



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

Priscila Torres de Brito

**EXPERIÊNCIAS NA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES EM CONTEXTO
POPULAR DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, 2015.

Priscila Torres de Brito

**EXPERIÊNCIAS NA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES EM CONTEXTO
POPULAR DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCe como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof.^a. Dr.^a Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Brasília, 2015.

**EXPERIÊNCIAS NA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES EM CONTEXTO
POPULAR DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Priscila Torres de Brito

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCe como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ___/___/___

Prof.^a. Dr.^a Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Orientadora

Prof.^a. Dr.^a Larissa Grandi Vaistman Bastos

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Avaliadora

Prof. Dr. José Antonio Iturri, de La Mata

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Avaliador

Brasília, 07 de Dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e familiares, aos professores e amigos que contribuíram com minha formação, ao longo da graduação, ao Lucas Felipe e às mulheres participantes deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades concedidas. Aos meus pais e familiares pelo incentivo e apoio aos meus estudos. Aos professores que contribuíram com minha formação acadêmica e profissional. Aos amigos, e colegas da 7ª turma da graduação em Saúde Coletiva, em especial Tâmara Rios e Núbia Patrícia. Agradeço ao Lucas Felipe, pelo apoio e motivação. A orientadora deste trabalho, Sílvia Maria Ferreira Guimarães, pela dedicação e aprendizado que me proporcionou. Aos colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB. Às participantes deste trabalho que contribuíram com minha formação e aos demais participantes de projetos de pesquisa e extensão que foram desenvolvidos durante a graduação. Agradeço à Universidade de Brasília.

RESUMO:

Introdução: A gestação e nascimento são processos que passaram por inúmeras transformações ao longo do tempo. O parto, historicamente, foi vivenciado na esfera familiar e doméstica, e com o advento das tecnologias em saúde foi transferido para o ambiente hospitalar, institucional, onde a mulher passa a ser objeto deste processo. O objetivo deste trabalho é propor uma reflexão a respeito dos momentos da gestação, pré-natal, parto e pós-parto em contexto popular de saúde no Distrito Federal. Considera-se que os marcadores sociais da diferença influem na assistência à saúde destas mulheres provocando práticas violentas. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica com observação participante, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com dez mulheres no Distrito Federal, por critério de saturação. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise dos dados se deu a partir da criação de categorias. **Resultados e Discussão:** Foram identificadas cinco grandes categorias de análise: descobrindo a gravidez, vivendo a gestação, vivendo o parto, após o parto, a recuperação e cuidando da criança recém-nascida, uso dos sistemas público ou privado. **Considerações Finais:** Os serviços de saúde seguem o modelo tecnocrático de assistência à saúde, sendo necessário uma mudança de paradigma, no sentido de incorporar e efetivar as práticas humanizadas e fazer valer os direitos das usuárias. Ficam como desafios para os serviços de saúde, a efetiva implementação das políticas e programas voltados para a saúde da mulher e atenção materno-infantil, com foco na qualidade da assistência e nas práticas humanizadas, que implicaria na mudança do modelo tecnocrático e nos processos de trabalho.

Palavras Chave: Parto, Gestação, Classe popular, Políticas de Saúde e Cuidados populares em saúde.

ABSTRACT:

Introduction: Pregnancy and birth are processes that have gone through many changes over time. Childbirth, historically, was experienced in family and domestic sphere, and with the advent of health technology was transferred to the hospital, institutional environment, where the woman becomes the object of this process. The objective of this paper is to propose a reflection on the moments of pregnancy, prenatal, delivery and postpartum in popular health context in the Distrito Federal. It is considered that the social markers of difference influence in health care these women causing violent practices.

Methods: A qualitative study of ethnographic approach with participant observation, semi-structured interviews were conducted with ten women in the Distrito Federal, the criterion of saturation. The interviews were recorded and transcribed. Data analysis was performed based on the creation of categories.

Results and Discussion: Five major categories of analysis were identified: discovering the pregnancy, living the pregnancy, live birth, postpartum recovery and taking care of the newborn child, use of public or private systems. **Final Thoughts:** Health services follow the technocratic model of health care, requiring a paradigm shift, to incorporate and effect the humanized practices and enforce the rights of users. Remain as challenges for health services, the effective implementation of policies and programs for women's health and maternal and child care, focusing on quality of care and the humanized practices, which would imply in changing the technocratic model and processes work.

Keywords: Childbirth, Pregnancy, popular class, Health Policy and popular health care.

LISTA DE SIGLAS

Conferência Nacional de Saúde – CNS

Conselho Nacional de Saúde – CNS

Constituição Federal – CF

Determinantes Sociais de Saúde – DSS

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB

Hospital Regional de Ceilândia – HRC

Hospital Regional de Taguatinga – HRT

Hospital Universitário de Brasília – HUB

Leis Orgânicas da Saúde – LOS

Organização Mundial de Saúde – OMS

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal - PNAON

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM

Programa de Ensino para o Trabalho – PET

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN

Programa de Saúde da Família – PSF

Programa de Saúde Materno Infantil – PSMI

Rede Cegonha – RC

Reforma Sanitária Brasileira – RSB

Sistema Único de Saúde – SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do Tempo e Marcos Históricos das Políticas e Programas da Mulher e Saúde Materno-Infantil.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das Entrevistadas

Quadro 2 – Roteiro de Entrevistas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivo Geral.....	17
1.2	Objetivos Específicos.....	17
2	MARCO TEÓRICO: ENCONTRANDO O TEMA NA LITERATURA	18
2.1	Panorama das Políticas de Saúde da Mulher e Materno-Infantil	18
2.2	A Questão de Gênero e a Saúde da Mulher	21
2.3	Violência e a Saúde da Mulher	22
2.4	Classe Popular: As Mulheres de Baixa Renda	24
2.5	Medicinas Populares, Cuidados Populares, Parteiras e o Sistema de Saúde	25
2.6	Humanização e Presença do Acompanhante.....	27
2.7	Cesárea X Parto Normal	28
3	METODOLOGIA	29
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	Descobrimo a gravidez.....	34
4.2	Vivendo a gestação	43
4.3	Vivendo o parto	46
4.4	Após o parto, a recuperação e cuidando da criança recém-nascida.....	58
4.5	Uso dos sistemas público ou privado	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
7	APÊNDICE	79

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o nascimento de uma criança em vários grupos sociais, no Brasil, são vistos como um marco na vida das famílias, fato que é esperado e idealizado. Devem ser percebidos para além de um processo unicamente fisiológico, pois envolvem aspectos, psicológicos, culturais, econômicos e socialmente designados pelo gênero (DIAS & DESLANDES, 2006; BEZERRA & CARDOSO, 2006). A preocupação deste trabalho está em compreender como mulheres de contextos populares vivenciam e pensam sobre a gestação, o parto e o pós-parto. Nesse sentido, diante dessa experiência multidimensional, este trabalho pretende focar nos contextos socioculturais.

Ao longo do século XX, no Brasil, se intensificaram o desenvolvimento tecnológico e a industrialização. Os centros urbanos passaram a ser o local de concentração desse avanço, especialmente, as capitais do país. Ao mesmo tempo, ocorreu uma mudança no desenho demográfico da população brasileira, a maior parte desta passou a viver nas cidades. Nesse percurso, também, intensificou-se a criação de hospitais em locais que passaram a concentrar as ações de assistência à saúde. Assim, as novas tecnologias voltadas ao parto, produzidas pelo conhecimento científico ocidental, se restringiam às cidades, enquanto, no interior, as parteiras dominavam a cena. (CECAGNO & ALMEIDA, 2004).

O parto domiciliar tradicional, que era uma experiência do contexto feminino, íntimo, passou a ser medicalizado, dominado pelos saberes da medicina ocidental e institucionalizado através da imposição de ambientes hospitalares e da criação de políticas públicas (MAIA, 2010). O parto deixou de ser uma atividade empírica realizada por pessoas que desenvolviam esse conhecimento a partir de contextos localizados e tornou-se um ato científico ocidental e institucional. A ênfase nas tecnologias e na estrutura hospitalar levou o nascimento a ser cercado de procedimentos técnicos, os quais eram vistos como permitindo uma maior segurança no parto. O contraponto disso foi o distanciamento da família, do componente humano e afetivo (ACKER *et al.*, 2006).

Diante desse quadro, percebe-se que o novo contexto institucional e de intervenções não favoreceu o processo de acolhimento e humanização. A mulher que, anteriormente, com o trabalho das parteiras tinha o papel de sujeito protagonista do seu parto, tornou-se objeto do trabalho exercido no ambiente hospitalar. Assim:

Acredita-se que, apesar dos benefícios da institucionalização o parto tornou-se de caráter técnico, impessoal, com pouca ou nenhuma afetividade, excluindo a participação da família e tornando esse momento singular uma experiência sofrida e fria, no qual a mulher é considerada um objeto (CECAGNO & ALMEIDA, 2004 p.410).

Segundo Cecagno e Almeida (2004), a institucionalização do parto trouxe inúmeros benefícios, os quais são inegáveis na preservação da vida. No entanto, a mulher passou a ser tratada como objeto, de maneira impessoal e fria causando sofrimentos e excluindo a participação da família desse processo. A ênfase dada a tecnologias “duras”, isto é, aos equipamentos e saberes estruturados, não acompanhou o desenvolvimento em tecnologias “leves” (MEHRY & FEUERWERKER, 2009). De acordo com Mehry e Feuerwerker (2009), tecnologias “leves” são aquelas que permitem:

[...] a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (op. cit.: 6-7).

O investimento em processos de trabalho que estejam pautados na construção de vínculos, em projetos terapêuticos compartilhados com os sujeitos e no diálogo, não aconteceu. Ao se enfatizar o desenvolvimento tecnológico em máquinas, equipamentos e medicamentos, deixou-se de lado o investimento em outras dimensões que compõem os serviços de saúde. A cena do parto foi marcada de maneira avassaladora por esse processo.

Segundo os Indicadores e Dados Básicos do Brasil, de 2012, a proporção de partos hospitalares no Distrito Federal, em 2011, foi de 99,22%. Segundo Malheiros *et. al.* (2012), o Brasil é um dos campeões em cesáreas, que, em sua maioria, são realizadas sem indicação clínica precisa, logo é preciso que haja uma mudança deste cenário. De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Brasil, 52% dos partos são cesarianas, sendo que 46% ocorrem no setor público e 88% no setor suplementar (LEAL & GAMA, 2014). Estes dados divergem do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda abaixo de 15%

de partos cesarianos, e indicam o uso abusivo e desnecessário desse procedimento. De acordo com a OMS:

[...]o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

Para Maia (2010:39), “as taxas globais de cesariana, no Brasil, estão em torno de 40% de todos os partos, e são extremamente desiguais quando se considera o status socioeconômico das mulheres”. Para Teixeira e Pereira (2006), mulheres de classe popular, no contexto de partos hospitalares estão mais expostas ao Sistema Único de Saúde e isto pode ser encarado como um “fator de proteção”, pois é possível não viver o parto cesáreo, visto que há maior ocorrência de partos cesáreos nos serviços privados. No entanto, alguns estudos demonstram que a realização do parto natural em hospitais públicos não garante a humanização e o respeito à gestante. Brito (2013), observou em um estudo sobre experiências no parto natural em um hospital público do Distrito Federal que a protagonista do parto era a médica que contava com o apoio de uma série de técnicas interventivas (ocitocina, anestesia, episiotomia e manobra de Kristeller) enquanto a gestante encontrava-se presa numa maca no momento do parto.

Diante desse quadro de amplas intervenções desnecessárias nos serviços públicos, no Brasil, não apenas de partos cesáreos, mas também de partos naturais os quais contam com uma gama de procedimentos como a episiotomia¹, o parto fórceps² e a manobra de kristeller³, por exemplo. Este trabalho propõe uma reflexão a respeito das vivências de mulheres de classe popular no pré-natal, parto e pós-parto no Distrito Federal.

Esta pesquisa justifica-se devido à relevância do tema para a saúde pública no âmbito dos sistemas de saúde, dado a complexidade de trabalhar com mulheres gestantes

¹ Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura (ZANETTI, 2009, p. 368).

² O parto fórceps é realizado com um instrumento, fórceps obstétrico destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal de parto (CUNHA, 2011, p. 550).

³ Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (CIELLO *et al.*, 2012).

no pré-natal, no momento do parto e pós-parto com o recorte de classe popular em saúde nos sistemas público e privado. A classe social assim como o gênero, a etnia, a cor, a ocupação, o local de moradia são marcadores sociais da diferença, criados socialmente quando as pessoas ou grupos sociais são dispostos em uma hierarquia. Na sociedade brasileira, isso faz com que o pertencimento social do sujeito, isto é, seu gênero, onde você vive, qual a cor da sua pele, sua profissão, quem é sua família, tenha um peso determinante no acesso a serviços e tecnologias de saúde. Os marcadores sociais da diferença revelam como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias entre as pessoas. Essas diferenças criam a desigualdade social, que é pensada como “natural” pela sociedade.

Há discriminação e preconceito inseridos nos serviços de saúde que transformam a desigualdade social em desigualdade em saúde. Por conseguinte, Buss e Pellegrini Filho (2007), afirmam que essas são características sociais dentro das quais a vida transcorre, isto é, fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos entre tantos outros estão relacionadas às condições de saúde e fatores de risco, gerando desigualdades e iniquidades em saúde.

A discussão deste trabalho se insere no campo da Saúde Coletiva, especialmente no contexto das Ciências Sociais, pois pretende analisar a maneira como mulheres de grupos populares pensam e vivenciam a gestação, o parto, o pós-parto e as relações com os serviços de saúde. Para este trabalho, classe popular é definida como a classe trabalhadora que está inserida em contextos sociais excludentes, vive na periferia de grandes cidades e com uma renda mínima. Aqui, o enfoque de gênero é um elemento central, pois ser mulher é um marcador social da diferença que a situa em contextos de desigualdade, externalizado na violência contra a mulher. Na saúde, a violência institucional contra a mulher é um tema recorrente (COROSSACZ, 2009).

Baseado na hipótese de que pode ocorrer maior número de intervenções ou violações de direitos durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto de mulheres de classe popular, este trabalho pretende realizar uma pequena imersão por meio da pesquisa qualitativa sobre o campo onde se dão negociações, agenciamentos na busca pelo cuidado de mulheres de classe popular, no Distrito Federal, Assim, este trabalho pretende analisar as experiências relatadas a respeito das vivências nos serviços de saúde e dos cuidados populares em saúde.

O interesse pelo tema surgiu de uma inquietação que apresentei ao longo do curso de graduação em Saúde Coletiva em saber como e por que ocorreram as mudanças no modelo de atenção ao parto, no Brasil, e como essas são recebidas por mulheres de classe popular. Acredito, também, que a realização de uma pesquisa de campo e a aproximação com os usuários do sistema de saúde são vivências fundamentais para a formação do Bacharel em Saúde Coletiva, pois, por meio destas experiências, é possível compreender a maneira com as pessoas vivenciam e acionam os serviços de saúde, como são recebidos, quais conflitos ocorrem. A partir deste olhar sobre a microdinâmica dos processos que configuram o acesso aos serviços de saúde, é possível mapear as demandas das mulheres para o sistema, o que auxiliará na tomada de decisão, no planejamento e na alocação de recursos para a realização de ações e serviços de saúde a serem ofertados à população.

O tema dessa monografia foi se consolidando ao longo do curso de graduação a partir de, principalmente, duas atividades que desenvolvi. A primeira experiência aconteceu com projeto de pesquisa e extensão “Sistemas médicos de terapeutas populares no DF e entorno”, coordenado pela Professora Silvia Guimarães e que contou com a participação de vários estudantes do curso de Saúde Coletiva e de outros cursos da Faculdade da Ceilândia. A partir desse projeto pude fazer uma imersão no universo dos terapeutas populares, que utilizam tecnologias “leves” em suas práticas e que apresentam um amplo conhecimento sobre a medicina popular, sabem acolher seus “clientes”, praticam a escuta e têm em suas práticas a eficácia legitimada e reconhecida pela comunidade. Outra atividade foi a minha participação no Programa de Ensino para o Trabalho (PET) Rede Cegonha, coordenador pelo Professor José Antonio Iturri, o qual trabalhou a implementação e monitoramento das ações da Rede Cegonha (RC) no Distrito Federal, possibilitando a minha entrada, como estudante de Saúde Coletiva, nos serviços da atenção básica e da média complexidade. A partir desta oportunidade, foi possível presenciar a rotina de trabalho do Programa de Saúde da Família (PSF), consultas de pré-natal, o fluxo do serviço na atenção materno infantil e dois partos cesáreos no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), a vivência com o universo dos serviços de saúde e as usuárias gestantes e mães.

1.1 Objetivo Geral

Propor uma reflexão a respeito dos momentos da gestação, pré-natal, parto e pós-parto em contexto popular de saúde no Distrito Federal.

1.2 Objetivos Específicos

Descrever, por meio de uma revisão bibliográfica, os processos históricos do modelo de atenção à saúde e as políticas e programas de atenção ao parto e nascimento no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Refletir sobre as práticas de cuidados populares, o uso de tecnologias e a rede de cuidados populares durante a gestação, parto e pós-parto;

Analisar como as mulheres vivenciam os serviços de saúde no que se refere aos cuidados no pré-natal, parto e pós-parto.

2 MARCO TEÓRICO: ENCONTRANDO O TEMA NA LITERATURA

2.1 Panorama das Políticas de Saúde da Mulher e Materno-Infantil

Até o advento do Sistema Único de Saúde, pode-se dizer que ainda não havia um modelo de organização sanitária, no Brasil, para todas e todos. Segundo Paim (2009:27), havia uma “espécie de não sistema de saúde”. A assistência aos mais carentes era ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia.

O início do século XX foi marcado pela criação de campanhas contra as epidemias e dos primeiros códigos sanitários. Nessa época, as ações em saúde visavam combater as doenças e a saúde era tratada como caso de polícia e não como uma questão social (PAIM, 2009). Com o início da previdência social, algumas ações voltadas para a saúde passaram a ser vinculadas ao setor, e os trabalhadores formais passaram a ter acesso a algum tipo de assistência médico-hospitalar (op. cit.). O direito à saúde e a assistência estiveram vinculadas, exclusivamente, à previdência social e aos serviços privados, nas diversas conformações, fazendo parte do sistema de seguridade social. A atual Constituição Federal, de 1988, no seu artigo 194 apresenta essa vinculação da saúde, com a previdência e a assistência social, mas para o exercício desse direito ampliou-se a figura do cidadão.

O processo de construção da saúde pública aconteceu com a separação em: ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar. Para Maia (2010), o processo de construção da assistência à saúde, no Brasil, fortaleceu, privilegiou e legitimou as práticas médico-hospitalares. Nesse contexto, a assistência ao parto consolidou-se como um modelo tecnocrático, o qual apresenta dois desfechos para a parturiente: um parto normal intervencionista e traumático ou uma cesárea. De acordo com Maia:

O parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico de assistência ao parto. Tal modelo de assistência ao parto tem sido denominado de “modelo tecnocrático” (MAIA, 2010. p. 36).

Para Davis-Floyd (2000), no caso da assistência materno-infantil, o modelo tecnocrático possui como elementos estruturantes a separação do corpo e da mente, a visão do corpo como objeto ou máquina que necessita de reparos, o tratamento impessoal

e não afetuosos nos serviços de saúde, o predomínio da ideologia do uso de tecnologias como uma forma de poder político, a autonomia e autoridade centradas nos profissionais de saúde e não na mulher, entre outras práticas e características que valorizam os saberes científicos e tecnológicos hegemônicos no campo da saúde materno-infantil.

Durante as décadas de 1930, 1950 e 1970 os programas de saúde da mulher limitavam-se à gestação e ao parto, sendo o enfoque de saúde exclusivamente materno-infantil. Esta característica foi alvo de críticas, pois relacionava a saúde da mulher apenas a questões reprodutivas, fragmentando a assistência (BRASIL, 2004). Essa postura reafirmava a maneira preconceituosa como parte da sociedade pensava o papel da mulher como simples reprodutora na sociedade. A abordagem materno-infantil foi base para os serviços de saúde pública, no Brasil, este foi um aspecto enfatizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil em países periféricos (COSTA, 2012). Mas, deve-se enfatizar que não continha outros problemas que afetam a saúde da mulher e que, atualmente, são enfatizados como câncer de mama, câncer de ovário e etc.

Entre as décadas de 1960 e 1980, antes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) foi criado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que assistia à população pobre não coberta pelo sistema previdenciário, eram oferecidas ações voltadas ao pré-natal e puerpério. Em 1983, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o programa destacou a integralidade em saúde, teve com público-alvo as mulheres em todas as fases da vida, contemplou o planejamento familiar, incluiu os novos valores sobre o papel da mulher na sociedade e a vivência de sua sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos (COSTA, 2012).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), desencadeada pelo movimento sanitário, foi construída com base nos valores da democracia. Constituiu-se de um movimento social que articulou o campo e a cidade e foi composto por diversos segmentos populares da sociedade como estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, pequenos agricultores entre outros. A proposta era de redemocratizar a saúde, este movimento teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que culminou na redação do relatório final da conferência e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que discorriam sobre os princípios e diretrizes do novo sistema de saúde. Em 1988, com a nova Constituição Brasileira a saúde deixa de ser vinculada a condição de trabalhador formal e passa a ser reconhecida como um direito ligado a condição de cidadania, a saúde tornou-se direito social (PAIM, 2009).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007).

Após a promulgação do direito à saúde, em 1988, passa a ser por meio de políticas de saúde que se deve concretizar a assistência à saúde dos indivíduos e grupos sociais. No âmbito da saúde da mulher e da atenção materno-infantil, há várias políticas e programas que norteiam o funcionamento dos serviços.

No ano de 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual visa “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido” (BRASIL, 2002: 5.)

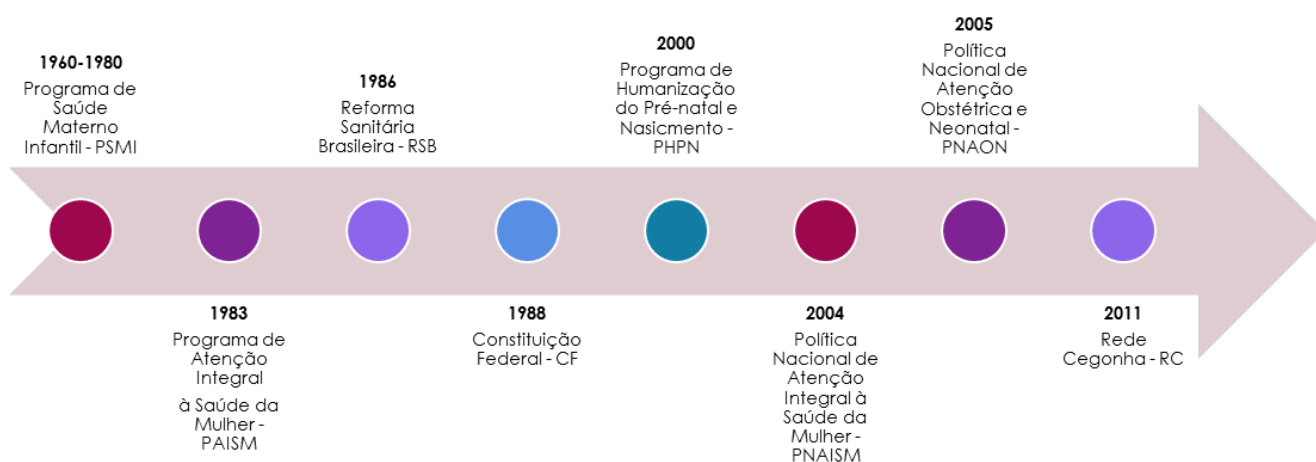
Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), incorporando os valores do PAISM e trazendo com maior força a questão de gênero com relação à qualidade de vida e saúde das mulheres e trouxe à tona as especificidades de segmentos sociais de mulheres (COSTA, 2012). A política se destina a população feminina acima de dez anos de idade, atendendo as mulheres em idade fértil e a população mais idosa, que devido a mudanças no perfil demográfico da população brasileira trouxe novas demandas e especificidades em saúde como os adoecimentos crônicos. As diretrizes da política contemplam mulheres de todos os ciclos de vida e de todos os grupos específicos visando à promoção da saúde, o controle das patologias mais prevalentes, humanização das práticas em saúde, compreensão do contexto social, integralidade nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, tendo como base, em todas as propostas, a condição de gênero, cor e etnia da população feminina (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), de 2005, atualiza no âmbito da assistência e da gestão alguns componentes instituídos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. O objetivo da política é incrementar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção e assistência a gestantes e recém-nascidos. (BRASIL, 2005b)

A Rede Cegonha (RC) foi criada em 2011, como parte das ações da rede de atenção materno-infantil e contempla os cuidados com a saúde das mulheres em relação aos direitos reprodutivos e atenção humanizada na gestação, parto e puerpério e prevê também ações que garantam o nascimento seguro, acompanhamento e desenvolvimento

saudável da criança. (COSTA, 2012) A Rede Cegonha é fundamentada em quatro componentes principais: o conjunto do pré-natal, parto e nascimento; o puerpério; a atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico. Possui três objetivos, os quais são: reduzir a mortalidade materna e infantil, reorganizar a rede de atenção materno-infantil e propor um novo modelo de atenção à saúde materno-infantil com atenção especial ao parto, nascimento e assistência à criança de zero a vinte e quatro meses. (BRASIL, 2011)

Figura 1 – Linha do Tempo e Marcos Históricos das Políticas e Programas da Mulher e Saúde Materno-Infantil.



Fonte: Elaboração Própria, 2015.

2.2 A Questão de Gênero e a Saúde da Mulher

O conceito de gênero é amplamente discutido, pois marca uma diferença construída socialmente entre as pessoas, a maneira como se definem e o papel que desempenham na sociedade. No imaginário hegemônico encontrado no Brasil, há a ideia de que homens e mulheres, marcados por seus órgãos biológicos têm suas funções naturalizadas e determinadas segundo suas características biológicas. Assim, a mulher está ligada ao papel da reprodução, do ambiente doméstico e do cuidado com a família, já o homem está relacionado às funções de sustento e manutenção econômica do núcleo

familiar, às tarefas nos ambientes públicos, políticos e econômicos da sociedade (KESSING & STRATHERN, 2014).

No entanto, observa-se que a construção dos indivíduos nos diversos grupos sociais, no Brasil, vai muito além da figura do homem e da mulher com as características citadas. Desse modo, não é possível deduzir os papéis de gênero de universais fisiológicos (KESSING & STRATHERN, 2014). Há uma variabilidade e significados de papéis de gênero, ocupando os papéis mais diversos na sociedade para além do corpo biológico e o redefinindo, reconfigurando suas corporalidades. Diante desse fato, as políticas de saúde para mulher deveriam dar conta dessa diversidade de modos de ser mulher na nossa sociedade.

O gênero pode ser considerado um marcador social da diferença onde as pessoas são hierarquizadas e inseridas em contextos de desigualdade social. Costa (2012), exemplifica um caso na saúde onde o conceito de gênero influi consideravelmente, que seria nas relações entre usuários e profissionais:

As relações de poder desigual entre homens e mulheres, que estão na base do conceito de gênero, também ocorrem nas relações entre mulheres e profissionais de saúde e, de mesmo modo, de forma desfavorável às mulheres. A assimetria de conhecimentos entre as mulheres usuárias e os profissionais na tomada de decisões no âmbito da prática médica está sustentada pelo conhecimento científico, cujo detentor é a autoridade médica e, por extensão os serviços de atenção à saúde. Essa assimetria constitui uma barreira entre os profissionais e os usuários e, de forma particular, as usuárias (COSTA, 2012.p. 997).

Mesmo quando os profissionais de saúde são mulheres atendendo outras mulheres, igualadas pela condição feminina, há a diferenciação não por questões de gênero, mas sim de classe social, cor, escolaridade e ocupação, por exercer um determinado cargo ou função na que lhe confere “poder” sobre os outros (TEIXEIRA & PEREIRA, 2006).

2.3 Violência e a Saúde da Mulher

A violência é um elemento marcante no campo da saúde, principalmente, a violência contra a mulher, fundamentada na questão de gênero, cor e classe social. No Brasil, a violência é a realidade de muitas mulheres, especialmente, a violência de gênero, isto é, agressões dirigidas às mulheres pelo fato de serem mulheres (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999). Segundo Gomes (2003), vários estudos apontam que, ao longo da

vida de uma mulher, as mulheres estão submetidas a controles e colonização de seu corpo e de sua vida, além da violência explícita. Esses atos de violência mantêm a hierarquia de gênero, isto é, o controle do masculino e do patriarcado. No imaginário hegemônico perpetua esse cenário de dominação e violência. É considerada violência contra a mulher, qualquer ato de violência motivado pela orientação de gênero, que causem danos ou sofrimentos (OMS, 1998).

Para Costa (2012), a violência pode agravar a saúde das mulheres, sendo considerada fator de risco e está ligada diretamente a baixa qualidade de vida e exposição a comportamentos vulneráveis. A violência é caracterizada pela intencionalidade de causar danos, ameaças ou atos contra si próprio ou a outras pessoas em âmbito individual ou coletivo mediante o uso de força física ou poder exercido, esta prática tem consequências físicas, psicológicas e sociais. (OMS, 1996). Segundo Minayo (2012), no âmbito da saúde:

O sentido da palavra violência está vinculado a questões sociopolíticas e de formação social e se refere à perda de reconhecimento do papel de sujeito quando rebaixado a condição de objeto, mediante o uso de poder, da força física ou de qualquer outra forma de coerção (MINAYO, 2012. p. 1011.).

Para Arendt (1999), é importante ressaltar, ainda, a diferença entre os termos violência e os tipos de poderes, pois, o poder que é exercido por meio da coerção e uso da força não é legítimo. No entanto, se há negociações, argumentações e consenso através do diálogo, esse processo torna-se legal e permite que alguém utilize do poder concedido para agir coletivamente. (ARENDRT, 1999, *apud* MINAYO, 2012, p. 1014).

Segundo Minayo (2012: 1017), a violência pode ser classificada quanto a sua natureza e quanto a sua tipologia, que se refere “[...] às expressões sociais da violência, as quais são definidas a partir de quem as comete”. No campo da saúde, há o exercício da violência institucional, que:

[...]ocorre dentro das instituições, pelo comportamento dos chefes e dos funcionários entre si, reproduzindo estruturas e relações sociais injustas. Alguns exemplos são a forma arrogante ou impessoal como profissionais de saúde tratam os pacientes e o acesso negado aos serviços de saúde no caso do sistema público (op. cit: 1017).

A violência contra a mulher em nossa sociedade foi naturalizada, motivo pelo qual alguns atos violentos são entendidos como normais, por conseguinte, a discussão sobre este tipo de violência, especificamente nos serviços de saúde, é recente (COSTA,

2012). Outro tipo de violência que ocorre, especificamente, com as mulheres nos serviços de saúde é a violência obstétrica que para Salgado, Niy e Diniz (2013):

A violência obstétrica é um termo que vem sendo cunhado, pelo movimento de mulheres, como uma variação do termo “violência na assistência ao parto”, já descrito na literatura e que engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo assistência ao aborto (SALGADO, NIY & DINIZ, 2013. p. 2.).

Para Teixeira e Pereira (2006), a violência no ambiente hospitalar tornou-se uma “cultura”, as mulheres são desrespeitadas e destratadas nas necessidades básicas, o que acarreta maior dor e sofrimento no momento do parto, praticamente inevitáveis. Observa-se a questão de gênero como estruturante para o atendimento de gestantes e parturientes nos serviços de saúde, uma vez que, em muitos casos, assumem postura passiva diante dos profissionais de saúde que lhes assistem, não questionando o atendimento que é oferecido nem as intervenções que são realizadas (SALGADO, NIY & DINIZ, 2013).

2.4 Classe Popular: As Mulheres de Baixa Renda

Para Dias e Deslandes (2006), as expectativas de mulheres de média e baixa renda quanto ao parto são diferentes. Observa-se que, para as mais pobres, o medo e associação do parto hospitalar como um evento de dor e sofrimento predominam. Além disso, essas mulheres têm em seu imaginário de que o ideal é que este termine o quanto antes. Por outro lado, para as mulheres de maior poder aquisitivo, o ideal é ter controle sobre o corpo e sobre o parto e ser pouco exposta a intervenções tecnológicas.

Quanto à humanização e a escolha de um acompanhante, também há percepções distintas segundo a classe, para a classe popular a preferência é por um acompanhante do sexo feminino, pois a maternidade está ligada a um contexto vivenciado por mulheres (TORNQUIST, 2003).

No estudo de Tornquist (2003) em um Hospital Universitário com práticas humanizadas no Sul do Brasil, observou-se que mulheres de classe popular não tinham preocupações ou preferência sobre o tipo de parto que iriam ter, o que é negociado no momento do atendimento. No entanto, mulheres de classe média planejavam este momento e ressaltavam a importância na forma de parir, este fato também era determinante para a escolha do hospital onde seus partos seriam realizados. Neste estudo, “o parto de cócoras é visto tanto pela equipe quanto pelas mulheres de camadas médias

como um ideal a ser atingido, um signo da mulher valente ou da boa parideira [...]” (op. cit:421).

Quanto ao parto cesáreo, as percepções de mulheres de classe popular e de classe média, também, foram diferenciadas, para as mulheres de classe popular a cesariana era mal vista pela dificuldade de recuperação no pós-parto, já para as mulheres de camadas médias a cesariana é sinal de fracasso (TORNQUIST, 2003).

Para Maia (2010), a população de menor poder aquisitivo ao acessar os serviços públicos tem como desfecho da gestação um parto normal traumático e intervencionista, marca do modelo tecnocrático, enquanto nos serviços privados as usuárias estabelecem uma relação de consumo e a cesariana é considerada como um marco da “modernidade” nestes serviços.

2.5 Medicinas Populares, Cuidados Populares, Parteiras e o Sistema de Saúde

As medicinas populares são entendidas no plural, pois são saberes e práticas produzidos por grupos localizados. Estão presentes em diversos contextos e, atualmente, são consideradas formas de resistência cultural e política ao sistema de saúde oficial. Faz-se mais presente no meio rural, onde os serviços de saúde, por muitas vezes, são escassos, mas também, são encontradas no meio urbano. As medicinas populares configuram-se em saberes e práticas transmitidos por meio da oralidade, de geração para a geração e que se reconstroem a todo o momento resignificando suas práticas. Com o surgimento de um sistema de saúde oficial, as medicinas populares passaram a ser um sistema não legitimado pela academia e pela ciência, entretanto continuam a existir fortemente e a serem praticadas de forma resistente e eficaz (OLIVEIRA, 1985).

Para Oliveira (1985), as medicinas populares possuem características específicas e que as qualificam como práticas eficazes e que democratizam o acesso. Assim, é:

[...]uma prática de cura que oferece respostas aos problemas de doenças e sofrimento s vividos no dia-a-dia. Ela aproxima e fortalece as relações sociais entre pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade. Além disso, ela é uma medicina barata, próxima e acessível (OLIVEIRA, 1958 p.8-9.)

As diferenças entre saberes populares e científico são profundas, no entanto apresentam também semelhanças quanto ao fato de serem formas de compreender e agir sobre o mundo e são saberes que se reconstroem a todo momento. Os saberes e práticas

populares se constituem em processos de investigação e, também, são acervos já prontos transmitidos pelas gerações anteriores (CUNHA, 2009).

As práticas populares na parturição, ainda, vigoram, no Brasil, mesmo após a institucionalização do parto, ou seja, quando este se tornou uma terapêutica indicada em ambientes hospitalares. Para ACKER *et al.* (2006), atuação das parteiras esteve presente na vida dos ameríndios no momento da invasão europeia, entre os colonizadores e continua presente até os dias de hoje em contextos populares. Essa atuação toma novos contornos, no mundo contemporâneo, por meio das obstetrias.

No século XIX, especificamente em 1832, foi criado o curso para parteiras, o qual estava voltado em capacitar essas mulheres em contexto biomédico. De acordo com ACKER *et al.*:

Em 1832, no Brasil, foi criado um curso de partos para as senhoras parteiras, para que aprendessem, de acordo com os preceitos da ciência, a maneira correta de atender as mulheres no momento do parto e dispensar os primeiros cuidados com a criança. (ACKER *et al.*, 2006 p. 649).

Com o advento da industrialização novas tecnologias vão sendo criadas e distribuídas, especialmente, nas capitais, isto contribuiu com o cenário da saúde:

No Brasil o avanço tecnológico chegou em meados do século XX e atingiu especialmente as principais capitais do país, privando o interior por vários anos. Associado a esse fator tem-se a instalação dos hospitais em poucas cidades, apenas nas de maior porte. Isso dificultava a assistência à maternidade por profissionais médicos, o que dava lugar ao papel das parteiras (CECAGNO & ALMEIDA, 2004 p.410).

No entanto, várias críticas são levantadas a respeito do trabalho das parteiras e assim outros profissionais de saúde vão se especializando para exercer esta função, caso das enfermeiras. Assim, observa-se que: “[...] a institucionalização do parto nos hospitais começou a partir de 1930, quando o índice de partos hospitalares superou o de partos domiciliares, tornando-se um ato quase que exclusivamente médico” (NEVES, 2002, *apud* ACKER *et al.*, 2006. p. 649).

Para Maia (2010), com o advento da obstetrícia, no século XIX, houve uma divisão do trabalho, as parteiras atuavam em partos “naturais”, enquanto o médico trabalhava com os casos mais complicados, até o momento presente, quando o médico passou a dominar as duas formas de parto. Cada vez mais o conhecimento popular deixa de ocupar o seu espaço na cena do parto.

Para Paim (2009), os serviços de saúde se constituem através do exercício de profissões oficiais e legitimadas, sendo que apesar de outras tecnologias e terapêuticas

interferirem no setor saúde, não fazem parte do sistema de saúde oficialmente como a medicina popular. Desse modo:

Os *serviços de saúde* envolvem o exercício legal da medicina e de outras profissões cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde, individual e coletiva. Não se incluem nesse termo a chamada “medicina popular” (rezadeiras, curandeiros etc.), nem as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Estas, apesar de interferirem sobre a saúde da população e comporem o *setor saúde* ou, mais precisamente, o *complexo produtivo da saúde* ou *complexo médico-industrial*, não fazem parte do sistema de serviços de saúde (PAIM, 2009. p. 15-16.).

No entanto, a medicina popular resiste porque seus recursos e suas terapêuticas populares atendem aos interesses e demandas da população, caso não houvesse eficácia já teria desaparecido diante da ciência erudita (OLIVEIRA, 1985). Além disso, mesmo não sendo centrais na cena do parto, os cuidados ao longo do pré-natal e pós-parto replicam esses conhecimentos.

2.6 Humanização e Presença do Acompanhante

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento traz o conceito de humanização, que compreende duas dimensões, a primeira se refere ao dever dos serviços de saúde em receber a gestante, os familiares e a criança com dignidade e preparo, a segunda visa a adoção e procedimentos seguros e benéficos, limitando o uso de intervenções desnecessárias que podem acarretar riscos para a mãe e a criança. (BRASIL, 2002)

Segundo a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a humanização está na: “adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2005a).

Para Davis-Floyd (2000), a humanização surge no contexto de reação dos atores sociais “humanistas” ao modelo tecnocrático e suas práticas com o objetivo de transformar a medicina da tecno-medicina em afetiva, recíproca, receptiva e empática.

Segundo a OMS, toda mulher em trabalho de parto e parto pode ser acompanhada por quem desejar, sendo uma prática de humanização, institucionalizada, portanto, “uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade: seu parceiro, sua amiga, uma doula ou enfermeira-obstétrica” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, *apud* Tornquist, 2003. p. 422).

Em estudo realizado por Dias e Deslandes (2006), a mulher tem sempre a expectativa de ter um acompanhante. O direito ao acompanhante no âmbito do Sistema Único de Saúde é assegurado mediante a lei nº 11.108 de 2005 durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo que este acompanhante deve ser indicado pela parturiente. Esta normativa é reafirmada na Política de Atenção Obstétrica e Neonatal, mas esse direito ainda é vilipendiado no contexto de uma violência institucionalizada, que o nega.

2.7 Cesárea X Parto Normal

No Brasil, nos últimos anos, pode-se observar a predominância da cesárea em detrimento ao parto normal, o que está associada a dor no momento do parto. Esta tendência vem sendo estimulada, principalmente, por profissionais de saúde, que, em certos momentos, podem influenciar nas demandas em saúde da população. (TEIXEIRA & PEREIRA, 2006). No Brasil, pesquisas revelam que, no setor público, 15% das mulheres iniciam a gravidez desejando a cesárea e terminam a gravidez com o mesmo desejo, no entanto, 44,8% das mulheres realizam o parto cesáreo (LEAL & GAMA, 2014). Por sua vez, no setor privado, 36,1% desejam a cesárea no início da gravidez e, ao final da gravidez, 67,6% passam a desejar a cesárea, e 89,9% realizam a cesárea (op. cit.). Esses dados revelam a influência dos profissionais de saúde no encaminhamento do tipo de parto.

Assim, a possibilidade de negociação com os profissionais sobre o momento e a via do parto, o que influencia as mulheres a escolher o procedimento que for mais seguro e sem dor pode ser um mito, pois a imposição pode se dar nos meandros da construção de um poder cotidiano imposto por meio de um discurso do medo construído ao longo da gestação.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma pesquisa qualitativa, portanto, trabalha com um universo das subjetividades e significados, que não podem ser quantificados, pois pertencem ao conjunto de fenômenos da realidade social, onde os seres humanos são caracterizados por sua forma de pensar, agir e interpretar de acordo com os contextos vivenciados (MINAYO E GOMES, 2012). Segundo Minayo (1992: 21), “a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados”. Logo, a pesquisa qualitativa não apresenta grande utilidade nem as ferramentas ideais para a construção de grandes indicadores e macro perfis populacionais (MINAYO & SANCHES, 1993). Por conseguinte, o foco da abordagem qualitativa deve ser em fenômenos específicos, as singularidades das vidas dos sujeitos e não em fenômenos expressivos quantitativamente.

Existem três fases básicas na pesquisa qualitativa que foram aplicadas neste trabalho: a fase exploratória, que consiste na elaboração do projeto de pesquisa e a preparação para a entrada no campo; a pesquisa de campo, onde são realizadas as entrevistas, as observações e o levantamento de dados e a análise e tratamento do material empírico e documental, onde os dados obtidos através do trabalho de campo serão analisados a luz das teorias e leituras já obtidas (MINAYO & GOMES, 2012).

Este trabalho tem abordagem do método etnográfico, o qual foi cunhado na antropologia, pretende realizar a descrição de um grupo social a partir da perspectiva dos sujeitos em seu ambiente e sua cultura de modo a descrever e interpretar os dados (WIELEWICKI, 2001). Para Moliterno *et al.* (2013: 294), “a etnografia consiste na descrição detalhada dos padrões de comportamento regidos por regras culturais específicas de um determinado grupo ou sociedade.” Por meio dessa abordagem é possível compreender a influência da cultura e das tradições de determinados povos na saúde das populações. Para tanto, foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa: observação participante e entrevistas semiestruturadas.

A observação participante se dá pelo contato do pesquisador com a realidade ou fenômeno a ser pesquisado em seu contexto, é uma forma de coletar dados, informações e compreender fenômenos no campo ou contexto onde o grupo pesquisado vive (CRUZ NETO, 2001). A observação participante possui várias fases de imersão, neste trabalho, foi adotado o papel de observador como participante, onde o pesquisador observa passivamente a realidade dos entrevistados na forma de contextualizar as situações e criar

o momento da realização das entrevistas. O relacionamento com os “sujeitos” se limita ao vínculo de pesquisador, embora em alguns poucos casos tenha acontecido maior proximidade das entrevistadas. A observação participante é uma “estratégia” dentro da etnografia que facilita o processo de coleta de dados e pode ser utilizada, ao mesmo tempo, com outras técnicas. Assim, aconteceu conjuntamente com as entrevistas que, também, foram utilizadas neste estudo (ANGROSINO, 2009).

A entrevista é um dos procedimentos mais comuns do trabalho de campo, através dela é possível coletar dados diretamente das falas dos participantes com foco e objetivo pré-estabelecidos, podem ser realizadas de forma individual ou coletiva. Caracteriza-se pela comunicação, logo reforça o significado das falas. As entrevistas podem ser classificadas em estruturadas e não-estruturadas, a mistura destas duas formas de se realizar entrevistas gera uma nova classe, as entrevistas semiestruturadas (CRUZ NETO, 2001). Numa entrevista semiestruturada, há um roteiro pré-determinado pelo pesquisador, com base nos temas mais amplos sobre o assunto, neste tipo de entrevista as questões do roteiro norteiam o entrevistado, que pode falar de forma específica sobre o tema e de forma livre de acordo com o tema central, o papel do entrevistador é permitir e incentivar a fala (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

Para a realização das entrevistas foi criado um roteiro próprio (Apêndice – Quadro 2) abordando as questões centrais a serem investigadas, o roteiro foi dividido em quatro blocos de perguntas segundo os temas mais amplos. As entrevistas foram gravadas e autorizadas pelas participantes mediante o consentimento oral gravado. Durante a coleta de dados, os áudios foram transcritos e foram feitos diários de campo. Malinowski utilizava o diário de campo como um instrumento para sistematizar suas observações, trata-se de um material onde são registradas as impressões do campo, anotações, comentários, reflexões e informações adicionais é um instrumento do pesquisador, seu “diário de bordo” (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: “Terapeutas populares e tecnologias em saúde no DF e região do entorno”, que segundo a resolução 466, de dezembro de 2012 publicada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS para normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foi aprovado pelo Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, com parecer favorável de nº 783.155.

A pesquisa qualitativa pressupõe compreender determinado fenômeno social e não extrapolar os resultados de forma a generalizá-los, como nas ciências naturais

(GOLDENBERG, 2004). Ainda, segundo a autora, os fenômenos sociais devem ser tratados segundo sua singularidade e subjetividade, logo não se faz necessária expressividade numérica:

A quantidade é, então, substituída pela intensidade e pela imersão profunda – através da observação participante por um período longo de tempo, das entrevistas em profundidade, da análise de diferentes fontes que possam ser cruzadas – que atinge níveis de compreensão que não podem ser alcançados através de uma pesquisa quantitativa. O pesquisador qualitativo buscará casos exemplares que possam ser reveladores da cultura em que estão inseridos. O número de pessoas é menos importante do que a teimosia em enxergar a questão sob várias perspectivas. (GOLDENBERG, 2004. p. 50).

A pesquisa foi realizada com dez mulheres, entre setembro e outubro de 2015 no Distrito Federal, foi utilizado o critério de amostragem por saturação das respostas para delimitar o quantitativo de entrevistas. Recurso frequentemente utilizado em pesquisas qualitativas, a amostragem por saturação ou saturação teórica é um meio de estabelecer a amostra de um estudo, ao perceber que os resultados obtidos já atingem um grau de “saturação” – repetição, o pesquisador decide interromper a coleta de dados, pois julga que os dados coletados são suficientes ou que novas coletas pouco acrescentariam, não sendo relevante incluir novos participantes em sua amostra (FONTANELLA, RICAS & TURATO, 2008). A amostra foi também aleatória e de acordo com a disponibilidade em participar.

Foi feito o perfil das mulheres entrevistadas (Quadro 1), e foram utilizados nomes fictícios de flores a fim de preservar a identidade das participantes. Quanto as idades houve variação de 14 a 70 anos entre as entrevistadas. As regiões administrativas das foram quatro: Recanto das Emas, Taguatinga, Guará e Águas Claras. Quanto ao uso dos serviços de saúde, foi feita a classificação por meio do tipo de serviço: público e privado, sendo que o sistema público é o Sistema Único de Saúde e o privado se subdivide em serviços contratados por meio de planos de saúde e pagamento direto. Há ainda o atendimento prestado por uma parteira tradicional, encontrado no perfil de uma das entrevistadas.

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas

Nome fictício	Idade	Religião	Escolaridade	Profissão	Região Administrativa	Mãe/Gestante	Profissão do companheiro/Pai do filho (a)	Uso dos sistemas de saúde
Violeta	23 anos	Não declarada	Ensino superior incompleto	Trabalha em Clínica de Podologia	Águas Claras	Mãe de uma criança de 2 anos	Empresário	Plano de saúde + Pagamento Direto
Tulipa	14 anos	Não declarada	Ensino fundamental incompleto	Não possui	Recanto das Emas	Mãe de Recém-Nascido	Trabalho informal em distribuidora de bebidas	SUS
Girassol	21 anos	Evangélica	Ensino superior incompleto	Não possui	Taguatinga	Mãe de uma criança de 2 anos	Funcionário Público: Bombeiro	Plano de Saúde
Rosa	22 anos	Evangélica	Ensino superior incompleto	Trabalha informalmente	Guará	Mãe de uma criança de 2 anos	Empresário	Plano de saúde + SUS
Orquídea	23 anos	Evangélica	Ensino superior incompleto	Gerente (brinquedoteca)	Taguatinga	1ª Gestação (8 meses)	Funcionário Público: Metroviário	SUS
Jasmin	28 anos	Católica	Ensino médio completo	Manicure	Recanto das Emas	3ª Gestação (8 meses)	Vendedor autônomo	SUS + Pagamento direto
Gardênia	38 anos	Não declarada	Ensino médio completo	Dona de Casa	Taguatinga	Mãe de duas filhas (5 e 12 anos)	Funcionário Público: Professor	Plano de saúde + Pagamento direto + SUS
Azaleia	23 anos	Evangélica	Ensino superior completo	Não possui	Recanto das Emas	1ª Gestação (6 meses)	Pintor autônomo	SUS
Hortênsia	52 anos	Evangélica	Ensino superior completo	Funcionária pública (administrativo/professora)	Taguatinga	Mãe de três filhos (25, 22 e 21 anos)	Eletricista autônomo	Plano de saúde + pagamento direto + SUS
Alfazema	70 anos	Católica	Ensino médio completo (EJA)	Dona de Casa Aposentada	Taguatinga	Mãe de seis filhos	Aposentado	Parteiras + SUS

Fonte: Elaboração Própria, 2015.

Os dados foram analisados por meio da criação de categorias, as categorias são as classificações dos elementos encontrados de acordo com as características comuns. Este processo pode ser adotado para a análise de qualquer pesquisa qualitativa, e permite trabalhar um conceito que abrange as várias expressões e ideias mencionadas (GOMES, 2001). Para Minayo e Sanches (1993), o material de análise está na fala, nas expressões cotidianas e nas afetividades presentes nos discursos.

As categorias foram estabelecidas a partir do roteiro de entrevistas, sendo que as questões norteadoras para a entrevista semiestruturada foram transformadas em categorias de análise para o agrupamento das ideias e expressões relatadas, as demais

categorias emergiram das respostas sobre outros temas amplos relacionados aos temas centrais das entrevistadas.

Foram identificadas dezoito categorias de análise: 1. Religião e gravidez, 2. Descoberta da gravidez, 3. Reação/sentimentos ao descobrir a gravidez, 4. importância de ter filhos, 5. Contexto familiar, 6. Alimentação, 7. Consultas de pré-natal, 8. Comunicação/relação com os profissionais de saúde, 9. Preocupação com a criança recém-nascida, 10. Tipos de parto, 11. Humanização e acesso ao acompanhante, 12. Intervenções e práticas realizadas durante o parto, 13. Amamentação, 14. Tradições e cuidados populares em saúde, 15. Medo, 16. Uso dos sistemas de saúde (público e privado), 17. Recuperação e 18. Mudanças na rotina. Estas foram reagrupadas nas fases vivenciadas pelas mulheres durante a gestação, parto e pós-parto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

VERSÕES FEMININAS SOBRE EXPERIÊNCIAS ENVOLVENDO A CENA DO PARTO: discutindo a gestação, parto e pós-parto no contexto popular.

A discussão deste trabalho está em voltada para os significados dos momentos da gestação, parto e pós-parto, não pretende extrapolar os resultados para um contexto geral, mas sim um contexto popular.

4.1 Descobrimo a gravidez

Corossacz (2009) afirma que, na análise de narrativas sobre como se planejam os filhos, devem ser considerados os momentos quando os sujeitos exprimem uma teoria social sobre a organização da própria vida. Para essa autora, há um recorte de classe construindo modelos distintos sobre planejamento familiar, reprodução e sexualidade. Assim, para as pessoas de classe popular, há um modelo em que a fecundidade não é contida, em que não se age em favor da separação entre sexualidade e reprodução, em que apesar das dificuldades os filhos são requeridos, em que ter muitos filhos é uma forma de investimento econômico e afetivo para o presente e o futuro.

Por outro lado, para uma classe média/alta, o modelo é de uma fecundidade que é contida, em que se realiza a separação entre sexualidade e reprodução, em que se têm poucos filhos como sinal de *status* social, de modernidade e, sobretudo, de distanciamento das classes populares na perspectiva de conquistar melhores condições de vida. O espaço de decisão sobre ter filhos ou não e de realizar a esterilização é instrumento para garantir ou adquirir um *status* social. Diante desse quadro, Corossacz (2009), discutiu os contextos de construção desses modelos divergentes entre médicos/médicas e das mulheres que esses/essas atendiam em um hospital público. Esse encontro de saberes e práticas se mostrou conflituoso e revelou a relação de poder dos/das médicos/médicas, os quais não estão nenhum um pouco interessados em repassar tecnologias de cuidado a essas mulheres que eles/elas consideram imersos em ignorância (op. cit.).

Existe um sentido e significado de ter filhos, o qual é construído coletivamente em todas as classes sociais (WOORTMANN, 1999). No caso das classes populares, ter filhos significa um ato de amor/sexo com companheiro. Há um planejamento futuro, o investimento afetivo e econômico representado pela presença de muitos filhos, esses irão

cuidar e dividir o peso do cuidado dos pais idosos. Também, ter filhos é elemento central na definição da identidade de gênero, não se é plenamente homem ou mulher se não se é pai ou mãe. Na vida das pessoas, esses modelos não são estanques, mas as pessoas podem modificar suas opiniões quando entram em contato com outras realidades.

A maioria das mulheres entrevistadas percebeu ou desconfiou da gravidez através do atraso menstrual, no entanto, algumas delas não sabiam que poderiam estar grávidas ou nem cogitavam esta possibilidade, pois não apresentavam sintomas de gravidez, quando o mal-estar esteve presente imaginavam que este refletia a presença de alguma doença. Semelhante ao que Corossacz (2009) encontrou em classes populares, nas narrativas apresentadas pelas entrevistadas há casos onde uma gravidez não planejada assusta, inicialmente, mas passa a ser encarada como a realidade de vida de uma mulher que deve ser mãe. A gravidez não planejada em contextos de classe média e alta revela a inquietação da mulher em não conseguir crescer profissionalmente ou não ter o controle mais sobre sua vida ou perda de investimento financeiro em outras atividades (op. cit.). Quando não é planejada em contexto popular, mas acontece, a gravidez pode ser sofrida se a mulher vive um momento difícil financeiramente ou é mãe solteira e será cobrada socialmente por isso.

Assim, as entrevistadas Violeta, Tulipa, Jasmin, Gardênia e Azaléia explicam sobre a descoberta da gravidez por meio de mudanças corporais:

“...quem descobriu foi minha mãe porque assim eu tava grávida quando eu descobri eu já tava de um mês e pouquinho pelo o exame de sangue...” “Ela que percebeu que eu tava diferente, tava comendo muito, dormindo muito, que eu tava mais inchada com os seios mais inchados, mas pra mim eu tava normal, pra mim era porque eu ia menstruar entendeu? Nem percebi. ”
(Violeta)

“A minha menstruação tava faltando...” (Tulipa)

“Todos os três foi atraso menstrual e eu fiz o exame, positivo. Dos dois eu fiz exame da farmácia, desse último não fiz logo de sangue. ” (Jasmin)

“Da primeira eu sempre escrevia as datas que eu menstrava né, então não foi difícil de descobrir, da segunda foi porque não vinha a menstruação faltou e ai eu fiquei...” (Gardênia)

“Nunca atrasava né, assim minha menstruação nunca foi de atrasar, ai atrasou em fevereiro atrasou ai eu fui fazer o exame né, ai no começo tinha até dado negativo, só que eu já tava grávida, eu sentia né, que eu tava gestante ai eu fui e fiz outro ai eu tava gestante já tava de algumas semanas.” (Azaleia)

Para Girassol e Rosa foram marcantes o mal-estar constante:

“...eu dormi e acordei como se fosse uma bola do lado esquerdo e ai eu fiquei desesperada, eu não sabia o que que era né, e ai fui pra casa falei pra minha mãe que tava estranho, não doía, mas a sensação era estranha né, e visivelmente também era esquisito e minha mãe falou “não, vai pro hospital” e eu fui pro hospital com meu pai. ” “...ai a médica perguntou o que que eu achava que era eu falei que não fazia ideia...” (Girassol)

*“Foi uma amiga minha, eu tava passando muito mal, minha pressão tava baixa, não vomitei nem nada, só minha pressão que tava baixa e mal estar...”
“...eu fiz e deu positivo, eu não cheguei a ficar enjoada, não tive sintomas nenhum de gravidez. ” (Rosa)*

“...eu não achava que era gravidez eu achava que era um mal-estar na verdade né, porque eu sempre tive problema de anemia e eu precisava... já tava em tempo de fazer uns exames ai uma amiga minha que falou pra eu fazer um exame de sangue e ai eu detectei com cinco semanas de gravidez, ainda nem tava naquele tempo de atraso assim não, era pra ta, mas ainda tava num tempo aceitável. ” (Orquídea)

Hortênsia transita por um conhecimento compartilhado no meio popular que associa amamentação e não engravidar e, ao mesmo tempo, demonstra preocupações com o planejamento familiar. De acordo com ela:

“...a primeira gravidez é... eu tinha seis meses que estava casada e ai a medicação né, o anticoncepcional não tava me fazendo bem, ai eu tive que parar, por ordem médica eu tive que parar e a médica falou que eu não engravidaria por um certo tempo depois que eu parasse, porque o meu útero

tava virado segundo ela, ai só que não foi nada do que a médica falou eu engravidei sim, assim que eu parei o anticoncepcional, um mês depois eu já engravidei. O segundo a gente planejou né, deu um tempo eu parei de amamentar, na época da amamentação não engravidava, assim tem mulher que acontece né, mas comigo não aconteceu não, mas mesmo assim a gente se prevenia e o segundo já foi planejado porque eu queria assim ter mais um filho e ai fazer a laqueadura. Pagamos a cirurgia, um ano depois eu tava grávida da terceira. ” (Hortênsia)

Alfazema, a mais velha do grupo, revela situações de outra época:

“...com 16 anos eu me casei, eu me casei e já tava grávida do primeiro e eu não sabia como era ter um filho, não sabia porque meus pais... minha mãe não me ensinou isso, minha mãe não me ensinou como foi ter relação, essas coisas nada, nada disso eu aprendi no dia-a-dia, aprendi assim brutaemente porque é muito... Então era muito difícil pra uma moça ser mãe né, e eu aprendi, aprendi assim porque a minha menstruação faltava então do primeiro pros outros filhos eu amamentava dois anos, quando a gravidez... o leite secava, com dois meses a menstruação vinha não tinha medicamento não, não tinha método de você evitar não, a gente não evitava, a gente... você tinha que servir seu marido, se você ficasse grávida bem, se você não ficasse, ali era por deus mesmo, era uma coisa dada por deus, hoje não...” (Alfazema)

A maioria dos relatos mostra que as gestações não foram planejadas e que este fato representa muitas mudanças no contexto familiar e social, as principais reações foram de medo, felicidade, desespero e surpresa, mas sempre a ideia como pano de fundo de que ter filho faz parte do contexto de ser mulher. Violeta e Rosa que não estavam casadas relatam o problema, inicial, que foi a gravidez:

“Desesperada, eu fiquei desesperada porque assim eu não sabia o que que podia vir pela frente né, porque eu tava separada do pai do meu filho, nós namoramos muitos anos, mas a gente acabou se relacionando um tempo depois e então o que que acontece engravidei de um flash back então eu não

sabia se eu ia enfrentar uma gravidez sozinha ou não né, como que os meus amigos iam reagir perante isso, a sociedade, minha família. Então foi bem... eu fiquei bem desesperada, mas eu fiquei feliz assim, em momento nenhum eu pensei em aborto ou “nossa, minha vida acabou”. ” “...a primeira coisa que eu fiz quando eu descobri que eu estava grávida: eu chorei...” (Violeta)

“Desespero, muito desespero. ” (Rosa)

Orquídea revela o espanto da notícia de sua gravidez, mas depois as coisas transcorrem mais tranquilamente. Jasmim, Gardênia e Azaleia ficam surpresas e alegres:

“Primeiro foi bem complicado assim, eu sempre tive o sonho da maternidade, mas como não foi uma coisa planejada foi mais complicado...” “Pra mim foi complicado não vou falar que não passou pela minha cabeça questão de abortamento, apesar da religião, mas porque é como eu li, bastante literatura é bastante complicado no começo a aceitação nos três primeiros meses, principalmente por não ser planejado muda bastante a vida da gente. ” (Orquídea)

“Feliz, porque a minha primeira foi assim logo depois que eu me casei já os outros dois foi planejado. ” (Jasmim)

“Fiquei feliz, mas dá um medinho né, do novo. ” (Gardênia)

“Já de imediato a gente ficou feliz assim, faz pouco tempo que a gente ta casado não foi planejado, mas a gente né, ficou feliz pela notícia. ” (Azaleia)

A religião tem uma influência na conduta dessas mulheres sobre como se comportar com relação à gravidez. Assim, percebe-se que a gravidez sem planejamento nos casos relatados esteve ligada ao estigma de estar grávida sem marido e ao problema moral que algumas religiões apresentam. Violeta que se distanciou de sua religião não sentiu o peso dessa comunidade moral, ela explica:

“...quando eu era muito nova frequentava igreja católica, mas depois dos meus 18 anos que a gente já tem uma certa autonomia eu parei de ir porque não é uma coisa que me preenche né, então em relação a religiosidade eu não sofri nenhum preconceito não. ” (Violeta)

Girassol e Orquídea que viveram uma gravidez não planejada sem estarem casadas sentiram o preconceito da comunidade das igrejas que frequentavam:

“A gente teve tanto a mudança pro lado negativo quanto também a mudança pro lado positivo né, na igreja que a gente frequentava a gente sofreu algumas retaliações, mas a gente saiu da igreja e aí a gente foi acolhido por uma outra igreja...” (Girassol)

“...a minha gravidez ela foi, ela não foi planejada então foi uma coisa de difícil aceitação, a religião ela influenciou muito os meus líderes né, da minha religião que eu sou evangélica porque é um pecado né, o abortamento, a questão de aceitação foi muito complicada então a religião foi o maior peso que teve assim da continuidade da gravidez foi pela religião mesmo. ” (Orquídea)

Rosa, Azaleia e Alfazema viviam de acordo com os preceitos religiosos e assim receberam conforto da comunidade religiosa:

“Na minha igreja eu aceitei bem e assim eu sou de uma igreja pentecostal, onde há profecias e aí havia muitas profecias com relação a minha gravidez...” “...muita gente trabalhou assim no lado espiritual, fez trabalhos de magia pra mim abortar minha filha, passei por muita coisa durante a minha gravidez. Foi revelado, pessoas de fora faziam macumba pra matar minha filha e na minha igreja foi revelado. ” (Rosa)

“Mudou bastante você vê que as pessoas têm mais cuidado assim né, por você a atenção aumenta. ” (Azaleia)

“...a última parteira me ensinou eu mesma a benzer meus filhos e qual é a benzeção? Três aves marias com um galhinho assim ó reza a ave maria e depois pede a nossa senhora pra tirar aquilo ali é isso...” (Alfazema)

Os relatos mostram a satisfação e a felicidade das mulheres em ter filhos, mesmo não tendo planejado a gravidez, as mudanças relatadas são sempre para melhor no sentido de completude e alegria. Destaca-se, a importância da família e de poder gerar filhos. Ter filhos também é encarado como uma missão ou dom dado por deus para estas mulheres. Elas explicam sobre como a maternidade se apresentou:

“...é sensacional entendeu? Porque como meu filho, foi uma gravidez que foi sem ser planejada, mas quando eu descobri eu sempre amei ele de todas as formas, então hoje tendo ele comigo faz parte de mim, eu não me vejo mais sem ele entendeu? A minha vida não tem mais sentido, eu não consigo mais me imaginar sem o meu filho. ” (Violeta)

“...eu entendo que nós mulheres a gente só consegue entender assim por completo o que é ser mulher depois que a gente tem um filho, e eu acho pra você como casal também você só consegue viver essa plenitude depois que você tem um filho...” “...ela acrescentou em tudo na nossa vida sabe, a gente hoje é muito mais feliz sabe um com o outro...” “...ela acrescenta sabe, no carinho ela é muito carinhosa, então ela diariamente ela ensina pra gente essa forma de carinho então pra mim é totalmente importante que as pessoas entendam esse outro lado também.” (Girassol)

“A minha filha é tudo na minha vida, sem ela eu não sei viver. Eu não sei como era a minha vida antes, eu esqueci completamente como era a minha vida antes, hoje em dia a base da minha vida é minha filha, eu não me lembro como era sem ela. ” (Rosa)

“Eu sempre quis ter família grande, eu acho muito acolhedor e eu nunca... não sei eu acho injusto uma mulher que não quer ter filhos ou tem só um filho eu acho muito egoísmo, então meus filhos pra mim são tudo, então eu acho essencial pra mulher é só assim que você conhece o verdadeiro amor, eu costumo dizer. ” (Jasmim)

“Quando você tem sonho, eu vou falar a verdade eu não queria ter filhos, mas como deus mandou pra mim, quando você olha aquela criaturinha, aquela coisinha você passa a amar né, não precisa dizer você já ama no útero né, eu hoje eu posso dizer que elas são a razão da minha vida acho que não é exagero não quando a mãe da gente fala assim “ah, você vai saber só quando você for mãe” e assim, minha mãe falava isso, e achava que era um exagero da minha mãe né, e quando você passa a ser mãe é um amor, é um amor diferente, um amor incondicional então hoje elas são tudo pra mim, acho que eu mato, é a minha alegria, é isso, hoje eu acho que eu sou mais feliz com elas né...” (Gardênia)

Azaleia, Hortênsia e Alfazema associam o ato de parir como um dom divino, a capacidade de gerar um filho como uma ação divina. Elas explicam:

“Assim acho que tudo tem um propósito de deus na vida da gente né, se deus proporcionou essa benção na vida da gente agora com certeza vem com algum propósito acho que vai trazer muita alegria pra gente né, e vai mudar muitas coisas né, pró e contra é claro, porque hoje em dia não é fácil você criar uma criança né, mas acho que vai ser uma experiência legal. ”
(Azaleia)

“Ah, assim é muito bom é uma coisa que deus deixou que ta na palavra dele né “crescei e multiplicai-vos”, mas assim tudo com uma responsabilidade também não é tanto né, porque hoje pra educar, pra cuidar a saúde também que ta é tudo caro, então assim é muito importante assim eu acho que assim de você poder gerar né, porque tem tanta mulher frustrada porque não pode gerar e tudo, então assim, o primeiro princípio de deus né, que ele deixou na palavra dele e segundo a satisfação de você poder multiplicar né, de você poder... e assim o filho ele traz alegria, ele traz alegria pra você, pra sua vida você não se sente mais só. ” (Hortênsia)

“...eu vejo assim ser mãe é maravilhoso, é um dom que deus dá pra gente e acho que também é a tarefa mais difícil que deus colocou pro homem é criar um filho, educar um filho se você ver nessa lógica porque você tem o seu primeiro filho, você não sabe de nada aquela criança vai crescendo dentro da sua barriga, nasce e você tem que fazer dela um homem ou uma mulher, dando todos apoios, dando muito amor, muita compreensão, educando mesmo pra vida e eu acho que foi a tarefa mais difícil que deus deixou pro ser humano é ser pai e ser mãe e é maravilhoso também porque é a família eu hoje sou realizada, tive seis filhos, tenho meus netos, tenho já meus bisnetos que eu amo muito e passo isso pra vocês ser mulher é ser mãe, mãe tem que dar muito amor, muito carinho, ser paciente é isso...” (Alfazema)

Nota-se postura positiva com relação à criança e participativa da família no processo da gestação, apesar das reações e surpresas em relação ao fato da gravidez não

ser planejada. Ter filho é algo que faz parte do que é valorizado nesse contexto, sobre ser mulher e ser mãe. A relação com os familiares em alguns casos, no início, pode ser difícil em uma gravidez não planejada, mas, com o tempo, uma rede de solidariedade e apoio se forma. Elas explicam:

“...a minha mãe a minha vida inteira ela sempre falou comigo que era pra usar o anticoncepcional, eu uso o anticoncepcional desde os meus 13 anos, então ela sempre comprou meu anticoncepcional, sempre me deu camisinha, me deu total liberdade pra conversar com ela então realmente quando eu engravidei foi um descuido meu ... minha mãe sempre me aconselhou muito né, então na gravidez ela me ajudava muito ... hoje a minha mãe é meu braço direito e é uma coisa que eu falo assim pra todas as meninas que tem a mãe próxima e até não próxima eu acho que um filho ele aproxima muito a mãe, une muito a família assim, porque eu e minha mãe a gente brigava demais porque a gente é muito parecida, mas hoje com meu filho ele une a gente muito mais entendeu?” (Violeta)

“...meu pai foi muito receptivo, ao contrário do que a gente imaginou, meu pai foi muito tranquilo, me acompanhou em todos os exames...” (Girassol)

“Pra ele (parceiro) foi bem também chocante, foi mais chocante pra ele do que pra mim, eu percebi essa reação, a gente não ficou, não teve muito contato durante a minha gravidez, ficamos bastante afastados porque não era o que ele queria, ele não aceitava isso. ” (Rosa)

“...eu tive uma gravidez escondida comecei um pré-natal em outro lugar, não foi perto de casa, minha mãe tinha contato com o pessoal do... porque eu faço pelo SUS né, então minha mãe tinha contato com o pessoal lá de perto de casa, ela conhece então eu tive que fazer em outro lugar o pré-natal, começar né, e então foi bem complicado assim no começo, eu não tive problema de aceitação assim do meu namorado foi bem tranquilo da parte dele, não teve nada de pensamento de aborto, pelo contrário acho que nesse ponto de aceitar foi mais complicado pra mim, dele não, ele já me ajudou bastante, me apoiou.” (Orquídea)

“A família abraçou né, adoram os sobrinhos já estavam todos grandes” (Gardênia)

“Já de imediato a gente ficou feliz assim, faz pouco tempo que a gente ta casado não foi planejado, mas a gente né, ficou feliz pela notícia. ” (Azaleia)

“... (minha mãe) Está feliz porque vai ser avó. ” (Tulipa)

“Só isso assim, mas eu acho assim em termos de ajuda tem minha mãe, meu esposo também ele é bem prestativo, tenho minha sogra que sempre ajuda então, acho que vai ser bem tranquilo não vou ta sozinha. ” (Hortênsia)

4.2 Vivendo a gestação

Por meio das narrativas é possível observar que viver a gestação faz parte dessa identidade feminina de ser mulher e que deve ser mãe. Assim, a vida transcorre dentro de um ritmo aceito, naturalmente, vivido por toda mulher. Martin (2006), ao estudar a menstruação a partir de um recorte de classe - média/alta e popular – observou que, em contextos populares, assim como a gravidez, a menstruação é pensada como a vivência dessa experiência, plenamente e tranquilamente. Tais ocasiões fazem parte da experiência do corpo feminino para mulheres de classe popular. Por sua vez, em uma classe média/alta, as mulheres acabam por reproduzir o discurso médico e medicalizam essas ocasiões.

Quanto à alimentação e rotina da vida, durante a gestação, não houveram grandes mudanças, algumas relatam que tiveram dificuldades, devido aos enjoos ou problemas detectados pelos exames médicos. As mudanças na alimentação deveriam acontecer no resguardo e para produzir leite. Assim, elas explicam, em uma perspectiva de vivenciar mais tranquilamente e como uma mudança na fase da vida e uma mulher:

“A alimentação não, minha alimentação não mudou durante a gravidez, não durante a gravidez não mudou a única... Foi depois da gravidez que eu tive que comer pamonha, caldo de cana... todas essas coisas ai que era pra amamentação, ai eu mudei pra isso, mas durante a gravidez eu não mudei a alimentação. ” (Girassol)

“Eu no início por eu ter tido um início de depressão, eu não comia, comia muito pouco, tanto é que minha barriga foi desenvolver eu tinha seis meses que minha barriga foi crescer mesmo, até então antes não parecia que eu

tava grávida porque eu não conseguia comer, mas assim eu não era aquela pessoa neurótica de falar assim “ah tem que comer só fruta, só isso, só aquilo” eu comi normal, do mesmo jeito que eu como hoje eu comia na época da minha gravidez. ” (Rosa)

“Pois é, antes da gravidez eu tinha gastrite, tenho né que é gastrite crônica não tem cura, mas antes eu vivia com bastante dor, era passando mal, eram casos que eu passava muito mal eu comecei a ter que me alimentar melhor, eu criei um próprio hábito assim, acho que não tem nem como, tanto pela gente como o próprio corpo você já começa a sentir uma necessidade de se alimentar melhor e eu não gosto, não sou a favor da medicalização, então, por exemplo, a anemia que foi uma coisa que a gravidez me causou eu optei por não tomar a medicação e me alimentar melhor de algumas coisas que eu não gostava, algumas coisas que realmente eu não gostava de comer eu já comecei a comer normalmente por isso que eu falei, o próprio organismo já pede, então alimentação muda completamente mesmo, não tem como.” (Orquídea)

“Não, o pré-natal eu fiz com ela, mas tratar da diabetes consultas foi a parte foi lá no hospital de Taguatinga aí tive que fazer sim controle de alimentação, dieta, fazer caminhada...” (Gardênia)

“Não, mudava porque eu tinha enjojo né, você não comia, tudo que eu comia eu vomitava. Olha do primeiro, tudo que eu comia eu vomitava, sabe o que eu que eu comia e não vomitava eu amassava a pimenta malagueta na farinha e botava um pouquinho de sal e comia, não vomitava não isso uns três meses, quando melhorava voltava ao normal...” (Alfazema)

Azaleia apresentou uma visão indicada pelos médicos, assim ela explica:

“Sim, muda tudo né, o hábito de comer de 3 em 3 horas, beber mais água, comer coisas mais saudáveis tipo essas coisas...” (Azaleia)

O pré-natal é considerado como uma fase “tranquila” pelas mulheres, que se complementa a gestação como uma fase da vida feminina. No entanto, elas ressaltam a importância de realizar o pré-natal. Explicitaram as características das consultas que

podem, no primeiro momento, não atender às expectativas das mulheres. Elas enfatizam algumas características dos profissionais nesta etapa como de impessoalidade, pouco relacionamento com a paciente, até mesmo preconceito. O fato de ser mãe jovem é alvo de moralizações pelos profissionais de saúde. Mas, mesmo diante desse problema não descartam tais profissionais, tratam da importância dos mesmos. Mesmo no contexto de uma mulher que teve seus primeiros filhos no interior e era assistida por parteiras, essa enfatiza a importância dos médicos hoje. As mulheres relatam:

“A minha primeira consulta de pré-natal no médico foi um bosta, porque eles são totalmente frios entendeu? Mesmo você sendo uma mãe de primeira viagem, mesmo você pagando eles não “ah, você tá grávida vai acontecer isso, vai acontecer aquilo” não, ele simplesmente acha que você tá grávida e “vou te passar esses exames, você começa a tomar tal vitamina” e pronto eles não te explicam mais nada, então eu fiquei muito perdida na primeira consulta eu achei que ele foi completamente frio comigo, no entanto que ele não foi o médico que eu segui meu pré natal porque quando eu mais precisei ele me abandonou, ele não era um médico presente, não soube verificar várias falhas que eu tive na minha gravidez então foi horrível a primeira consulta, eu me baseei por livros.” (Violeta)

“Ele me explicou um monte de coisa que eu tinha que ser mais responsável, que eu ia ser mãe... falou um monte de coisa, perguntou se sentia alguma coisa, algum mal-estar e só. ” “Assim na primeira consulta fica mais nervosa, mas depois não fica normal. ” (Tulipa)

“Assustadora, bem assustadora, na verdade a minha médica ela tinha um jeito assim bem, não chega... não era grosso, mas não era muito carismática sabe? E a gente... por nós sermos muito jovens sempre há aquele preconceito de que assim “ah, os novinhos não sei o que... fizeram sexo, tiveram filhos não sei o que... são totalmente irresponsáveis...”. ” (Girassol)

Azaleia tem lembranças positivas:

“Sim é tanto que até na minha primeira consulta eu passei uma hora no consultório com o médico perguntando e tirando dúvida foi bem tranquilo, foi bem esclarecedor. ” (Azaleia)

Alfazema é o contraponto das outras mulheres, pois ele teve quatro partos realizado por parteira no interior. Ele avalia a mudança para a hospitalização como um processo que ampliou a garantia da saúde:

“Ela ia na casa da gente (parteira), ela media a pressão da gente, ela olhava se a criança tava no ponto... no lugar certo de nascer...” “As últimas eu procurei o médico porque tinha, fiz o pré-natal numa boa, agora os outros não, os outros não tinha médico, muita gente morria, porque não tinha ou você levava pra outros lugares que tinha médico, hoje nós vivemos muito melhor, naquele tempo a mulher morria de parto constantemente ou depois do parto ou com a criança dentro dela porque a placenta não saía e ela dava hemorragia e morria, eu conheci muitas que morreram assim né...”
(Alfazema)

Jasmim observou mudanças no atendimento da primeira gestação para o terceiro, ele percebe que se ampliou o atendimento.

“Da primeira foi só uma palestra, agora desse último já é mais completo é uma consulta bem detalhada, apesar de ser o terceiro ela te explica tudo e apesar de ser o terceiro é totalmente diferente uma gravidez da outra, agora nos postos eles fazem testes com a gente rápido de HIV de sífilis então tá mais completo nessa questão, na questão do pré-natal tá muito bom. ” (Jasmim)

4.3 Vivendo o parto

O parto é uma experiência nova, mas esperada e que deve ser vivida pela mulher assim como outras etapas da vida, como a menstruação e menopausa. Em classes média/alta, há um processo de anulação desses eventos, quando se vivencia processo de medicalização que evitam a dor, o sentir e a experiência. Essa experiência não é a mesma vivida por mulheres de classe média/alta que pretendem ter um momento transcendental e místico de transformação em uma nova mulher ao se viver o parto, mas trata-se de mais um transcurso da vida. A maternidade tem uma ênfase maior nas mulheres de classe popular.

No momento do parto, a relação com o profissional de saúde chama a atenção pelo volume ou ausência de informações obtidas e pela característica da relação paciente e profissional, médico ou enfermeiro. Percebe-se que há um “nó” quanto à relação e comunicação profissional-paciente, que pode refletir uma assimetria de poder em relação aos conhecimentos adquiridos pelo profissional e pela classe social a qual pertence sua paciente.

Violeta relata sua experiência:

“Frustrada, porque eu queria que ele falasse, eu queria que ele me acolhesse eu queria que ele me explicasse “o pré-natal, ele vai funcionar assim e tal a senhora pode sentir isso e tal” ele não fez nada disso só olhou “ah, tá grávida” passou um exame e umas vitaminas e pronto e marcou retorno. Só que eu sentia que ele era muito frio comigo, então eu ficava um pouco chateada assim “poxa eu to grávida e o cara no automático sabe?” (Violeta)

Na relação com os profissionais de saúde, o parto, também, caracterizou-se como “traumático” tanto pelas intervenções realizadas quanto pelo modo verbal como as mulheres foram tratadas. Os diálogos entre os profissionais e com as próprias pacientes também podem gerar um ambiente de insegurança, medo e constrangimento no momento do parto.

“Isso, depois que nasceu a médica olhou pra mim e falou que tinha que ter sido uma cesárea, porque ele foi bebe gigante...” “Os constrangimentos é só o, pra mim eu acho a maior falta de respeito é a pessoa fazer uma faculdade que é tantos anos pra ser médico e não ter amor pela profissão, senão tem amor então não faça né, você tá lidando com gente olha no olho, não custa nada não você olhar no olho e explicar direitinho só isso mesmo.” (Jasmim)

“Muito mal-educada assim, a médica. A enfermeira que tava com ela foi legal assim “você troca e vai ali sobe na maca pra ela te examinar” só que essa mulher era grossa (médica) e começou a dar patada na gente né, aí eu não conseguia subir porque era muito alta a maca né, então eu precisava de ajuda e a (sobrinha, acompanhante) foi me ajudar aí ela começou a falar que gravidez não era doença.” “...na hora que ela foi me costurar eu sentia né, a dor da picada eu tava sentindo a anestesia já tava indo né, aí uma médica

lá “ai que ódio” disse assim: “pra quê isso, isso é uma frescura” ai deu uma vontade de meter um murro na cara dela, frescura porque eu tava falando ai né, eu tava sentindo a agulha me costurando, mas assim... (quem falou) não foi a médica que tava me costurando foi a outra médica...” (Gardênia)

“Assim eu não escuto muitas coisas boas né, do tratamento quando a pessoa chega assim, principalmente aqui no hospital da samambaia tive várias colegas que ganharam bebe aqui na samambaia e reclamou às vezes do atendimento que às vezes ta sentido dor ai a mulher fala: “é dor mesmo que você tem que sentir” então mal tratando assim, só isso mesmo de ser mal tratada com palavras né, que eu sei que às vezes você já chega assim sentindo dor e a mulher quando ta gestante ela já ta mais sensível né, ai às vezes uma agressão com palavras é como se tivesse...” (Azaleia)

“...e ai eu falei que já era laqueada e eles ficaram rindo né, ficaram rindo “ah então... então saiu nadando pra chegar no local” porque como que pode ta laqueada a ta tendo filho? ...quando me chamaram de louca ai eu falei que eu era funcionária também, que eu era servidora da secretaria de saúde, e porque que eu tava sendo tratada daquele jeito e tudo e mesmo assim buscando privilégio né, ser privilegiada porque eu era funcionária, mesmo assim eu não fui, não adiantou. ” (Hortênsia)

“Com certeza, foi uma violência entendeu? Eles não pensaram em momento nenhum em se colocar no lugar dos outros simplesmente tacou a notícia ali... o (médico) da maternidade Brasília falou “eu não vou ser seu obstetra, não vou pegar seu caso porque você tem uma gravidez de risco e eu não vou assumir esse risco” Putz, eu saí de lá com uma mão na frente e outra atrás...” (Violeta)

“O médico ainda brincou, tinha umas mulheres gritando e ele falava: “E a senhora, ta com a cara tão boa”, eu falei “doutor eu to com hemorragia” no que ele olhou, corremos pro parto, pra cirurgia, ai foi tirada a criança, a criança foi tirada a ferro mesmo, não tinha nove meses. ” (Alfazema)

Por outro lado, há situações positivas quando os profissionais apresentam falas de incentivo à mulher, exemplos de situações já vivenciadas, orientações esclarecedoras principalmente durante o pré-natal, essas dão conforto na primeira gestação. Outra

situação é a realização do parto como sendo um ato cotidiano dos médicos, rotineiro, assim, outras conversas que interessam aos médicos são os temas tratados. Isso revela que o protagonismo está com eles, pois eles pautam o assunto, o qual pode ser um incentivo à mulher ou um assunto do interesse deles. Algumas relatam:

“Ficaram conversando entre eles sobre futebol e o anestesista assim atrás de mim “nossa, muito bem você foi uma super mãe até aqui, você é uma grande guerreira”, me acalmando mesmo assim sabe? ” (Violeta)

“...os dois médicos entraram e eu lembro deles brincando assim “ah, qual foi o recorde de tempo na cirurgia? ” “Ah, foi vinte minutos” “ah, então essa a gente vai fazer em dezenove” e realmente a minha cirurgia, a cirurgia mesmo foi dezenove minutos. ” “...algumas pessoas quando eu conto essa história dos 19 minutos assusta, mas pra mim foi uma questão até que descontraíu assim que me tirou assim um pouco do foco, mas eu acho que não foram super tranquilos. ” (Girassol)

“...ela (enfermeira-mulher) explica mais sobre a gravidez dela também, porque ela teve uma filha aí ela fala muito, assim se eu sentir isso é por causa disso, que quando ela tava grávida ela também sentia. ” (Tulipa)

“Eles falaram pra eu ficar calma e só pra quando vir a contração fazer força. O atendimento de lá era ótimo, todos eles eram simpáticos, alegres. ” (Tulipa)

“...a minha médica foi acompanhada por outro médico que eu não conhecia até aí, mas ele que foi super tranquilo, alegre assim descontraído. ” (Girassol)

“As duas, as duas que eu fui, tudo que eu perguntava pra elas, elas sempre estavam proativas a explicar. ” (Rosa)

“Ela foi super legal, ela esclareceu sim as dúvidas que foram ocorrendo durante a gravidez ela foi tirando né, na época, mas assim foi tranquilo eu não tive aquela gravidez de super risco de tá indo toda hora em médico não, foi tranquilo. ” (Gardênia)

Em ambos os serviços de saúde, público ou privado, observa-se não o protagonismo das mulheres na cena do parto, pois, trata-se de um território que não

pertence a elas. O predomínio do que é dito e permitido ser dito está sob o controle dos profissionais. A comunicação e a relação das mulheres com os profissionais de saúde são consideradas elementos importantes ou essenciais para os desfechos em saúde.

Os medos em relação à gestação e parto são vários e concentram-se, principalmente, em relação às expectativas para o parto, se destaca o medo da dor, de ser submetida ao parto cesáreo, das práticas no serviço de saúde e o medo de ser maltratada verbalmente. As expectativas antes do parto são enormes e não cabem na sala de parto onde há o predomínio dos interesses médicos. As explicações que são dadas não acabam com essas angústias, mesmo elas tendo afirmado em alguns casos que forem bem tratadas no pré-natal. O fato de ser bem tratado não significa que foram repassadas informações necessárias para acalentá-las no momento do parto.

“Não, já tava preparada já... porque pelo o que o povo falava né “ah a dor é isso, a dor é aquilo” e eu não senti essa dor que o povo fala assim é dor, é dor, é dor... você só sente a dor da contração é só isso e mais nenhuma dor só a contração nenhuma outra dor. ” (Tulipa)

“...fui encaminhada pra uma sala de espera pra colocar uma roupinha não sei o que, me encaminharam pra anestesia aí eu tinha pavor da anestesia, eu pensava que eu ia morrer por causa da anestesia que eu ia ficar paraplégica, o terror pra mim era levar essa bendita dessa anestesia. ” “...a questão do umbigo que eu morria de medo também, mãe de primeira viagem né, aí sempre tive a ajuda deles então foi bem tranquilo. ” (Girassol)

“...antes eu tinha um problema gigante com o parto normal, eu não tenho mais problema com o parto na verdade eu tinha medo do parto normal pela dor, não pelo hospital, por pegar uma infecção, pelo profissional, por ser mal atendida não por isso. ” “Eu não tenho medo assim, eu acho que isso (ser maltratada) não vai acontecer, mas eu sei que existe uma pequena possibilidade que possa acontecer e que isso pode trazer um trauma, mas agora de ser um medo, de querer fugir de esperar que não chegue logo o momento eu não tenho. ” (Orquídea)

“Acontecer a mesma coisa (subir em cima da barriga), o meu medo é esse porque ele também tá grande esse agora, mas pelo fato de eu ter tido dois

partos normal na rede pública eles não fazem cesárea eles te deixam até o último minuto. ” (Jasmim)

“...você entra numa sala, ela te examina pra te mandar lá pra dentro né, pro centro cirúrgico lá pra ficar aguardando ai vem o medo, vem o medo e você não conhece né, tudo é novo... tive bastante medo. Medo mesmo do parto de... você fica insegura, porque eu acho que se uma pessoa tivesse com você, você fica mais segura né, é a primeira tudo novo, tudo é novo pra você e sozinha foi tenso. ” (Gardênia)

“Sim, a dor é imensa né, a contração é uma coisa horrível, pensa numa dor é horrível, mas assim a recuperação é boa, a vantagem do parto normal né...” (Gardênia)

“O meu único medo assim é, por causa assim às vezes tenha que ser cesariana né, e eles agora tem essa lei agora da cesariana, só se for em último caso e tem que ter um documento e tal ai eu tenho medo de às vezes complicar alguma coisa e eles demorarem a fazer (burocracia) eu tenho medo disso. ” (Azaleia)

Com relação os tipos de parto, natural ou cesáreo, estar ou não na rede pública foi marcante e não a singularidade de cada caso. Todas mulheres que tiveram parto no setor privado foram submetidas a cesariana, elas afirmam ter sido uma escolha, refletindo uma relação de consumo com o setor privado ou por influência de profissionais.

Para Maia, (2010), o parto cesáreo no setor privado é uma marca da modernidade. De acordo com Teixeira e Pereira, (2006), esse tipo de parto marca uma relação de consumo e *status*, para evitar a dor e o sofrimento há a negociação com os profissionais, que exercem influência sobre a escolha da mulher.

Percebe-se que o parto natural foi priorizado no SUS e as cesáreas realizadas foram em casos ditos como necessários. Para a realização dos partos, é de suma importância observar como eles foram realizados.

“A única coisa assim que a gente, eu não gostei muito é que ela não tava aberta pro parto normal, porque assim... eu nunca, quando eu soube que tava grávida eu não sabia o que eu realmente queria se eu queria cesariana

ou se eu queria o parto normal, mas por ouvir todas as pessoas falarem que o parto normal era melhor e não sei o que, eu comecei a criar isso na minha cabeça, dentro de casa eu também não tinha apoio, porque a minha mãe ela tinha feito... o meu parto era pra ser normal só que ela sofreu tanto e eu comecei a sofrer também e ai teve que ser cesárea, então ela criou esse medo do parto normal, então ela não queria que eu fizesse parto normal de jeito nenhum, meu marido também não queria que fosse parto normal porque ele falava que era um sofrimento desnecessário, então criou aquela coisa “não, não vai ser parto normal”, mas a minha médica nunca cogitou que fosse normal, nunca... ela nunca chegou pra conversar comigo “ e ai, que parto que você quer?” Ela simplesmente quando eu tava já com oito meses já mais ou menos ela falou “ e ai vamos marcar o parto? ”, pronto direto, vai ser cesárea e pronto e ai não teve conversa então vamos marcar. ” (Girassol)

“Sempre quis parto normal, sempre nunca pensei no parto cesariana, sempre pensei no parto normal. No final da gravidez é muita apreensão, você sente muito medo, você fica com muito medo de ter o filho, mas pra mim foi super tranquilo, meu parto foi conduzido, assim foi parto normal mas foi conduzido, mas foi uma condução tão tranquila que eu nem senti as dores do remédio entrando, porque dizem que dói muito o remédio entrando na veia, eu não senti nada, só senti as contrações meu trabalho de parto foi muito rápido, o meu parto em si foi extremamente rápido também por ser o primeiro filho e eu fiquei tranquila.” (Rosa)

“Pois é, eu antes no começo da gestação e antes quando eu pensava em ser mãe eu tinha um pouco de medo da gravidez por conta do parto, como eu não tenho plano de saúde, como eu faço o pré-natal pelo SUS normalmente optam pela gente ter o parto normal né, então já é uma coisa mais tranquila na minha cabeça...” “...eu escuto hoje que é o foco assim da gravidez como eu estou no final que muita gente já falou que passou por constrangimento no hospital público, na questão do parto, mas por outro lado eu já vejo muita gente que tem condição e quer e opta por isso, que tem o plano de saúde, mas que fala que o plano obriga, vamos dizer assim induz a ter o parto cesáreo e as pessoas hoje eu vejo assim pelo o que eu leio, que elas já querem optar mais pelo parto normal e falam que querem ir pro sistema né, pro SUS então

ainda é uma coisa assim nova na minha cabeça eu tenho uma expectativa boa...” (Orquídea)

“...só que assim da segunda eu sofri tudinho de um parto, só que eu não tive parto normal, mas as dores de um parto eu senti tudinho foi meio cruel...” (Gardênia)

“ Da (primeira) tava planejado pra ser parto normal, só que eu entrei em trabalho de parto e, no entanto eu não tinha passagem ai foi feito o parto cesáreo e assim transcorreu tudo bem. Foi cesariana, mas eles tentaram o parto normal, só que eu já tava passando tão mal que eu não sentia minhas pernas mais e assim no hospital do Gama eu não fui bem atendida e assim a gente não fica desacordada num parto a gente fica vendo tudo né, ou escutando a conversa deles e depois foi que eles viram que eu não tinha condições de ter parto normal ai eles fizeram a cesárea...da outra, a gente tinha planejado e fazer a laqueadura após o parto, também foi parto cesárea porque já tava... já era planejado pra aproveitar e já fazer a cirurgia... (Hortênsia)

“Foi cesariana, não olharam qual era meu tipo de sangue nem nada, foi direto pra lá quando terminou a cirurgia que eu acordei o médico falou que era descolamento da placenta e eu tinha levado uma queda, com seis meses eu levei uma queda no terreiro, eu acho que foi essa queda que deslocou a placenta. Agora o parto normal é muito melhor do que o cesáreo. Por que? Porque é um parto que você sente aquela dor, mas a criança nasce numa boa, passou uns dez, vinte minutos você pode levantar, você ta outra pessoa e o parto cesáreo é uma cirurgia ta arriscando a tua vida, você fica toda costurada eu sinceramente, os meus quatro filhos com parteira foi melhor do que com o médico, não falando dos médicos é o parto, porque, cada um parto é diferente do outro. ” (Alfazema)

O trabalho de parto e entrada no serviço de saúde sem acompanhante são percebidos como momentos de tensão, medo, insegurança e aflição para a mulher. A respeito do acompanhante, na maioria dos casos, predomina o desconhecimento do direito que é garantido mediante legislação específica.

O direito ao acompanhante no âmbito do Sistema Único de Saúde é assegurado pela lei nº 11.108 de 2005 durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo que este acompanhante deve ser indicado pela parturiente. Está previsto ainda na lei nº 8.080 de 1990, que os hospitais de todo o país são obrigados a manter avisos em suas dependências em local visível informando sobre o direito ao acompanhante.

Quando o acompanhante esteve presente em um caso mencionado teve que ficar do lado de fora durante o parto. A maior parte das mulheres teve o acesso negado ao acompanhante no momento do atendimento no serviço. Tornquist (2003) afirma que há diferenças entre a escolha do acompanhante de mulheres de classe popular e de classe média, as mulheres de classe popular preferem que outras mulheres pertencentes ao núcleo familiar as acompanhem, sendo uma atividade feminina. As mulheres de classe média optam mais por um acompanhante homem, o esposo, pai da criança. Com relação a essa situação as entrevistadas explicam:

“Entrei sozinha, não pode entrar acompanhante. ” “Mesmo sendo “de menor” não tem direito a acompanhante, só quando subisse pra maternidade ai sim poderia ter, ai não tava tendo vaga lá em cima na maternidade ai eu fiquei esperando vaga, surgiu a vaga” (Tulipa)

“A única coisa assim que eu achei errado do hospital, que até então eu não tinha conhecimento é que eles não deixaram eu ter acompanhante na hora do parto, na época já era lei já ter o acompanhante, ai eu tava sofrendo eu tinha medo de... porque quando a gente vai no hospital a gente fica com medo de ser mal tratada pelos médicos e ai a mulher falou que não podia entrar a minha mãe ai eu peguei não questionei ela, por medo dela me maltratar no parto, ai eu fiquei completamente sozinha desde a hora que eu fui internada, que eu fiquei internada pra indução durante um dia mais ou menos até depois que eu ganhei neném, ai eu ficava todos os dias sozinha e nisso eu fiquei muito exausta, muito cansada, não dormi, a visita era só período de duas horas mesmo. Eles não deixavam (acompanhante), eles brigavam ai isso daí eu achei bem ruim porque eu não descansei enquanto eu tava no hospital eu não descansei, aquele negócio de mãe né tem medo que o bebe seja roubado enfim...” (Rosa)

“Desejo eu já sei que tem uma lei né, e assim algumas pessoas falam que já passaram por um sistema que tem, que aproveitam da falta de conhecimento das pessoas porque tem uma lei que a gente pode ter sim o acompanhamento, então eu acho que até numa forma de tranquilizar de ser um momento seu com uma pessoa que você passou sua gestação inteira, então eu penso sim em ter um acompanhante o tempo inteiro. Na verdade, eu não sei, o que eu ouço na questão do acompanhante ser homem, por causa do leito e tudo mais, mas eu acho que em questão de barrar assim um acompanhante eu acho que não vai ter.” (Orquídea)

“...não tive na época não podia ter acompanhante né, isso há doze anos não podia ter acompanhante...a minha sobrinha ficou me esperando lá do lado de fora, ela não entrou na sala. É antes do parto ela ficou lá né, ela me ajudou a tomar banho e tudo aí quando eu fui pra sala ela não entrou ela ficou lá nesse... tipo um box lá, aí o parto foi tranquilo, aquela tensão, medo não teve nenhum problema né, apesar da diabetes ocorreu tudo bem. Ah, eu sei que o parto eu sou traumatizada, assim o parto foi difícil porque, eu cheguei lá e a gente ficou um tempão, agora eu te falo, se a minha sobrinha não tivesse lá comigo eu tinha saído dali... assim é muito desumano porque você chega lá não tem um médico, a enfermeira não pode fazer nada só aqueles exames de toque né, e aguardar...” (Gardênia)

“...eu sei que eu acho que é até lei que você pode ter um acompanhante né, aqui na samambaia eles não deixam entrar uma pessoa, eles falam assim “ah eu sei que é lei, mas é que a sala é muito apertada” aí até você ganhar o bebê você fica sozinha aí depois quando você sobe aí já pode. Lá no HMIB não o tempo todo você tá acompanhado com uma pessoa...” (Azaleia)

“Não, não era permitido e aí a gente tinha que se virar sozinha assim é... ficava cheia de sangue entendeu? Não tinha quem nos ajudassem assim a ir ao banheiro, a trocar... então assim foi bem difícil mesmo. ” (Hortênsia)

Outro ponto relatado pelas mulheres foram as intervenções no parto normal. A respeito da episiotomia “corte” realizado no períneo no momento da expulsão (ZANETTI, 2009), foi relatado que algumas mulheres foram submetidas a este

procedimento sem os devidos esclarecimentos, a PNAON recomenda que esta intervenção somente deve ser realizada com indicação precisa. Duas mulheres relataram que foram submetidas a manobra de Kristeller, que ocorre quando o profissional de saúde exerce força em cima da barriga da mulher empurrando-a em direção a pelve (CIELLO *et al.*, 2012). Este procedimento foi relatado com estranheza e sofrimento, ao contrário da episiotomia em geral foi relatada com naturalidade.

Foi relatada ainda a prática do exame de toque, em geral essa prática gera desconforto e constrangimento na mulher no momento do trabalho de parto. Houve constrangimento em outras situações também, em relação à episiotomia, apesar de “naturalizada” causa insegurança e medo. Em diário de campo foi registrado que mesmo com a episiotomia realizada um bebê nasceu com um “caroço” na cabeça, com a justificativa de “não ter passagem”, no entanto segundo as orientações médicas este “caroço” era normal e iria desaparecer com o tempo.

“E depois que eles me costuraram e foram me passar pra maca de remoção as técnicas de enfermagem literalmente me jogaram na maca, no entanto que minha mãe é testemunha minha mãe chegou na hora, ela viu assim o descuidado deles. ” (Violeta)

“Não, quando você tá lá pra ganhar bebe aí a médica fala “agora vamos ter que fazer um cortezinho” aí ela falou que era pra bebê passar. Normal, melhor... eles falam que é melhor com o corte do que sem o corte. Fecharam e passaram medicamento e aí eles falam que os pontos caem de sete a quatorze dias, o meu caiu com dez dias. ” (Tulipa)

“Eu levei a Rack (anestesia) né, e sempre me diziam que eu não podia levantar a cabeça só que na hora de me levarem pro quarto tinha uma lombadinha assim no meio caminho e na hora que passou por impulso pra segurar pra não bater a cabeça eu levantei a cabeça, no dia eu não senti nada, no outro dia também não, mas eu tive que esperar eu tive que ficar três dias no hospital porque ela não conseguia pegar o bico do peito direito, então no terceiro dia que ia ser liberada ela foi liberada e eu não, por causa da... começou a doer muito minha cabeça, muito mesmo que assim eu nunca senti uma dor tão grande na minha vida e não conseguia fixar os olhos em lugar

nenhum e ai eu fiquei mais ou menos durante umas duas, três horas tomando soro na veia pra aliviar...” (Girassol)

“Ai eu achei um pouco chato porque eles não pediram nem minha permissão pra fazer aquele corte e ai isso eu achei ruim porque eu não queria ter feito, ai isso eu achei uma falta de respeito, uma coisa também é que meu parto ele foi conduzido por estagiários, tinha um médico na sala, mas foi conduzido por estagiários, então assim um pouco com medo de acontecer alguma coisa com a minha filha, de deixar cair, de quebrar o braço porque isso acontece muito, não é algo de outro mundo acontece muito. Eu acho que não, eu acho que não era necessário, eu acho que o corpo da mulher ele é feito pra isso, acho que ele se adequa a isso, não tinha necessidade. ” (Rosa)

“Eu não tenho medo dessa intervenção (episiotomia), porque eu já procuro fazer algumas atividades porque não são todos os tipos né, que precisam fazer o corte, parece que eu acho que a maioria precisa, mas como eu falei eu não vejo a gravidez como uma doença...” (Orquídea)

“Da primeira foi tranquilo, foi normal né, eu tive ela eu senti dores 24 horas e no outro dia ela nasceu parto normal (não teve acompanhante), fiquei só, no segundo também fiquei só e do segundo foi mais rápido só que na hora de ganhar mesmo eu não conseguia, eu fazia força, mas ele não saia ele subia ai chamaram uma médica, a médica subiu na minha barriga e eles tiraram. Não, não sei pra mim ta tudo dentro do normal, o mais estranho eu achei do meu menino, do segundo. Eu fiquei só sem força, a gente fica sem força nessa hora a gente não tem muito o que pensar não eu achei estranho, porque eu não tinha mais forças e ela subiu na minha barriga ai foi que ele saiu...É horrível, eles fazem (sobre o exame de toque), alguns né, mas a maioria eles não têm o é como se tivesse, acho que nem com bicho a gente faz daquele jeito né, muitas vezes então... o pessoal falta muito amor pela profissão é o que eu penso. ” (Jasmim)

“Teve que fazer um corte né, e a mulher ajudou, ficou em cima da barriga né, pra ajudar porque eu não tava conseguindo, eu não tava tendo mais força. Não, as enfermeiras foram legais, fizeram lá o trabalho delas porque dói né,

“você fica sentindo contração e dar aquelas dedada (exame de toque) na gente não é nada bom...” (Gardênia)

“Acho que não, nunca pensei acho que é porque na minha cabeça eu fico tanto pensando que eu vou ter um parto normal que eu nunca parei pra pensar...” (Azaleia)

Alfazema fala sobre o parto com parteira:

“Banho, ela banhava a gente sim (parteira). Assim que sentia a dor ela chegava em casa, ela mandava a gente tomar banho e tomava banho e ela passava coisa quente na barriga da gente... assim um óleo, passava também. Eu via ela limpar a tesoura era com álcool, limpava a mão dela com álcool e já era com aquelas luvas, a parteira tinha as luvas. ” (Alfazema)

Para Maia (2010), o modelo tecnocrático de assistência ao parto oferece duas alternativas, um parto normal cheio de intervenções e traumático ou uma cesárea. De acordo com Davis-Floyd, (2000), a utilização de tecnologias na atenção obstétrica é uma prática embasada em seu sentido cultural e não no sentido médico racional, geralmente as tecnologias são utilizadas indiscriminadamente e com pouco fundamento científico.

4.4 Após o parto, a recuperação e cuidando da criança recém-nascida

Sobre a recuperação após o parto, elas enfatizam que o parto natural é o melhor, pois o processo é mais rápido e tranquilo. A amamentação é uma parte que compromete o repouso de algumas mulheres, especialmente, aquelas que apresentaram dificuldades. Nota-se a importância do apoio da família nas atividades do dia-a-dia. E elas sentem por não ter tido o acolhimento devido no processo de amamentação:

“...então assim eu não tive um repouso porque um dia depois que eu saí eu dormi e depois vi que meu leite não tinha descido o meu colostro era muito pouco, o meu filho tinha emagrecido quase que 500 gramas de uma noite pra outra sem amamentar, ai eu fui encontrei um pediatra ele me passou um complemento e eu consegui passar por sonda por meu filho e ai depois disso eu fui indo no banco de leite...” (Violeta)

“É sentada numa maca no corredor do hospital como todas as mães estavam lá também do mesmo jeito deitada lá...” (Tulipa)

“Quando eu tava no hospital, tava tendo uma reforma então era muito barulho, então isso me incomodava muito, quando eu cheguei em casa já era um ambiente mais tranquilo me deu um pouco mais de descanso assim né, só que a cesárea ela te impede de fazer algumas coisas nos primeiros dias...” (Girassol)

“Enquanto eu estava no hospital foi muito bom, mas no dia que eu recebi alta meu peito empedrou ai eu fui pro hospital HMIB pra tirar o leite do peito só que é uma dor terrível, uma dor cruel, mas fora isso foi super tranquilo a minha recuperação toda. ” (Rosa)

“(…), minha mãe fica comigo na primeira semana, nos primeiros quinze dias depois eu me viro só, ah eu vou demorar um pouco pra voltar a trabalhar vou ficar com ele até...” (Jasmim)

“Sim, a dor é imensa né, a contração é uma coisa horrível, pensa numa dor é horrível, mas assim a recuperação é boa, a vantagem do parto normal né, não teve problema, assim só aquele ardorzinho né, mas a recuperação foi tranquila, você já ta andando bem né...” (Gardênia)

“Assim vai ser complicado né, mas como eu ainda tenho minha mãe graças a deus então acho que vai ser bem tranquilo. ” (Azaleia)

Alfazema que vivenciou o parto com parteiras foi a única que retratou recomendações após o parto:

“Elas falavam (parteiras) pra gente que o resguardo era quarenta dias, nesses quarenta dias a gente não podia fazer sexo, ela dizia que a gente não podia comer nada reimoso, era só mesmo o arroz, macarrão, a carne e o frango. ” (Alfazema)

Foi comum a preocupação da mãe em relação ao estado de saúde de seus bebês. Ocorreu com frequência nos relatos a presença de problemas de saúde com as crianças recém-nascidas logo após o parto com destaque para problemas cardíacos:

“Então eu fiquei preocupada porque como foi uma gravidez que eu não tinha, não sabia que eu tava grávida, nesse período que eu achava que eu tava normal eu tive uns problemas de saúde que eu tive que fazer uma ressonância magnética com contraste...” “...eu usei o contraste e eu já tava grávida, então meu maior medo foi esse né, de ter prejudicado, alguma má formação enfim, mas graças a deus ele veio perfeitinho...” (Violeta)

“...ela teve um probleminha no coração, mas que foi resolvido que era às vezes o coração batia muito rápido, às vezes muito devagar, não era certinho e ai eles acompanharam muito bem ela entendeu? Fizeram todo o possível por ela e ficou tranquilo. ” (Rosa)

“...ela parece que nasceu com alguns problemas cardíacos né, tava alterado que ela demorou pra vir pra mim né, ai quando ela veio a médica falou ai vim embora me deram alta, cheguei em casa ela deu icterícia ai eu tive que voltar lá depois de três dias pra fazer um eletrocardiograma por causa do coração, é sopro que eles falam né, sopro, um pouquinho de sopro ai quando eu fui pra fazer esse eletrocardiograma nela eles viram, acho que percebeu que ela tava com a pele amarelada né, fez o exame e deu ai eu fiquei internada com ela, eu fiquei bem uns sete dias lá internada com ela com ela tomando banho de luz.” (Gardênia)

“Não vi, ela nasceu com problema de saúde e eles não comunicaram, ela nasceu com refluxo eles não me comunicaram a gente é que veio a descobrir depois né...” (Hortênsia)

No caso de Girassol a mãe teve medo, no entanto a criança não nasceu com problemas de saúde:

“...tinha medo porque é difícil você cuidar de uma criança especial né, então você tem que ta muito mais preparado e como eu era muito nova eu tinha muito esse medo será que eu vou ta preparada pra isso então eu busquei

mesmo em deus, todos os dias eu falava “deus, por favor cuida dela” e nas orações a gente sempre falava que se é pra ela vir especial que a gente esteja preparado ne, em momento nenhum eu pensei se ela vir eu vou procurar abortar não, nunca tive essa ideia, mas eu queria ta preparada pra isso.” (Girassol)

Quando o parto aconteceu com uma parteira, esta conseguiu diagnosticar o problema de saúde da criança recém-nascida e levar assistência médica a paciente:

“...o segundo com a mesma parteira, ai quando ele nasceu ela olhou pra mim e falou “olha eu vou no hospital” e quando chegou em casa foi com o médico, porque ela viu que umbigo do neném tava com problema, que a gente lá chamava “mal de umbigo”, que é tétano né, tudo causado porque a gente não tinha uma consulta médica...” (Alfazema)

Praticamente todas as mulheres entrevistadas tiveram dificuldade quanto à amamentação, processo fisiológico essencial para a mãe e para o bebê, mesmo quando há disponibilidade de informações e orientações por parte dos profissionais de saúde ocorrem dificuldades e, como relatado, muito “sofrimento”. No caso da parteira, foi relatado o auxílio mais próximo dado por ela para facilitar a amamentação.

Para Tornquist (2003), a amamentação além de um ato instintivo fisiológico é também processo social. Em seu estudo os relatos são semelhantes e são caracterizados como “verdadeiros dramas pessoais”, o contexto da amamentação foi similar, pois na maternidade em que ocorreu o estudo todas as orientações e informações às mães foram dadas, mas mesmo assim, como neste trabalho, ocorreram dificuldades e relatos de dor, frustração e sofrimento.

As dificuldades na amamentação nos trazem uma reflexão importante, o ato de amamentar se torna um dever rígido e crucial para o desenvolvimento dos bebês, logo como uma obrigação restringe os direitos da mulher sobre o seu corpo (TORNQUIST, 2003).

“...a pessoa que colocou ele pra amamentar colocou a pegada errada então meu bico do peito rachou na primeira hora de amamentação então eu sofri

demais em relação a amamentação demais, demais, demais... Então eles me liberaram do hospital sem leite, sem produção nenhuma de leite e não me passaram nenhum complemento, eu mãe de primeira viagem aceitei, então eu não sabia o que fazer, então uma amiga minha me aconselhou a procurar o banco de leite...eu fui indo no banco de leite, elas foram me auxiliando como era a amamentação, fora do hospital no SUS eu fui ter o auxílio do banco de leite, eu recomendo pra qualquer mãe, que é maravilhoso...” (Violeta)

“...eu só demorei mais no hospital porque eu não tinha leite, a bebê tava mamando, ela tava mamando só que não tinha leite no peito ai eles passaram um medicamento pra começar a criar leite no peito, ai eu comecei a amamentar e ai fomos embora. As enfermeiras do hospital, elas passavam de quarto em quarto ensinando a amamentar... nos primeiros dias assim dói, mas agora já ta mais de boa” (Tulipa)

“A amamentação foi complicada porque eu não tinha... não consegui formar o bico do peito, usei todos aqueles negócios aquelas conchas né, pra ver se o peito formava o bico, usei pomada, usei várias coisas, mas não formou, ficou normal eu não tinha bico invertido, mas eu não tinha ele pra fora assim, aquela pontinha. Então era muito complicado, as enfermeiras toda hora tinham que vir né, algumas pacientemente outras nem tanto ensinar pra mim como é que eu ia fazer pra ela pegar e ai ela começava a ficar desesperada porque não conseguia pegar, não conseguia dar de jeito nenhum...” “...assim existiam enfermeiras e enfermeiras. Principalmente quanto a questão da amamentação eu via algumas assim um pouco já estressadas, entendeu? Elas já chegavam tipo “é assim, você tem que fazer desse jeito” e gritando assim, assustava um pouco. A pediatra, os dois que era um homem e uma mulher foram super tranquilos, trataram a bebê muito bem, trataram as outras pessoas que estavam comigo muito bem, mas as enfermeiras mesmo eu senti um pouco assim de estresse assim, não sei se é... deve ser por causa da profissão mesmo, mas algumas delas chegaram bem nervosas.” (Girassol)

“Enquanto eu estava no hospital foi muito bom, mas no dia que eu recebi alta meu peito empedrou ai eu fui pro hospital HMIB pra tirar o leite do peito só que é uma dor terrível, uma dor cruel, mas fora isso foi super tranquilo a

minha recuperação toda... por ter sido o primeiro filho eu saí de lá sem saber amamentar, fui aprender mesmo em casa, foi com muita luta que eu aprendi a amamentar. ” (Rosa)

“Não, eu tentei amamentar e assim ela não conseguiu, o bico do meu peito parece que tava muito grosso, o mamilo né, ela teve um pouquinho de dificuldade pra pegar né, no começo, mas depois... ela demorou um pouquinho pra trazer ela, mas quando trouxe, a enfermeira também falou assim: “você não pode levantar a cabeça, você tem que ficar com a cabeça baixa, você não pode tentar forçar” como que você vai... ai ela falou assim: “você tem que dar de mamar pra criança”, mas como que você não pode levantar a cabeça ta, e ela não ajuda é ruindade também, era só uma mas assim eu achei meio ruindade né...Só no atendimento antes de entrar ela foi super grossa, a médica foi estúpida bem sei lá o que que aquela mulher tinha é assim um absurdo. Elas passam assim falando da importância do leite materno, como você deve fazer, mas não ajuda você, na maioria das vezes você que tem que se virar mesmo...” (Gardênia)

“...as parteiras iam na sua casa, ensinava você a dar banho na criança, ela ensinava você a cuidar do umbigo da criança, ela estimulava pra você dar o leite, porque o meu primeiro filho foi difícil, porque eu não tinha bico no peito e ela botou meu marido pra mamar o jogar o leite numa bacia de água pra fazer bico pra criança mamar...” (Alfazema)

A vida com a criança requer uma nova rotina, essas mulheres relatam ter que se adaptar e conciliar todas as tarefas com a maternidade. E a falta de estrutura no trabalho para a mulher com filho é marcante:

“É, como eu já fazia faculdade eu tive que ficar um semestre em regime especial e ai eu fazia todos os trabalhos em casa, na volta pra faculdade foi um pouco tipo primeiro semestre de novo porque tinha perdido toda aquela rotina e ai tinha que ir pra faculdade, voltar cuidar da casa, cuidar da filha então tudo isso mudou né, mas com um tempinho a gente foi se adaptando...” (Girassol)

“Enquanto eu estava grávida não mudou nada porque eu fui uma grávida muito ativa, não mudou nada, mas assim depois que eu tive minha filha eu tive que me adequar a ela né, eu fiquei fora da faculdade um semestre, porque não tinha quem ficasse com ela e hoje em dia eu tenho que ficar as vezes me rebolando pra deixar ela com uma pessoa, com o pai dela, com minha mãe, trazer ela pra faculdade, muitas vezes eu trago ela pra faculdade, mas assim tranquilo, porque ela é uma criança muito tranquila também.” (Rosa)

“Durante a gravidez não mudou não, mudou depois né, quando nasce muda tudo. ” (Gardênia)

Saberes e práticas populares de cuidado em saúde estão presentes nas experiências das mulheres, são aqueles compartilhados entre elas, que passam de geração em geração. A maioria das entrevistadas afirmam que receberam algum conselho de outras mulheres como mães e avós e decidem praticá-lo. Estas práticas acontecem, concomitantemente, ao uso dos serviços de saúde e sem entrar em contradição.

Bezerra e Cardoso (2006) observaram a busca pelo saber popular conjuntamente ao uso dos serviços de saúde. Perceberam também que os conselhos de mulheres próximas como mãe, amigas e avós são considerados principalmente em relação à alimentação que devem ter. Para Oliveira, (1985), as práticas populares vem sendo cada vez mais uma opção para os que não acreditam na medicina erudita ou até mesmo combinam as práticas oficiais com as populares em alguns casos. Ressalta que estas práticas possuem eficácia, caso contrário já teria caído em desuso.

As mulheres relatam suas experiências:

“Então o que que acontece, a minha mãe quando meu filho nasceu ela me indicou muito chá pra cólica, chá pra gripezinha e tal, agora quando eu tava grávida ela até me falava assim mais de comida sabe, evitar certos tipos de alimentos, ficar mais de repouso, mas agora em relação a chá não. ” (Violeta)

“A minha mãe me falou um trem de moeda, de botar moeda no umbigo do meu menino pro umbigo não sair, só que na boa eu achei super nojento e eu não ia botar ai eu cuidava assim mesmo com alcoolzinho setenta, toda troca

de fralda eu ia passando com o cotonete em uma semana o umbiguinho dele caiu, o umbigo dele é bonitinho não teve nada de moeda isso é lenda e me falavam que eu não podia comer chocolate, porque chocolate dava gases no neném, cólica e eu comi uma barra de 1kg de chocolate não deu nada.” (Violeta)

“Ah, o umbigo dela já caiu, caiu com oito dias, eu só passava álcool setenta ai também me ensinaram a colocar leite do peito que caía mais rápido, eu colocava e ai caiu. Falou pra mim comer todo dia nas horas certas, porque senão o leite seca, se você não comer bem o leite seca, ai eu vou ter que voltar a tomar remédio de novo... secar o leite, que eu tenho que amamentar a minha neném nos dois seios porque pode empedrar um, ai tem que ir pro hospital pra drenar. ” (Tulipa)

“Chá eu nunca também tomei, massagem eu sofri muito com dor nas pernas então tinha, não lembro se era um óleo, alguma coisa assim. Minha mãe falava muito sobre óleo pra questão de varizes? Estria? Ai ela falava muito pra passar óleo por causa das estrias, mas eu tinha muito a questão das dores nas pernas mas ai ele (esposo) fazia a massagem. ...até que um dia minha vó tinha uma tradição que passou pra minha mãe de amarrar uma faixa no umbigo e todo mundo falava: “não, não é pra amarrar essa faixa mais” e eu: “ué minha avó amarrou, eu vou amarrar essa faixa também” e um dia quando a gente foi tirar a faixa o umbigo caiu ai eu “Graças a deus” deu certo. De tradição, a comida que eles me enchiam de caldo de cana, de pamonha, de mocotó essas coisas, essas comidas fortes meu deus do céu, não aguentava mais pra ver se dava leite, o tal do caldo de cana meu peito inchou tanto que doía eu falava “gente eu não aguento mais tomar esse negócio” e era uma luta com esse negócio dessas comidas principalmente a comida com questão de tradição...” (Girassol)

“Sim, ela falava assim que pra mim evitar comer feijão requentado, tomar refrigerante porque podia prejudicar o bebe, não comer muita gordura, essas coisas mais populares. ” (Rosa)

“Não, assim o que eu escuto e que eu ainda não sei se é uma coisa que os médicos passam ou se é uma cultura digamos assim e da questão da

amamentação do preparo do seio pelo e o que eu li, algumas pessoas falam que ter um contato com o sol no seio, pegar sol você deixar tipo pegar sol no seio sem nada pra influenciar na amamentação pro bico do peito não rachar depois ai eu não sei se isso é real ou uma questão cultural, falam também pra fazer bico no peito a toalha que eu também não sei se é cultural ou se passam isso mesmo porque eu não ouvi a médica assim falar nada, não ouvi ninguém falar nada é do corpo eu escuto questão de cinta pra usar cinta é só isso...”
(Orquídea)

“...e esse negócio do umbigo é vó, vó que cuida. Vó é álcool né, que eles passam e como ela deu, antes de eu ir né, que minha mãe já tinha percebido que ela tava com icterícia aquele negócio de chá de algodão pra dar banho, eu acho que é algodão não tenho certeza não. É um banho de algodão, é tipo uns matinhos que minha mãe deu banho nela... não da segunda a gente já tem mais experiência assim e se você for pro lado de mãe minha filha, faz chazinho, dá isso e dá aquilo né, quer dar água, dar tudo, mas assim eu nunca deixei não...” (Gardênia)

“...o umbigo o centro de saúde ou a pediatra dela né, que ia nos orientando com mertiolate ou então algodão com álcool até que caísse o umbigo, agora a tradição dessa questão de umbigo que é uma coisa bem assim que... é guardar, é jogar... é enterrar em algum lugar pra pessoa ser próspera... essas crendices, essas coisas que eu não, que a minha sogra quis fazer e eu não deixei...eu tenho uma sogra que ela gosta muito de remédio caseiro então pra segurar menino ela vinha com chazinho com... com umas gotas é... pra não perder. Quando eu amamentava meu seio enchia muito ou então quando eu saía pra trabalhar que acumulava muito leite então empedrava, tipo que empedrava o seio, então quando a criança ia mamar doía muito e rachava meu seio e a minha sogra tinha uma crendice sei lá... que ela aprendeu não sei de quem... que se você pegasse um pente novo penteasse o seio assim do ombro pra o bico do seio ai o leite saía só que eu sentia era muita dor, e nas orientações que a gente tinha no centro de saúde era que a gente colocasse pano morno, compressa morna pra poder amolecer o leite e ai ele sair espontaneamente e a questão do pente dava certo porque machucava né, você

não podia nem pegar que doía muito, mas essa questão do pente teve uma vez que deu certo.” (Hortênsia)

Alfazema com sua experiência com as parteiras têm vários relatos sobre cuidados populares na saúde. Ela explica:

“A parteira que falava pra gente, você vai com água morna, lava o peito e vai passando o pente pra chegar o leite...ela (parteira) pegava um óleo de mamona, botava numa colher, esquentava numa lamparina, dava o banho na criança passava sabão em tudo ali sabe? Ai enxugava direitinho a criança, ai vinha com esse óleo de mamona, que a gente na gravidez tinha que conseguir essa mamona, esse óleo, chamava óleo rícino né, então ela botava numa colher, numa lamparina amornava ali, depois que ela amornava ela pegava o algodãozinho isso com as mãos com luva, limpa, elas usavam luva. Ali ela passava ali no umbigo botava um paninho ali, um paninho furado, quadradinho molhava com o óleo e pegava uma cinta e amarrava a criança, amarrava a criança que botava atrás. Hoje, já a última filha minha já não foi com isso, foi com mertiolate... Às vezes teve criança também que nascia com aquela amarelidão então ela mandava a gente dar... ela trazia pra casa picão (erva), cozinhava aquele picão fervia ele... você cozinha o picão com folha e tudo quando ele tiver cozido, bem fervido você deixa ele esfriar, coa num pano pra não passar nada, ai você bota dentro da bacia e dá banho na criança, lava a cabecinha dá banho que isso ai é pra tirar aquele amarelidão e tomar sol de manhã cedo nu, isso que ela passou pra mim. Outra coisa dor de barriga, cólica ela mandava a gente dar o chazinho de coentro, erva doce você fazia o chazinho, coava, botava na mamadeira pequeninha ou botava mesmo na colher porque criança que mamava nos peitos não pega mamadeira a gente dava na colherzinha e foi isso, e isso eu passei pra meus filhos. Hoje tem outros métodos né, pra você fazer quando a criança ta com cólica, mas no meu tempo não, no meu tempo era esses chazinho que a gente dava. Diz que é pra aumentar a dor (trabalho de parto) e pra gente não ficar fraca ela (parteira) mandava botar açúcar, é chá de canela, tomei muito chá de canela, porque tem mulher que a dor vem pausadamente, no meu caso não quando vinha, vinha mesmo e ai... mas eu tomei... Brotoeja, a criança que

nascia com uma brotoeja as parteiras ensinavam a gente pegar um pedaço de telha e colocar dentro do fogão, porque naquele tempo era fogão de lenha, ai você botava lá no fogo deixava ela lá, quando ela ficava vermelhinha você pegava uma água limpa numa bacia e jogava ali dentro e ali você banhava a criança e secava as brotoejas. ...quando a gente ficou sabendo que o médico chegou ele falou assim: “olha mãe, quando a senhora chegar em casa a senhora pega um café, faz um café bem forte sem açúcar e depois que a senhora fizer o café a senhora pega um algodão molha morno no café e aperta no ouvido dele” e eu fiz isso, nunca mais ele sentiu dor de ouvido. ”
(Alfazema)

4.5 Uso dos sistemas público ou privado

A análise sobre os sistemas vai aos extremos desde “traumatizante” à “maravilhoso”, o que revela que cada experiência é singular e depende da equipe. Isso pode ser analisado como um problema, pois não há regularidade na experiência e depende do momento da experiência vivida, se foi no pré-natal ou no parto e da equipe que estava no momento. Houve desconfiança nos serviços tanto público quanto privado a respeito da troca de bebês, esse foi um dos medos das mães.

As duas participantes que utilizaram exclusivamente o sistema privado tiveram como desfecho da gravidez um parto cesáreo. As três participantes que declararam utilizar somente o sistema público, uma teve como desfecho o parto natural e as outras duas ainda gestantes tinham expectativas de ocorrer o parto natural.

Quanto ao pré-natal no SUS, os relatos das entrevistadas e diários de campo caracterizam como de boa qualidade a assistência, com a realização de vários exames e disponibilidade de vacinas, isto se deve às ações preconizadas pelos programas e políticas de saúde, em especial a Rede Cegonha que preconiza a realização de testes rápidos, por exemplo.

Observou-se também o problema do custo financeiro da assistência ao parto, em um dos relatos ocorreu a venda de um bem material à época para custear a assistência. Outra mulher, ainda gestante devido à dificuldade de acesso, cogitou a possibilidade de

pagar pelo parto junto com a cirurgia de laqueadura, temendo que não seja realizado no SUS:

“Nem cheguei a procurar (o sistema público), porque a eu já tinha um plano de saúde né, então eu nem cheguei a procurar e eu precisava de uma atenção maior de obstetra que se eu ligasse pra ele três da manhã ele me atendesse entendeu? Que eu tivesse o WhatsApp dele que eu tivesse um acompanhamento bem pertinho mesmo, a gente sabe que no SUS os médicos não fornecem o telefone nem nada que possa te manter próximo dele. ” (Violeta)

“...eu tive uma gravidez de risco e eu tive que procurar um outro médico especialista em gravidez de risco, que não aceitava plano de saúde ai eu tive que fazer tudo literalmente particular. ” (Violeta)

“A gente só foi atrás do pré-natal dois dias depois, a gente foi na médica, que era médica da minha mãe quando ela tava grávida, isso no particular. ” (Girassol)

“Ah, maravilhoso não tem hospital melhor aqui em Brasília que o HUB pra ter filho, a enfermeira que me acompanhou todo o tempo ela estava comigo lá presente, os pediatras eram excelentes, a médica ginecologista era maravilhosa então tudo bom...” (Rosa)

“Eu comecei o meu pré-natal no sistema particular, eu não tive exames como Papanicolau, foram só exames de sangue e assim a doutora era muito acolhedora, fazia sempre ecografia, sempre ultrassom e eu me sentia muito bem com ela e desabafava muito com ela, porque eu tive início de depressão quando eu fiquei grávida, ai eu desabafava muito com ela, mas ai depois eu passei pra rede pública com seis meses se eu não me engano eu passei pra rede pública com cinco pra seis meses. ” (Rosa)

“Bom, apesar da gente ver várias dificuldades no SUS, eu não tive problema nenhum, eu costumo falar que assim é um pré-natal bem tranquilo, eu não tive nenhuma dificuldade de acesso. ” “...agora mais pro final da gestação que eu comecei a ter alguns problemas com exames, que não tinha também, mas questão de atendimento não tive problema nenhum. ” (Orquídea)

“O pré-natal e o parto no particular, porque eu tinha um plano de saúde quando eu trabalhava na e eu iniciei o pré-natal com um médico no particular. ” (Violeta)

“Se eu optar por fazer a cesárea tem que ser no particular, no público não faz ai eu to pensando em fazer no Valparaíso. ” “Não, particular mesmo porque lá foi o lugar mais em conta um médico bom todo mundo me indicou ele então ele é o mais em conta. ” (Jasmim)

“Assim da primeira a gente fez um plano de saúde, mas no decorrer a gente descobriu que não cobria o parto né, tava muito acho que tem tempo né... porque eu conhecia a ginecologista já frequentava então foi com ela e da segunda foi... não fiz plano de saúde foi tomada a decisão assim na hora mesmo. ” (Gardênia)

“Dizem que parto é caro depende também de cada hospital, mas eu falo não ganhem em rede pública você é maltratada, tem mulher que grita e elas são grosseiras, porque dói mesmo se você tiver oportunidade junta dinheiro, faz empréstimo, vende o marido, mas vai no particular pelo amor de deus, mas tem umas que... eu acho que fui traumatizada mesmo. ” (Gardênia)

“Foi bom, eu gostei do atendimento aonde eu to fazendo, por ser da rede pública né, eu achei um atendimento muito, muito bom. Eu faço na clínica da família. ” (Azaleia)

“Dois foram particular e uma foi no hospital público, onde eu sofri mais né... no hospital público. ” (Hortênsia)

“...tem até uma história engraçada assim que a gente vendeu uma linha telefônica, quando essa linha telefônica custava... servia pra alguma coisa assim no sentido de dinheiro né, ai era muito caro, nós vendemos a linha, pagamos a cirurgia...” (Hortênsia)

“Era no interior, não tinha nada disso a gente tinha as parteiras, que quando a gente procurava elas dizendo o mês que a gente ia ganhar neném, elas ficavam visitando a casa da gente e quando a criança nascia ela lá no hospital dar o laudo da gente. No público, não é porque foi hospital

particular não, porque meus filhos foi tudo no público, as duas que eu tive cesárea foi no hospital público. ” (Alfazema)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito do Sistema Único de Saúde muitos foram os avanços nas áreas de saúde da mulher e materno-infantil, com várias normativas assegurando direitos e recomendando ações seguras no que tange a assistência à saúde da mulher e da criança. Os avanços contemplam a perspectiva de gênero como fator associado às condições de saúde e qualidade de vida das mulheres.

No entanto, a integralidade, neste contexto, surge como um princípio que precisa ser reafirmado mediante políticas e programas de saúde, observa-se também lacunas quanto à postura profissional e o modelo de atenção à saúde, tanto nos serviços públicos quanto privados, em relação a violência em todas as suas expressões e a intolerância, que por vezes são praticadas por meio das relações de poder e dominação baseada na classe social a qual profissionais e usuárias pertencem, sem considerar os princípios da integralidade e da equidade que são sempre alvo das políticas e programas de saúde.

Os serviços de saúde seguem o modelo tecnocrático de assistência à saúde, sendo necessário uma mudança de paradigma, no sentido de incorporar e efetivar as práticas humanizadas e fazer valer os direitos das usuárias, sem considerar questões de gênero, cor/etnia, classe e poder para ampliar a desigualdade em saúde, mas essas deveriam ser analisadas com o intuito de retirarem essas mulheres de situações vulneráveis.

Este modelo tecnocrático está centrado na conduta do profissional, que é valorizado no momento dos atendimentos em detrimento do protagonismo que deve ser da mulher. Os profissionais que vivenciam este modelo têm postura e comportamentos moralizantes e desfavoráveis às classes populares, que estão mais suscetíveis a violações de seus direitos.

Em relação as práticas populares de cuidado, foi verificado que são práticas importantes no contexto em que as mulheres vivem a gestação, nascimento e cuidados com o recém-nascido, no entanto não são exclusivas, pois há sempre a presença de profissionais de saúde e orientações oficiais. Observou-se então a adesão simultânea ao serviço oficial de saúde e às práticas populares de cuidado e assistência ao parto, sendo uma característica de uma população que mantêm suas tradições e valoriza os conhecimentos populares em saúde.

As mulheres que tiveram seus filhos no sistema privado foram submetidas a cesárea, enquanto no Sistema Único de Saúde predominou o parto normal, as cesáreas

foram realizadas em casos necessários, mas destaca-se que foram realizadas em após longo período de espera levando a mulher ao sofrimento. Nos relatos desta pesquisa a maior parte das entrevistadas não teve acesso a acompanhante e as mulheres gestantes entrevistadas tinham a perspectiva de não ser permitido entrar com acompanhante.

A comunicação com o profissional de saúde e o relacionamento interpessoal foi um dos pontos chave deste trabalho, pois este aspecto norteia toda a assistência e pode gerar contextos desfavoráveis com a presença de medo, insegurança, dominação e desfechos negativos, quando a comunicação se faz efetiva há maiores situações de acolhimento, motivação e afetividade, proporcionando outro significado ao momento vivenciado pelas mulheres. O fato dessas mulheres estarem em contextos populares amplia a distância com relação aos profissionais de saúde, os insultos e descasos aumentam. O acolhimento e criação de vínculo que deveriam ser habilidades dos profissionais de saúde para acontecerem dependem muito mais do caráter humanitário da equipe presente, em suma, a efetividade e garantia do direito de assistência ao parto acaba por se tornar um elemento de sorte.

Quanto ao uso de intervenções realizadas durante o parto foram verificadas práticas violentas, consideradas desnecessárias e baseadas na hegemonia dos serviços de saúde e de seus profissionais levando a mulher ao constrangimento, sofrimento e infringindo seus direitos como usuária.

Ficam como desafios para os serviços de saúde, em especial para os gestores e profissionais da assistência no Sistema Único de Saúde a efetiva implementação das políticas e programas voltados para a saúde da mulher e atenção materno-infantil, com foco na qualidade da assistência e nas práticas humanizadas, que implicaria na mudança do modelo tecnocrático e, especialmente, nos processos de trabalho, os quais deveriam efetivamente criar vínculos, estabelecer diálogos, compartilhamento de terapêuticas.

Uma questão para reflexão é como efetivar um modelo de atenção que privilegie as práticas humanizadas, a saúde integral e universal de modo que todas as mulheres e crianças independente de sua classe, cor e gênero possam acessar independente do acaso ou questão de sorte.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKER, Justina *et al.* As Parteiras e o cuidado com o nascimento. Lajeado, RS. **Rev. Bras. Enferm.**; 59(5): 647-51, set/out, 2006.
2. ANGROSINO, Michael. Observação Etnográfica. In: ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 5. p. 73-87.
3. ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138 p.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa de Humanização do Parto**: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2007.
6. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.067, de 04 de julho de 2005**: Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências 2005b.
7. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. _____. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005**: Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1> Acesso em 27 nov. 2015.
9. _____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 27 nov. 2015.
10. _____. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011**: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.
11. BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o

- trabalho de parto e parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p.414-421, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016>. Acesso em: 23 set. 2015.
12. BRITO, Amanda. 2013. **MODELOS DE PARTO NO DISTRITO FEDERAL: perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde**. Monografia de graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia, UnB, Brasília.
 13. BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2015.
 14. CECAGNO, Susana; ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira de. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p.409-413, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2015.
 15. CIELLO, Cariny *et al* (Col.); PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA (Org.). **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Brasília, Senado Federal. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 27 nov. 2015.
 16. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
 17. COROSSACZ, Valéria Ribeiro. Dois mundos confrontados: as histórias reprodutivas dos médicos e das pacientes. In: COROSSACZ, Valéria Ribeiro. **O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, UFRJ, 2009. Cap. 7. p. 233-257.
 18. COSTA, Ana Maria. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 33. p. 979-1010.
 19. CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Cap. 3. p. 51-66.
 20. CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto a fórceps. **Feminina**, [s.l.], v. 39, n. 12, p.549-554, dez. 2011.

21. CUNHA, Manuela Carneiro. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. In: CUNHA, Manuela Carneiro. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo, Cosac & Naify, 2009. p. 301-310.
22. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos Brasil 2012 – IDB 2012. Indicadores de Cobertura. **Proporção de partos hospitalares**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>>. Acesso em 5 dez. 2014.
23. Davis-Floyd, Robbie. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. In **INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS**. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, p. 5-23.
24. DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p.2647-2655, 2006.
25. FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
26. GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre, UFRGS, 2009. 120 p.
27. GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. 109 p.
28. GOLDENBERG, Mirian. Objetividade, representatividade e controle de bias na pesquisa qualitativa. In: GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 44-52.
29. GOMES, Romeu. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, Maria Cecília & SOUZA, Edinilsa Ramos. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. RJ: Ed. FIOCRUZ, 2003.
30. GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Cap. 4. p. 67-80.
31. KESSING, Roger Martin; STRATHERN, Andrew. Vidas determinadas pelo gênero. In: KESSING, Roger Martin; STRATHERN, Andrew. **Antropologia Cultural uma perspectiva contemporânea**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. Cap. 12. p. 312-325.

32. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2015.
33. MAIA, Mônica Bara. Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil. In: MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 1. p. 19-49.
34. MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.
35. MAIA, Mônica Bara. Instituição, Organização e Profissão na Assistência ao Parto. In: MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 2. p. 51-77.
36. MALHEIROS, Paolla Amorim *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.329-337, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 set. 2015.
37. MARTIN, Emily. “Menstruação, trabalho e classe social”. In: MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultura da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
38. MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina Sousa; GOMBERG, Estelio (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
39. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.
40. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: Impactos no Setor Saúde e Respostas do Sistema. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 34. p. 1011-1036.
41. MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p 239-262, jul-set, 1993.
42. Minayo, Maria Cecília Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco;1992.

43. MOLITERNO, Aline Cardoso Machado *et al.* Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p.293-301, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2015.
44. OLIVEIRA, Elda Rizzo. **O que é a Medicina Popular**. Campinas, SP. Brasiliense, 1985.
45. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Violencia contra la mujer: violación y agresión sexual**. Genebra: OMS, 1998.
47. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.
48. SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.190-197, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2015.
49. SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana. Flávia. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 3(5): 11-26, 1999.
50. TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p.740-744, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600004&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 set. 2015.
51. TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.419-427, 2003.
52. WIELEWICKY, Vera Helena Gomes. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n. 1, p 27-32, 2001.
53. ZANETTI, Miriam Raquel Diniz *et al.* Episiotomia: revendo conceitos. **Feminina**, [s.l.], v. 37, n. 7, p.367-371, jul. 2009.
54. WOORTMANN, Klass. “Um único filho não é filho”. In: WOORTMANN, Ellen et al, (Orgs). **Respeito à Diferença: uma introdução à antropologia**. Brasília: CESPE, 1999.

7 APÊNDICE

Quadro – 2 Roteiro de Entrevistas

Parte I – Identificação
Nome:
Idade:
Escolaridade:
Profissão:
Profissão do Parceiro:
Parte II – Contexto social e familiar
Possui religião?
Qual a influência da religião sobre ter filhos ou estar grávida?
Tem quantos filhos? Ou está grávida de quantos meses?
Qual a importância de ter filhos?
Como descobriu que estava grávida?
Qual foi a reação, o que fez logo que descobriu?
Houve apoio da família ou parceiro?
Mudou os hábitos alimentares?
O que mudou na sua rotina após estar grávida ou ser mãe?
Parte III – Serviços de Saúde
Como a primeira vez na consulta de pré-natal?
Como foi o atendimento no serviço em relação a comunicação, esclarecimentos e orientações?
Descreva o momento das contrações ao parto
Houve acompanhante?
Parte IV – Cuidados após o parto
Como foi a recuperação?
Como foi a amamentação?
Como foram os primeiros cuidados em casa com a criança?
Quanto às tradições e cuidados populares em saúde?

Fonte: Elaboração Própria, 2015.