6)

“Eu falaria que a dor é suportável, que ter um parto normal é a coisa melhor do mundo e que seguir os exercícios é fundamental.”(E7)

“Eu aconselharia ela a ter parto normal e falaria que é importante não só pro parto em si, mas pro emocional da mulher e pra sua própria segurança. E que a dor não é fácil, mas que vale a pena parto natural.” (E8)

“Eu falaria pra ela fazer parto normal, porque a mulher já é preparada pra essa dor e é melhor ter uma criança de forma natural. E que, a partir do momento que a mulher fica grávida, ela tem que colocar na cabeça que ela já está preparada pra essa dor.” (E10)

Com a perspectiva de alcançar sucesso no parto normal, elas declararam que recomendariam às primigestas: 1) preparação prévia para o parto; 2) cultivo de pensamento otimista e sentimentos como calma, tranquilidade, determinação, concentração e coragem e 3) autoconfiança para enfrentamento da dor natural do parto. Essas recomendações foram evidenciadas nas seguintes falas:

“Falaria pra ela não sair ouvindo o que as pessoas falam da dor, mas se concentrar, ficar calma e pensar positivo que vai acontecer tudo de bom com ela pra não ficar com medo”. (E1)

“Pra minha cunhada que está grávida vou falar que é uma dor forte e suportável. Vou falar pra ela ter bastante calma, força e coragem pra dar conta de enfrentar a dor. Vou falar pra ir com fé em Deus e força pra ajudar a si mesma”. (E6)

“Eu tentaria passar pra ela o que não me passaram: que é uma dor tranquila, uma dor de alívio. Que tem que ter tranquilidade e

paciência. Que na hora que a gente vê o rostinho do filho a primeira vez, compensa qualquer dor do mundo". (E7)

"Eu falaria as coisas boas que eu vivi pra incentivar essa pessoa a ter parto natural. Falaria que a gente deve acreditar e confiar que vai dar certo, pra que esse momento de espera aconteça naturalmente". (E8)

"Eu falaria pra ela que é uma dor natural que não tem como fugir se escolher o parto normal. Tem que ir até o fim. Pra isso, tem que se preparar durante a gravidez, ficar calma no momento da dor e concentrar na força, porque o nervosismo e a ansiedade atrapalham muito". (E9)

"Falaria que, se eu consegui vencer a dor, ela também vai conseguir. Eu falaria pra ela pra ter fé que a mulher já é preparada pra essa dor." (E10)

Na opinião dessas entrevistadas, a ação de compartilhar informações positivas sobre sua vivência de dor e parturitiva no meio social beneficiaria outras primigestas. Essas informações poderiam suscitar expectativas otimistas e, em consequência, conferir a elas mais segurança, afastando sentimentos como medo e sofrimento que possam influenciar no enfrentamento da dor e no sucesso do parto. Elas enfatizaram também a importância de compartilharem a satisfação e a vitória conquistada com a vivência da dor e do parto natural.

A partir de sua vivência de dor certificada como fenômeno de sofrimento, a entrevistada E-5 declarou que não recomendaria o parto normal para nenhuma outra mulher, por considerá-la desnecessária, terrível e desmotivante, embora antes reconhecesse o parto como um processo natural, que garante recuperação mais rápida no puerpério:

"Se me pedirem conselhos sobre fazer um parto normal ou cesáreo, eu não aconselharia o parto normal, assim como outras pessoas não me aconselharam. Como eu não sabia se ia sentir dor ou não, eu arrisquei normal pra ver como seria, porque falaram que era melhor, e, de certa forma foi, pra minha recuperação, tirando a dor que foi terrível e totalmente desmotivante". (E5)

Para esta entrevistada a insatisfação quanto à vivência de processo doloroso intenso durante o trabalho de parto, sem garantia de alívio da dor por meio de analgesia, mostrou-se determinante para o aconselhamento futuro do parto cesáreo a outras mulheres do seu meio social. Ela justifica que o parto cesáreo poderá ser um instrumento de supressão do sofrimento causado pela dor do parto, como apresentado anteriormente na rede de informação de meio social no período pré-natal.

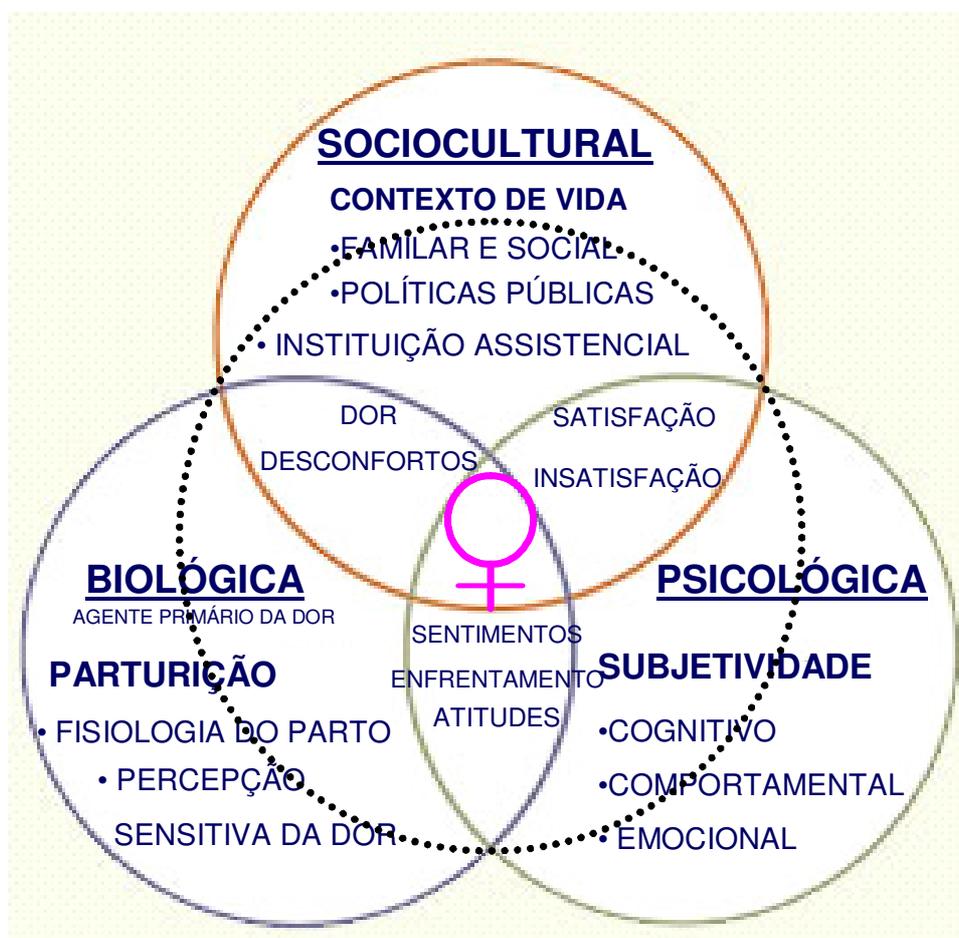
De modo geral, conforme apontam os resultados da experiência parturitiva de dor das entrevistadas deste estudo, a partir da dor concreta e de sua ação funcional, as entrevistadas identificaram as características e as implicações da dor e sua relação com a assistência obstétrica para a evolução do trabalho de parto, para o processo de nascimento e para elas como mulheres. A dor do parto caracterizou-se para as entrevistadas como uma experiência subjetiva e multidimensional, que envolveu a interligação entre as dimensões biológica, psicológica e sociocultural.

Lowe (2002) explica do seguinte modo a dimensionalidade do mecanismo de percepção da dor: 1) na dimensão fisiológica, destaca-se a esfera somática da percepção dolorosa; 2) na dimensão psicológica, a esfera afetivoemocional e cognitiva e 3) na dimensão sociocultural, a esfera cultural (crenças, costumes, valores e padrões familiares e comunitários) e assistencial (sistema de saúde e de assistência obstétrica).

Essa abordagem de Lowe (2002) sobre a dimensionalidade da dor do parto serviu de base para a construção de um esboço gráfico (Figura 2) que contribua para contextualizar a nossa compreensão dos sentidos atribuídos à dor do parto normal a partir das vivências de dor do parto das participantes deste estudo.

No esquema da figura 2, estão contempladas as três dimensões envolvidas no fenômeno da dor do parto vivenciado pelas entrevistadas. Estas dimensões estão representadas por esferas interligadas com componentes distintos envolvidos no mecanismo de percepção da dor. Nas áreas de interseção das esferas, estão contemplados os elementos subjetivos integrantes dessas dimensões que foram evidenciados pelas entrevistadas durante a vivência parturitiva de dor. Na zona central de intersecção das três esferas, está a mulher como ser complexo, composto por estas dimensões.

Figura 2. Dimensionalidade do fenômeno de percepção da dor vivenciada no processo de parturição e sua relação com a construção dos sentidos da dor.



Na esfera biológica, está representado o processo de parturição, que envolve a fisiologia do trabalho de parto, o parto propriamente dito e a primeira hora do pós-parto, assim como o mecanismo biológico de percepção da dor. A manifestação individual de resposta à dor física e aos desconfortos advindos do trabalho de parto estão contemplados nos pontos de interseção entre essa esfera e as outras.

Na esfera psicológica, está representada a subjetividade que envolve o cognitivo, o comportamental e o emocional de cada participante, enquanto parturiente. Os sentimentos, as atitudes e estratégias de enfrentamento estão contemplados nos pontos de interseção entre essa esfera e as outras.

Na esfera sociocultural, está representado o contexto de vida da mulher que envolve a família, o convívio social, as crenças, os valores e também os significados relativos ao processo de parturição e à dor. Nessa esfera, também se encontra o componente assistencial, decorrente das políticas públicas de assistência obstétrica e a instituição provedora de assistência à qual as participantes tiveram acesso em determinado ambiente assistencial.

No ponto de intersecção, entre a esfera sociocultural e as demais esferas, está representada a resposta manifesta de satisfação ou insatisfação das participantes em relação à assistência obstétrica durante a vivência de dor no processo de parturição. Na presença de uma assistência obstétrica com característica humanizadora, houve manifestação de segurança e satisfação e, em situação contrária ocorreu insatisfação quanto à vivência do processo parturitivo e da dor.

Os sentidos da dor estão contemplados pela esfera pontilhada que integra as três áreas de interseção das esferas biológica, psicológica e sociocultural,

considerando as características subjetivas e multidimensionais da resposta à dor. Esta esfera apresenta-se ampliada, pois representa também a ampliação da construção dos sentidos da dor pelas entrevistadas como a vivência parturitiva.

Para a maioria das entrevistadas, os sentidos da dor construídos durante a vivência parturitiva foram de dor como evento natural inerente ao parto normal e de domínio feminino, apresentando vários elementos que foram agregados a esses sentidos. No entanto, para a entrevistada E-5, a dor do parto teve sentido associado ao sofrimento e, para a entrevistada E-9, o sentido da dor vivenciada no parto teve um caráter ambíguo. Para essas duas entrevistadas, os sentidos de dor construídos durante o processo de parturição tiveram forte influência das lacunas da assistência obstétrica.

No decorrer da vivência parturitiva, emergiram sensações físicas e psicoemocionais resultantes do processo doloroso e também relacionadas com a assistência obstétrica, que foram determinantes para a expressão de seus sentimentos, atitudes e comportamentos perante a dor, assim como dos sentidos construídos durante essa primeira experiência de dor do parto.

Considerações

5 CONSIDERAÇÕES

Para compreender os sentidos da dor do parto normal na perspectiva e na vivência de um grupo de usuárias do Sistema Único de Saúde, o caminho escolhido foi o aprofundamento no universo subjetivo das mulheres, por meio das palavras expressas por elas, referentes à temática da dor do parto normal. À medida que lançava luz sobre os dados empíricos, por meio da discussão teórica acerca da dimensão sociocultural, político-assistencial e biológica da dor do parto normal, apoiada na metodologia da pesquisa social estratégica, de abordagem qualitativa, compreendia como as participantes construíram os sentidos da dor no período pré-natal, como atores sociais e, durante a vivência parturitiva, como “agentes do parto normal”.

A dor como poderoso componente do processo parturitivo apresentou-se como um fenômeno complexo, subjetivo e multidimensional, tanto nas informações veiculadas no período pré-natal como durante as vivências parturitivas das participantes, confirmando a sua variabilidade entre as mulheres. No período pré-natal, a construção dos sentidos da dor do parto normal foi mediada pela rede de informações presentes no contexto sociocultural e de assistência das participantes. Durante o processo parturitivo, essa construção foi mediada pela vivência da dor, que manteve estreita relação com os aspectos da assistência obstétrica institucionalizada. Os sentidos da dor construídos pelas participantes também mostraram uma ligação com os contextos mais amplos do sistema social, cultural, político-assistencial e ideológico relacionados com a dor do parto normal. Os

resultados confirmaram os pressupostos, respondendo as questões e cumprindo os objetivos previamente formulados para esta pesquisa.

O contato com a essência da condição feminina, favorecido pela ocorrência da gestação, suscitou nas participantes a necessidade de um resgate sociocultural de conceitos relacionados ao parto e à maternidade, para melhor compreendê-los. Assim, as informações sobre a dor do parto normal adquiriram relevância para elas.

No entanto, embora as participantes tenham tido acesso a várias fontes de informação sobre a dor do parto normal, no período pré-natal, as formas de veiculação das informações não favoreceram o seu processamento efetivo e a sua interpretação clara, pois estas se apresentaram diluídas e envoltas em ambiguidades, apesar de o conjunto de elementos integrantes delas mostrar-se rico em conteúdos, relacionados tanto às características quanto à subjetividade e à dimensionalidade da dor do parto normal.

O atendimento pré-natal constituiu um dos fatores que colaborou nesse processo ineficaz, pois as informações ficaram restritas às consultas, para a maioria das participantes, e pouco favoreceu o esclarecimento de dúvidas. Além disso, foram evidenciadas visões ambíguas de assistência obstétrica no grupo de profissionais envolvidos no atendimento, ora direcionadas para a prática da humanização, ora enraizadas na medicalização.

Em decorrência desses problemas, as informações não alcançaram um caráter educativo que favorecesse a construção dos sentidos da dor do parto normal pelas primigestas, de uma forma mais ampla e satisfatória, para a promoção de segurança psicoemocional em relação à futura vivência parturitiva. Em consequência, foram construídos sentidos ambíguos da dor, ora como um fenômeno

natural inerente ao parto, ora como fenômeno de sofrimento para a mulher, conforme a dor foi retratada no meio sociocultural e de assistência pré-natal. O sentido da dor como fenômeno natural, inerente ao parto normal, foi atribuído à vivência fisiológica da dor pela mulher. Por sua vez, o sentido de dor como fenômeno de sofrimento foi atribuído à vivência de dor intolerável associada a intercorrências no processo parturitivo e/ou na assistência obstétrica.

Os sentidos ambíguos da dor contribuíram para gerar nas participantes da pesquisa sentimentos também ambíguos, de inquietação e ao mesmo tempo de otimismo, que perduraram até o momento do parto. Mesmo assim, elas apresentaram expectativas fortemente ligadas ao sentido da dor como fenômeno natural, inerente ao parto, colocando-se disponíveis para vivenciar a dor e um parto natural, saudável e com satisfação.

Chamou a atenção o fato de a necessidade de informação expressa pelas participantes no período pré-natal, em especial sobre a dor do parto normal, não ter sido percebida de forma significativa pelos profissionais da equipe de assistência obstétrica. Além disso, as participantes não dispuseram de atividades e de estratégias ativas de educação em saúde para a garantia de informações claras e precisas no período gestacional.

A presença de sentimentos de inquietação como o medo e a insegurança no período pré-natal refletiu essas lacunas do processo educativo da assistência obstétrica. Assim, foi evidenciada a contradição entre a assistência institucionalizada ao pré-natal e ao parto e a insuficiência de informação e segurança por parte da gestante.

Esses elementos apontam a necessidade de maior investimento por parte da instituição provedora de assistência pré-natal, no que tange ao processo

educativo da assistência obstétrica. As informações pré-natais poderiam ter constituído um importante instrumento educativo utilizado pelos profissionais de saúde para a promoção de segurança e cultivo de sentimentos otimistas em relação ao parto e à dor pelas participantes. O enfermeiro, como profissional do cuidado, poderia ter sido um importante agente educativo para o ensino de aspectos do ciclo gravídico-puerperal e, em especial, sobre o processo parturitivo, por ser um dos profissionais da saúde que tem buscado o desenvolvimento de habilidades para a prática humanizada de assistência obstétrica.

Outro fator a ser destacado é a relação entre a ambiguidade das informações sobre a dor do parto normal e a construção sociocultural, política e ideológica da dor do parto como sofrimento imposto à mulher. Essa ideologia reflete a imagem ambígua do corpo feminino. A mulher é representada no discurso sociocultural e de assistência obstétrica pela sua capacidade fisiológica de parir, porém tem ressaltada sua fragilidade ligada à gravidez e ao parto, considerando os limites entre a normalidade e os riscos do parto normal.

O medo da dor do parto, presente no discurso das participantes, evidencia, de certa forma, a relação de poder do sistema de assistência obstétrica do país sobre o corpo feminino e a forma como vem se processando a manutenção de seu gerenciamento e de sua medicalização. Esses fatores podem estar constituindo um dos mecanismos de favorecimento da perpetuação da ideia de realização do parto cesáreo para evitar a dor do parto normal.

Em face de todas essas ambiguidades, as participantes elegeram como prioridade no período pré-natal o apoio social e assistencial disponível na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde–SUS. Elas apresentaram como expectativa a vivência futura de um parto natural e seguro, considerando que não tinham o

poder de escolha e decisão sobre o processo assistencial durante o período pré-natal e o parto.

A transição da assistência pré-natal para a parturitiva é outro fator importante a ser destacado quanto à realidade assistencial do Sistema Único de Saúde. As usuárias foram assistidas por uma equipe no período pré-natal e por outra durante o processo parturitivo. Essa quebra do vínculo estabelecida ao longo da gravidez e a construção de novo vínculo em um período curto, de doze horas em média, pode ter sido um fator favorável para a manutenção de sentimentos ambíguos durante a vivência parturitiva de dor.

Quanto à trajetória parturitiva das participantes, a assistência obstétrica mostrou-se bastante significativa para elas e também mediou a construção dos sentidos da dor. A maioria manifestou satisfação em relação à vivência do processo parturitivo e quanto à forma de enfrentamento da dor, embora algumas lacunas da assistência obstétrica tenham influído nesses processos.

Os sentidos da dor, construídos com a vivência parturitiva, apontaram uma concepção mais ampla da dor pelas participantes, na medida em que se transpôs do abstrato para o concreto. Isso quer dizer que os sentidos construídos no período pré-natal deixaram seu caráter informativo e passaram a ter um caráter vivencial com a experiência parturitiva de dor.

Nessa transição de sentidos foi expressa a subjetividade e a feminilidade das participantes como eixo norteador desse processo. A partir daí, os sentidos da dor apresentaram-se mesclados de subjetividade e da interação de vários elementos das dimensões biológicas, socioculturais e psicológicas relacionadas com a dor específica de cada participante, e sob forte influência dos aspectos assistenciais da instituição provedora dos cuidados obstétricos.

Esse processo foi desencadeado a partir da evolução do trabalho de parto, quando as participantes, na condição de agentes do parto, seja ativo ou passivo, passaram a perceber e sentir a dor e, conseqüentemente, a construir os seus sentidos vivenciais. Durante a evolução do trabalho de parto, as participantes vivenciaram as particularidades funcionais da dor, respondendo a esse estímulo sensitivo e emocional de forma subjetiva e dentro de padrões fisiológicos. A maioria manifestou tolerância à dor e enfrentamento satisfatório, embora tenham ocorrido flutuações de atitudes perante a dor. Estas manifestaram-se à medida que se registrava o aumento da intensidade da dor, que apontada pelas participantes como um dos componentes biológicos mais marcantes. Assim, os sentimentos, as atitudes e as estratégias de enfrentamento da dor, bem como as expectativas atendidas, foram expressos conforme o acompanhamento e o apoio para manejo da dor oferecidos no ambiente assistencial.

A partir da vivência parturitiva da dor foram agregados vários outros elementos aos sentidos de dor construídos no período pré-natal. Para a maioria das participantes, a dor passou a ter um sentido de fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino, sendo desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento, construído no período pré-natal. Para uma das participantes, no entanto, foi certificado o sentido da dor como fenômeno de sofrimento pela forte influência de lacunas da assistência obstétrica, que determinaram insatisfação em relação ao processo parturitivo e à dor. Nesse caso, a dor passou a ser caracterizada como desmotivante e desnecessária para a vivência parturitiva. Para outra participante, manteve-se ambíguo o sentido da dor vivenciada durante o processo de parturição, considerado por ela uma experiência natural e vitoriosa, por causa do enfrentamento

da dor, e uma experiência de sofrimento, pela vivência do medo e da solidão sem acompanhamento assistencial no processo parturitivo.

Conforme os sentidos da dor construídos durante a vivência parturitiva, a dor apresentou-se como uma experiência marcante para as entrevistadas. Na presença de uma assistência obstétrica com característica humanizadora, houve manifestação de segurança e satisfação e, pelo contrário, em sua ausência ocorreu insatisfação quanto à vivência do processo parturitivo e da dor.

Os sentidos da dor como fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino foram construídos quando houve a legitimação da participante como “agente” no parto. Nesses casos, a experiência de dor favoreceu o evidenciamento de características femininas que, para as participantes, encontravam-se adormecidas. Elas identificaram que a dor do parto faz parte da natureza da mulher, sendo um elemento importante para a dinâmica parturitiva e para a revelação da força da mulher e de seu empoderamento. Com isso, a transição da experiência parturitiva para a maternidade concreta foi revelada como fator de engrandecimento do ser mulher pela mudança de *status* social que pode garantir a elas.

É relevante destacar a importância da experiência satisfatória quanto ao parto e à dor: foi como um triunfo para a maioria das participantes, pela repercussão que suas vivências podem ter ao compartilhá-las com outras mulheres primigestas e de novas gerações. Embora elas sejam parte de uma pequena parcela da sociedade, suas experiências parturitivas podem favorecer a veiculação de informações otimistas sobre a dor do parto normal, que a desmistifique como fenômeno de sofrimento para a mulher.

Esse propósito também pode ser alcançado mais amplamente, com a intensificação das práticas obstétricas preconizadas no Programa de Humanização

do Pré-natal e Nascimento. Além da qualificação dos profissionais de saúde para favorecer a sua inserção efetiva no atendimento e de forma interativa, com a mulher e sua família, essas práticas podem garantir o resgate do parto normal e do protagonismo da mulher como agente do parto.

Nesse sentido, os resultados deste estudo podem constituir um instrumento para a assistência obstétrica no pré-natal e no parto, por favorecer um olhar voltado para a integralidade da mulher como ator social e agente do parto. A partir da compreensão dos sentidos da dor do parto normal na perspectiva e na vivência das participantes, foi identificada também a postura que elas irão assumir diante uma nova gestação e como esses sentidos serão compartilhados futuramente no meio sociocultural e de assistência obstétrica. Elas serão instrumento de um novo ciclo de transmissão de informações sobre a dor do parto normal. Isso também aponta a responsabilidade da assistência obstétrica no processo de construção social dos sentidos da dor do parto normal.

Os resultados apontam que os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento obstétrico necessitam atentar para a relevância de manter uma escuta aproximada da gestante durante o período pré-natal e ter um olhar diferenciado para as especificidades da mulher. Essa atitude pode evitar que sejam suscitadas novas expectativas e novos sentimentos de inquietação em relação à dor do parto normal entre as mulheres que já vivenciaram satisfatoriamente o parto normal e a dor.

Durante a trajetória de realização desta pesquisa para o doutoramento em Ciências da Saúde, fiz outros aprendizados relevantes, além dos aspectos didáticos do processamento de um estudo científico, considerando a temática do estudo. Aprendi sobre o gênero feminino, no que tange a sua integralidade, e compreendi a

importância da interrelação entre as dimensões biológica, sociocultural e psicoafetivas nas vivências femininas.

Como profissional do cuidado em saúde, aprendi sobre ser mulher cuidadora com um olhar para os aspectos específicos do feminino. Isso muitas vezes não se alcança nas relações entre feminino e masculino durante a assistência obstétrica. Compreendi a grandeza das singularidades e subjetividades de vivência da dor, na medida em que foram expressas pelas participantes suas atitudes perante a dor e os recursos mobilizados para o seu enfrentamento. Elas mostraram recursos que se encontravam latentes e, na maioria das vezes, distantes dos olhares técnicos dos profissionais de saúde.

Como contribuição deste estudo para as Ciências da Saúde, cabe destacar a cooperação na construção de um conhecimento científico específico da área obstétrica. Este guarda a marca de um olhar integralizado e de contemplação para a mulher, a partir de sua perspectiva e de sua vivência de dor do parto normal.

Do ponto de vista assistencial, os resultados obtidos oferecem subsídios para a elaboração de estratégias educativas no período pré-natal e para a assistência ao processo parturitivo. Para a assistência pré-natal, esses resultados podem subsidiar a operacionalização de ações educativas individuais, grupais e comunitárias, que favoreçam a veiculação eficaz de informações referentes à dor e ao parto. E, para a assistência ao parto, eles podem subsidiar a utilização de estratégias de acompanhamento e manejo da dor que promovam conforto e satisfação às parturientes. Além disso, podem favorecer a organização dos serviços, de forma que atendam às necessidades da mulher numa perspectiva de assistência obstétrica humanizada.

Este estudo pode colaborar para a ampliação da reflexão e do debate sobre a dor do parto como fenômeno sociocultural, buscando romper com o paradigma de que esse evento deva ser considerado como mero sofrimento para a mulher e, conseqüentemente, como um evento dispensável de sua vivência parturitiva, a ponto de ser concebido como anormal. Outros olhares são necessários para que se ampliem a reflexão e o debate sobre a dor do parto. Como possibilidades de desdobramento deste estudo, há necessidade de desenvolvimento de pesquisas que possam esclarecer: 1) os sentidos da dor do parto normal para os profissionais envolvidos na assistência obstétrica; 2) a influência do ambiente institucional e de práticas obstétricas sobre o mecanismo fisiológico de dor do parto; 3) as relações assistenciais de gênero e sua influência no manejo da dor do parto normal e 4) aspectos sociais e ideológicos da dor do parto normal.

Em suma, os resultados deste trabalho, embora não possam ser generalizados para toda a população feminina, representam uma contribuição à reflexão e ao debate sobre a temática da dor do parto normal como um problema social. E, mesmo parciais, do ponto de vista populacional, eles suscitam indagações que ficam a exigir o aprofundamento em pesquisas futuras.

Referências

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M. et al. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p.1114-1123, dez. 2008a. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2009.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. A dor do parto normal na literatura científica indexada entre 1980-2007. CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR, 8. Goiânia. **Revista Dor - Pesquisa, Clínica e Terapêutica**. Suplemento. Temas Livres. Goiânia: Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED-GO). 2008b. p. 34.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 292-298, 2004.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, março-abril, p. 223-228, 2005a.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, janeiro-fevereiro, p.52-58, 2005b.
- ALMEIDA, N. A. M. **Efeitos da aplicação de um método psicoprofilático, durante o processo de parturição, sobre a dor, a ansiedade e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico**. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado em Biologia)– Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Percepções de primigestas atendidas no serviço pré-natal de uma maternidade pública sobre a dor do parto normal. CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR, 8. Goiânia. **Revista Dor - Pesquisa, Clínica e Terapêutica**. Suplemento. Temas Livres. Goiânia: Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED-GO). 2008c. p. 33.
- ALMEIDA, N. A. M.; COELHO, A. S. F.; SILVA, C. C. Significados, sentimentos e expectativas de um grupo de primigestas acerca da dor do parto normal. Trabalho científico apresentado. SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 69. Goiânia. **Apresentação oral**... Goiânia: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Goiás, 2008.
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M. A dor do parto normal para primigestas atendidas no serviço pré-natal de uma maternidade pública de Goiânia. In: JORNADA INTERNACIONAL, 5. e CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 3. Brasília. **Anais Online**... Brasília: Universidade de Brasília. <http://www.gosites.com.br/vjirs/anais-online-resumos-detalle.asp?id=139&idad=423>
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M. Representações sociais da dor do parto normal para primigestas atendidas em uma maternidade pública de Goiânia. CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO/UFG, 4. Goiânia. **Anais**... Goiânia: UFG, 2007b. p. 1729-1733.

ALVES NETO, O. A dor do parto. In: ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípio e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 858-866.

ARMELLINI, C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, dez, p. 305-315, 2003.

BACHMAN J.A. Manejo do desconforto. In: LOWDERMILK, L. D.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.315-335.

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. 2ª ed. São Paulo: Ground, 1993. 317 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 226 p.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, UFRJ, v.1, n.2, p. 366-381, 1993.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores interferentes no comportamento de parturientes: enfoque na Etnoenfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 698-702, nov./dez. 2005.

BÍBLIA SAGRADA. Gêneses. Editora AVE-MARIA Ltda. São Paulo. Capítulo 3, versículos 1-16. 1999.

BONICA, J. J. The nature of the pain of parturition. In: BONICA, J. J.; McDONALD, J. S. **Principles and practice of obstetric analgesia and anesthesia**. 2nd ed., Baltimore: Williams & Williams, 1995. p. 243-273.

BONICA, J. J.; McDONALD, J. S. The pain of childbirth. In: BONICA, J. J. (Ed.). **The Management of pain**. Vol. I. 2nd ed. Philadelphia. Lea & Febiger, 1990. p.1313-1342.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: manual técnico. Equipe de elaboração: SCHIRMER, J. et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000a. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília. 1998, v.1, Jul.,p. 34-42. (Cadernos de ética em pesquisa).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044/GM, de 1º de junho de 2004b. **Política Nacional para os hospitais de pequeno porte**. Disponível em: <http://www.lava.med.br/SUS/Portaria_1044_GM_01062004.htm>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.158 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000 b. **Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento**. Disponível em: <http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

BROWING, C. A. Using music during childbirth. **Birth**, v. 27, n. 4, p.272-276, 2004. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1523-536x.2000.00272.x>>. Acesso em: 13 jun. 2008.

BROWN, S. T.; CAMPBELL, D.; KURTZ, A. Characteristics of labor pain at two stages of cervical dilation. **Pain**, v. 38, n. 3, p. 289-295, Sep. 1989.

BROWNRIDGE, P. The nature and consequences of childbirth pain. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd., 59 Suppl: S9-15, May. 1995.

BUDÓ, M. L. D. et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1, p. 36-43, 2007.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

CALLISTER, L. C.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K; LAURI, S. Cultural perceptions of childbirth: a cross-cultural comparison of childbearing women. **Journal of Holistic Nursing**, v. 14, n. 1, p. 66-78, 1996.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 2, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

CARNEIRO, R. G. Outra 'figura-relação' de maternidade, parto e feminismo. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST58/Rosamaria_Giatti_Carneiro_58.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2009.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez. 2005.

CATON, D. et al. The nature and management of labor pain: executive summary. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 5, S1-15, 2002.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C. Vou ser mãe e agora? **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.4, n.2, p.134-142, jul./dez. 2002.

CHAZAN, K. L. **A história da obstetrícia e a patologização da gravidez.**

Disponível em:

<<http://www.uff.br/ichf/anpuhrio/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Lilian%20Krakowski%20Chazan.doc>>. Acesso em: 02 mar. 2006.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. A humanização do parto. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 280-317.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 190-198, mar./abr. 2006a.

COUTO, G. R. Preparação para o parto: percepção pelos enfermeiros especialistas. **Revista de Ciências da Saúde de Macau**. v. 6, n. 4, p. 264-274, dez. 2006b.

DAVIM, R. M. B. **Avaliação da efetividade de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto**. 2007. 98 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_14.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2009.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciências Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

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.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2009.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Rede Nacional Feminista de Saúde**, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.40 p.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2009.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2009.

- FERREIRA NETTO, G. A. A mulher e o monoteísmo. **Pulsional Revista de Psicanálise**. ano 17, n. 178, p. 15-28, jun. 2004.
- FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 20, p. 203-217, 2002.
- FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). **Dor**: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p. 140-158.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 3ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2002. p. 64-89.
- GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 7, n. 2, p. 190-200. abr./jun. 1991.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 67-80.
- GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-103.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.
- GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. 288 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- GUIMARÃES, S. S. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Ed.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus Editora; 1999. p.13-30.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2009.
- HILFINGER MESSIAS, D. K. et al. Defining and redefining work: implications for women's health. **Gender & Society**, v.11, n.3, p. 269-323, June 1997.
- HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v.186, n. 5 Suppl. Nature, p.160-172, mai. 2002.
- HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestante, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.
- LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. 2ª ed. São. Paulo; 2000.155 p.

- LEEMAN, L. et al. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. **American Family Physician**, v. 68, n. 6, p. 1109-1112, Sep. 2003.
- LIMA, T. Ministério da Saúde promove ações para humanização do parto e apoia parteiras. Blog amigo da ONG amigas do parto – **Parir e Nascer**. Maio 29, 2006. Disponível em: <<http://parir.blogspot.com/2006/05/ministerio-da-sade-promove-aes-para.html>>. Acesso em: 15 fev. 2009.
- LOESER, J. D. A medicina narrativa e a dor. In: ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípio e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.102-108.
- LOWE, K. N. The nature of labor pain. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 186, S16-24, 2002.
- MACEDO, P. O. **Significando a dor no parto**: expressão feminina da vivência do parto vaginal. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- MACEDO, P. O. et al. Percepção da dor pela mulher: a influência do ambiente de pré-parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 306-312, 2005.
- MACLEAN, L. I.; MCDERMOTT, M. R.; MAY, C. P. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 18, n. 2, p. 153-162, 2000.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- MAMEDE, F. V. et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.6, p.1157-62, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2008.
- MARMOR, T. R.; KROL, D. M. Labor pain management in the United States: understanding patterns and the issue of choice. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 186, Suppl 5, S173-180, May 2002.
- MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.
- MARTINS, C. A. **Faces do Feminino Sagrado**: o arquétipo da mulher selvagem. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião)– Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.
- MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. N. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. **Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e Saúde**. v. 12, n. 1, p. 7-17, 2008.
- MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006.
- MELZACK, R.; KATZ, F. Pain measurement in persons in pain. In: Wall, P.D.; MELZACK, R. (Org.). **Textbook of pain**. 3rd ed. New York (USA): Churchill Livingstone, 1994. p. 337-351.

MENESCAL-DE-OLIVEIRA, L.; SILVA, L. F. S. Mecanismos neurais e modulação da dor. p. 235-246. In: ALVES NETO, O. (Org.) et al. **Dor: princípio e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MICHAELIS MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA – Anônimo. Melhoramentos. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 2000, 269 p.

MONTEIRO, A. et al. **A visão da mulher na antropologia: mitos da criação e crenças em relação à gravidez**. Fórum de Promotoras Legais Populares do Distrito Federal (Fórum PLP/DF). 25/06/2008. Disponível em: <http://www.forumplp.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=9&Itemid=286>. Acesso em: 03 fev. 2009.

MORAIS, F. R. R.; ALVES, A. M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/morais.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

MOREIRA, K. A. P. et al. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/491/112>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

MOTA-RIBEIRO, S. **Ser Eva e dever ser Maria: paradigmas do feminino no Cristianismo**. Trabalho científico apresentado. CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5. Universidade de Coimbra, 17-19 de Abril. 2000. Disponível em: <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5357/1/MotaRibeiroS_EvaMaria_00.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2009.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 13, p.109-118, ago. 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, ago. 2008.

NAKANO, M. A. S. **Os métodos psicossomáticos de preparação para o parto: análise de seus objetivos e finalidades**. 1990. 265 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

- NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetria psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.10-14.
- NEME, B. (Org.). **Obstetria básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 70-102.
- NEUENFELDT, E. G. Fertilidade e infertilidade na Bíblia: suspeitas a partir da teologia feminista. **Revista Aulas**. Dossiê Religião n. 4 – abril /julho 2007. Organização: Karina K. Bellotti e Mairon Escorsi Valério.
- NIVEN, C. A.; BRODIE, E. E. Memory for labor pain: context and quality. **Pain**, v. 64, n. 2, p. 387-392, 1996.
- ODENT, M. **A cientificação do amor**. Tradutor Talita Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, set./out. 2002.
- ORANGE, F. A.; AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma Maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 25, n. 1, p. 45-52, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a07v25n1.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde Materna e Neonatal / Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Genebra – Suíça. Grupo Técnico de Tradução: Ministério da Saúde, Brasil. 1996. 53 p.
- OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 105, n. 1/2, p. 3-9, jan./fev. 1995.
- PEREIRA, R. I. C.; CECATTI, J. G.; OLIVEIRA, A. S. Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 7, n. 3, p. 79-84, set./dez. 1998.
- PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e Cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo (SP): Summus Editora; 1999. p.159-173.
- PINTO, C. M. S.; ROCHA, E. A.; SILVA, M. J. P. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 47, p. 31-34, abr. 2002.
- PIOTROWSKI, K.A. Cuidado de enfermagem durante o parto e o nascimento. In: LOWDERMILK, L. D.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 356-414.
- POLLOCK, A. J. **A mulher: seu lugar nas escrituras**. 2005. Disponível em: <<http://www.stories.org.br/textos/mle.html>>. Acesso em: 03 jan. 2009.
- PORTNOI, A. G.; NOGUEIRA, M.; MAEDA, F. L. O enfrentamento da dor. In: ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípio e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 294-301.
- PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 16, n. 1, p. 36-41, 2008.

- REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério a Saúde para o parto humanizado em um hospital e Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (sup), p. 221-230, 2005.
- REZENDE, R. J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 11ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.
- RODRÍGUEZ, P. C. G. **Educação para o parto**: uma contribuição para o alcance da maternidade segura. 2007. 116 p. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública)– Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- ROWLANDS, S.; PERMEZEL, M. Physiology of pain in labour. **Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology**, Baillière Tindall, v. 12, n. 3, p. 347-362, sep. 1998.
- SAITO, E. **Da obtenção de informação ao esquecimento**: a vivência da dor em um Hospital-Escola. 1999. 172 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.
- SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. A importância do enfoque cultural na compreensão da dor de parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 148-155, maio/ago. 2002a.
- SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. A participação da família na perspectiva da vivência da dor de parto. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 119-124, jul./dez. 2002b.
- SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. Preocupando-se com a futura vivência da dor de parto e a sua expressão durante o trabalho de parto. BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002c, São Paulo. **Anais online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200031&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 19 mar. 2009.
- SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, jul. 2001.
- SCHIRMER, J. Assistência ao parto: novas diretrizes governamentais. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, número especial, p. 214-221, 2000.
- SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
- SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez 2001.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004a.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004b.

SESCATO, A.C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 585-590, out./dez. 2008.

SIDORENKO, V. N. Clinical application of medical resonance therapy music in high-risk pregnancies. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 35, n. 3, p.199-207, 2000. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/g2k377w2t0377810/fulltext.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-135, 2007.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2005.

SILVA, V. As dores de parto e o nascimento na literatura bíblica. **Revista Estudos Bíblicos**. Editora Apocalíptica. Petrópolis. Vozes. N.65. 2000. p. 9-25. Disponível em:<<http://www.itf.org.br/index.php?pg=conteudo&revistaid=4%20...&fasciculoid=19&sumarioid=143>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

SIMKIN, P. P.; O'HARA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, Suppl, S131-159, 2002.

SIMKIN, P.; BOLDING, A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 49, n. 6, p. 489-504, Nov./Dec. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). **Classificação da dor**. 2006. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/sbed.asp>>. Acesso em: 19 set. 2008.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOUZA, L. M. **A dor do parto**: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos. 2007. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2007.

SOUZA, M. R. Uma contribuição ao debate sobre partos cesáreos: estudo prospectivo no Município de São Paulo. 2001. 166 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2001

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dez. 2004.

TEIXEIRA, M. J. et al. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. **Revista Médica**, São Paulo, v. 78, n. 2, p. 85-114, 1999.

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

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, S419-427, 2003.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 376 p. Tese (Doutorado em Antropologia)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VALE, N. B.; DELFINO, J. As nove premissas anestesiológicas da Bíblia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n. 1, p. 127-136, 2003.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2001. 200 p.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. Institucionalização do parto e humanização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 696 p.

Apêndices

APÊNDICE A

	Projeto de pesquisa REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOR DO PARTO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA	
---	---	---

Pesquisadores¹**Nilza Alves Marques Almeida – Doutoranda***Professora, Faculdade de Enfermagem, UFG***Marcelo Medeiros – Orientador***Professor, Faculdade de Enfermagem, UFG*

Você está convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa que tem o objetivo de compreender as representações sociais da dor do parto normal como fenômeno sociocultural para mulheres no período gravídico e puerperal atendidas em uma maternidade pública de Goiânia.

Caso você aceite participar da pesquisa, realizaremos dois encontros, sendo um durante o pré-natal e outro depois, até dez dias após o nascimento de seu filho. Nesses dois encontros, conversaremos sobre o tema dor do parto normal. O primeiro encontro será realizado na maternidade, durante o seu pré-natal, ou onde você desejar. O segundo propomos que seja em sua casa, conforme sua disponibilidade, pelo fato de que você estará em período de recuperação pós-parto, cuidando intensivamente do bebê e amamentando.

Para participar deste estudo antes do parto, você precisa ter no mínimo dezoito anos, estar grávida pela primeira vez, estar cadastrada no programa de pré-natal de baixo risco da maternidade e participando das consultas desde o início da gravidez e estar com 36 semanas de gestação ou mais. Para participar do encontro depois do seu parto, você precisará ter participado da primeira entrevista, ter tido um parto normal sem anestesia, sem soro para acelerar o parto e sem o instrumento fórceps para o nascimento do bebê e aceitar receber os pesquisadores para uma segunda entrevista até dez dias depois do seu parto no lugar onde você estiver morando.

Essa pesquisa, em nossa percepção, não oferecerá riscos de qualquer natureza (física, psicológica, moral ou social) para você. Você não receberá nenhuma vantagem direta por participar deste estudo. Entretanto, outras mulheres poderão ser beneficiadas futuramente, com a implementação do atendimento pré-natal redirecionado pelo ensino sobre a compreensão da dor do parto normal e assistência ao parto com enfoque no gerenciamento da dor pelo enfermeiro.

Sua participação neste estudo inclui:

☛ Participar de dois encontros, o primeiro durante o pré-natal (a partir de 36 semanas de gestação), o segundo até 10 dias após o seu parto;

¹Se você desejar mais informações sobre esta pesquisa ou por outra razão, você poderá comunicar-se com Nilza Alves Marques Almeida (8454-3957/ 32615920), Marcelo Medeiros (8138-5561) ou com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas (3269-8338) ou da Faculdade de Enfermagem (3521- 1822).

- ✍️ 📄 Responder um questionário que será aplicado por um dos pesquisadores, contendo perguntas sobre você e sua família e dados sobre o pré-natal e parto;
- ✍️ 📄 🕒 Ser entrevistada (com uso de gravador) no dia de uma consulta pré-natal ou em uma data e horário agendado com os pesquisadores;
- ✍️ 📄 Entrar em contato com os pesquisadores por meio de ligação a cobrar quando você for para a maternidade dar à luz e, caso seu parto tenha sido normal e sem anestesia, para participar de uma segunda entrevista individual até no máximo dez dias depois do seu parto no lugar onde você estiver morando;
- 📄 🕒 Estar na maternidade na data e horário agendado para a primeira entrevista e em seu domicílio para a segunda entrevista;
- 🕒 Cada encontro pode durar cerca de duas horas;
- 🎧 Toda a conversa da entrevista será gravada em fita, para facilitar o trabalho dos pesquisadores durante a análise dos dados;

✓ Os resultados desta pesquisa serão apresentados ao Programa de Ciências da Saúde do Convênio UNB/UFG/UFMS em forma de tese de doutorado, defendida perante uma banca de professores avaliadores do estudo, e também divulgados em revistas científicas, congressos e seminários. Entretanto, em nenhum momento a sua identidade será revelada.

✓ O seu nome e de todas as outras participantes serão trocados por nomes de flores para garantir que você não seja identificada nem que seus comentários possam ser ligados à sua pessoa. Isso quer dizer que o seu anonimato será mantido e que as informações fornecidas por você serão confidenciais.

✓ Todos os documentos resultantes deste estudo (anotações, fitas, questionários) serão conservados em armários com chave e destruídos cinco anos depois do final do estudo.

✓ Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você está livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no pré-natal e no parto. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou participar da discussão. E, ainda, você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo.

✓ Você não receberá nenhum benefício direto desta pesquisa. Mas os resultados poderão ser utilizados futuramente como diretriz para preparar outras mulheres para a dor do parto durante o pré-natal. O estudo poderá também subsidiar a implementação de políticas públicas de avaliação e medidas de controle e redução de dor durante o trabalho de parto e o parto, considerando o contexto sociocultural da mulher, suas experiências anteriores e o significado da dor.

✓ Você não terá nenhum benefício financeiro para ou por participar deste estudo, mas também não terá qualquer despesa para isso:

- disponibilizaremos passagens de ônibus (sitpass) para você comparecer ao primeiro encontro na maternidade;
- serviremos um lanche para você antes ou após os encontros;
- no segundo encontro após o parto, garantiremos a presença de estudantes da Faculdade de Enfermagem, com disponibilidade e capacitação para cuidar de seu filho com segurança e no mesmo local da entrevista a fim de garantir que você participe com tranquilidade.

OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!
Projeto de pesquisa

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOR DO PARTO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA

Declaração de consentimento do sujeito de participação na pesquisa

Eu _____, RG nº _____, li e/ou compreendi o conteúdo deste formulário. Eu certifico que ele foi explicado verbalmente pela pesquisadora Nilza Alves Marques Almeida. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e elas foram respondidas de forma clara e satisfatória. Estou ciente de que sou livre para participar ou não deste estudo e que também sou livre para deixar o estudo a qualquer momento e que não vou sofrer nenhum prejuízo ou pressão por isso. Certifico ainda que me foi concedido o tempo necessário para tomar a decisão quanto à participação voluntária. Eu, abaixo assinado, aceito participar deste estudo.

Nome da participante	Assinatura
Data: ___/___/_____	Assinatura Dactiloscópica
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>

Declaração do pesquisador

Eu certifico ter explicado à participante o conteúdo deste termo de consentimento, ter respondido suas questões, ter explicado claramente que ela é livre para deixar o estudo a qualquer momento e ter fornecido a ela uma cópia assinada deste formulário.

Nome da pesquisadora	Assinatura
Data ___/___/_____	

Declaração das testemunhas

Presenciamos a solicitação de consentimento, os esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do sujeito em participar.

Nome da 1ª Testemunha	Assinatura
Nome da 2ª Testemunha	Assinatura

- Observações complementares:

APÊNDICE B	Protocolo de características socioeconômicas, demográficas e obstétricas do período pré-natal – 1º encontro
A DOR DO PARTO NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	

Data:..... Horário:.....

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Data de nascimento __/__/__
 Naturalidade: _____ Idade _____
 Endereço _____
 Referência: _____ Telefone(s): _____
 Contato: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Situação funcional: empregada desempregada autônoma outra _____
 Profissão/Ocupação: _____
 Escolaridade: analfabeta 1º grau incompleto 1º grau completo
 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto 3º grau completo
 Estado civil:
 solteira casada união estável separada divorciada outro
 Renda mensal familiar em salários mínimos _____
 Situação de moradia: própria cedida alugada financiada outra _____
 Religião _____ Praticante: sim não

3. HÁBITOS PESSOAIS ATUAIS

Consumo de cigarro _____ Consumo de bebida alcoólica _____ Outro _____

4. ANTECEDENTES

Clínicos/ patológicos _____ Cirúrgicos _____
 Já vivenciou alguma dor intensa? _____

5. GRAVIDEZ ATUAL

atividade física regular preparo para o parto _____

Nº de consultas de pré-natal: _____	Data provável do parto: _____
Data da última menstruação: _____	Idade gestacional: _____

Apresentou complicações/intercorrência na gravidez? sim _____ não
 Fez uso de medicamentos? sim Qual e finalidade? _____ não

APÊNDICE C	Protocolo de entrevista no período pré-natal –1º encontro
A DOR DO PARTO NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA NO PERÍODO PRÉ-NATAL

- Descreva para mim o que é a dor do parto para você.
- Conte como e onde você obteve informações sobre a dor do parto.
- Fale sobre as suas expectativas em relação à dor durante o parto.
- O que você sente quando se fala em dor do parto?
- O que significa a dor do parto para você?

APÊNDICE E	Protocolo de entrevista pós-parto – 2º encontro
A DOR DO PARTO NA PERSPECTIVA E VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA DURANTE A VISITA DOMICILIAR

- Conte como foi seu parto.
- Fale sobre sua experiência de dor desde a chegada na maternidade até o parto.
- Conte como você se sentiu e se comportou diante a dor.
- Descreva o que é a dor do parto para você agora.
- O que você diria sobre sua experiência de dor para outra mulher que ainda não teve parto?

Anexos

ANEXO A

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer, aprovar e autorizar a realização do projeto de pesquisa intitulado “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOR DO PARTO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA” nas unidades de pré-natal e de internação para assistência ao parto pela doutoranda Nilza Alves Marques Almeida do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde - Rede Centro Oeste - UnB/UFMG/UFMS.

Aos vinte e sete dias do mês de julho de dois mil e seis, direção técnica da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

Diretor Técnico da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

Dr. Renato Ribeiro Facury.

Dr. Renato Ribeiro Facury

Diretor Técnico - Maternidade

CPF: 202.425.816-68

CRM 2241

ANEXO B



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 104/2006

Goiânia, 31/08/2006

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Enfª Nilza Alves Marques Almeida

TÍTULO: Representações Sociais da Dor do parto para Gestantes e Puérperas Atendidas em uma Maternidade Pública em Goiânia

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise, aprovou sem restrições, o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG