

Antropología

Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado

Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized

Entre ritos e contextos: Decisões e significados atribuídos ao parto natural humanizado

Bárbara Régia Oliveira de Araújo¹, Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza², Regina Maria dos Santos³, Larissa Lages Ferrer de Oliveira⁴, Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto⁵

¹Mestre. Professora Titular do Centro Universitário CESMAC. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: brboliveiraa@gmail.com

²Pós-Doutora. Professor Associado IV da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: trezzacris@gmail.com

³Doutora. Professor Associado IV da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: relpesantos@gmail.com

⁴Mestranda. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: larissalagesf@gmail.com

⁵Mestranda. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas–Brasil. Correo electrónico: lauraatenorio@gmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Araújo, B. R.O., Trezza, M. C. S. F., Santos, R. M., Oliveira, L. L. F. & Pinto, L. M. T. R. (2019). Entre ritos y contextos: Resoluciones y significados atribuidos al parto natural humanizado. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.18>

Correspondencia: Rua Prof. Virgílio Guedes, 794. Ponta Grossa. Maceió-AL, Brasil

Correo electrónico de contacto: brboliveiraa@gmail.com

Recibido: 06/12/2018; Aceptado: 11/03/2019



ABSTRACT

The object of this study is the development of decisions and meanings assigned by women from different health contexts in humanized natural birth. This is a

qualitative and descriptive study based on stories of 14 women from Maceió/AL, Brazil. To generate reports it was used an interview form based in the Transcultural Nursing Theory from Madeleine Leininger. The

results highlight two groups: A) Women that wished a humanized natural birth; and, B) Women that didn't wish a humanized natural birth. The first group did so believing in maternal-fetal benefits and also wishing to exercise their autonomy, giving birth respectfully through a violence free health care; while the women in the second group reported different reasons for their choices, whether understanding the shortcomings from national health system or even from fear of pain and easy access to elective cesareans. It is understood that the meanings and decisions made by the informants about their parturition are closely related with their contexts and the understanding of their health-disease process linked to parturition.

Keywords: Nursing, transcultural nursing, natural childbirth, humanizing delivery.

RESUMO

É objeto deste estudo o desenvolvimento de decisões e significados atribuídos por mulheres de diferentes contextos de saúde ao parto natural humanizado. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo baseado nos relatos de 14 mulheres de Maceió/AL, Brasil. Para produção de informações utilizou-se formulário baseado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Dos resultados emergiram dois grupos: A) mulheres que desejaram parto natural humanizado e, B) mulheres que não desejaram um parto natural humanizado. As primeiras fizeram-no acreditando em seus benefícios materno-fetais e ainda desejando o exercício de sua autonomia, parindo respeitosamente por meio de uma assistência livre de violências; enquanto as mulheres do segundo grupo relataram motivos distintos para sua escolha, fosse pelo entendimento das deficiências do Sistema Único de Saúde ou pelo próprio

medo da dor e fácil acesso às cesarianas eletivas. Compreendeu-se assim que os significados e decisões das informantes acerca dos seus tipos de parto estão intimamente relacionados com seus contextos e entendimento de seu processo saúde doença atrelados à parturição.

Palavras chave: Enfermagem, enfermagem transcultural, parto normal, parto humanizado.

RESUMEN

Es objeto de este estudio las decisiones y significados atribuidos por mujeres de diferentes contextos de salud al parto natural humanizado. Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo, basado en informes de 14 mujeres de Maceió/AL, Brasil. Para la producción de la información se utilizó un formulario basado en la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Los resultados plantean dos grupos: A) Las mujeres que desean un parto natural humanizado; y, B) Las mujeres que no desean un parto natural humanizado. El primero lo hizo creer en los beneficios para la madre y el feto y también desean el ejercicio de su utonomía, de dar a luz con respeto a través de una asistencia libre de violencia; mientras que las mujeres en el segundo grupo informaron diferentes razones para su elección fue el entendimiento de que las deficiencias del sistema nacional de salud o por el miedo al dolor y fácil acceso a la cesárea electiva. Se entiende así que los significados y las decisiones de los informantes sobre sus modos de entrega están estrechamente relacionadas con sus contextos y la comprensión de su proceso de salud-enfermedad relacionado con el parto.

Palabras clave: Enfermería, enfermería transcultural, parto normal, parto humanizado.

INTRODUÇÃO

Por anos, os profissionais de saúde tem fornecido atividades assistenciais focadas nos aspectos fisiológicos, biológicos e na dimensão clínica do processos saúde-doença das pessoas assistidas. Neste sentido, problematizamos aqui a reprodução desta lógica durante assistência à gestação e ao parto e o desenvolvimento de decisões e significados atribuídos por mulheres de diferentes contextos de saúde ao parto natural humanizado, configurando assim o objeto deste artigo.

Ao criticarem o modelo de assistência biomédica em trabalhos muito à frente de seu tempo, Jordan e Davis-Floyd abriram outras visões relativas abordagem em saúde baseada em relações de poder e domínio e na coexistência de vários sistemas de assistência à parturição e nascimento. Porém, sendo a maioria dessas pesquisas desenvolvidas por homens, até uma época recente, pouco se conhecia dos costumes das mulheres nas sociedades estudadas (Jordan, 1983; Davis-Floyd, 1992).

No setor profissional de assistência, as controvérsias dos papéis de gênero também se acentuam e apesar de constituir maior parte do setor (enfermeiras e parteiras), os empregos de prestígio e justa remuneração estão geralmente nas mãos de profissionais do sexo masculino. Sendo assim, considera-se a classe médica “de certa forma, uma expressão da ideologia social e do sistema econômico dominante, incluindo as suas divisões em estratos sociais e sua divisão sexual do trabalho” (Helman, 2009).

O processo de medicalização pode ser reconhecido como um fenômeno que torna a medicina controladora da sociedade através do saber médico e da intervenção em desvios e patologias que desnaturalizam a vida cotidiana, deixando as pessoas em desarmonia com seu meio (Vargens, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, “a medicalização do corpo feminino – que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura” (Brasil, 2001).

A cultura do nascimento “informa os membros da sociedade sobre a natureza da concepção, as condições apropriadas para a procriação e a gestação, o funcionamento da gravidez e do parto e as regras e os fundamentos lógicos do comportamento pré e pós-natal” (Helman, 2009).

No seu estudo transcultural sobre nascimento nas comunidades Maia (México) em contraste com a assistência altamente tecnológica dos Estados Unidos e a assistência prestada por parteiras na Holanda e na Suécia, Jordan constatou o desenvolvimento de maneiras específicas de condução do parto. Tendo estas diferenças recaído especificamente na conceituação do processo de tomada de decisão e os sistemas disponíveis para a mulher em trabalho de parto (Jordan, 1983).

A partir de então, sintetizou os conceitos encontrados em quatro categorias: I) evento natural; II) evento estressante, porém fisiológico; III) experiência pessoal intensa; IV) evento patológico. Sendo nas três primeiras realidades o parto considerado uma manifestação de saúde e de cuidados prestados no âmbito familiar, enquanto que na última nota-se a prática adoção do modelo biomédico, condicionando padrões de comportamento e cuidados próprios a um contexto geralmente hospitalar, com condutas padronizadas e emprego de rituais mais complexos, sendo a variável risco-benefício analisada no plano final da assistência (Jordan, 1983; Gualda, 2009).

Davis-Floyd também contribuiu para a caracterização dos nascimentos, tomando

como ponto de análise a perspectiva de 100 gestantes e mães, inseridas no contexto de assistência de enfermeiras, obstetrias e obstetras nos Estados Unidos. Neste estudo adotou-se a perspectiva do nascimento enquanto rito de passagem, considerando que os procedimentos executados no partear conduzem valores centrais da sociedade no qual se insere (Davis-Floyd, 1992).

Mais tarde, em 1996, a Organização Mundial de Saúde viria propor uma mudança e reformulação dos paradigmas de assistência pautada no modelo biomédico, dando o pontapé na era da humanização do parto e nascimento com o Guia de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Sendo assim, este novo paradigma apresenta-se com ênfase ao respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, prezando por intervenções respeitosas e cuidadosas, sem excessos, utilizando recursos tecnológicos de acordo com critérios preestabelecidos.

No contexto brasileiro, Paim, ao descrever as concepções e maternidades em grupos populares, afirmava que a mesma não se esgotara apenas como fato biológico, mas abrangia dimensões construídas cultural, social, histórica e afetivamente, sendo este fenômeno uma construção simbólica que poderia ser percebida a partir dos diversos significados que uma gravidez pode ter na mesma cultura ou em diferentes culturas (Paim, 1998).

Acredita-se assim que que não se pode compreender o comportamento da parturiente somente no momento no qual se presta assistência à saúde. Pelo contrário, "há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu a gestação, em que momento de vida se encontrava a mulher e o seu companheiro, e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento"

(Bezerra, 1998).

O estudo dos elementos que compõem as práticas culturais, como valores, reflexões, costumes, normas, dentre outros, faz-se importante para a compreensão das diferenças culturais à medida que elas formam sistemas integrados. Os conhecimentos, percepções e cognições são utilizados nos sistemas culturais de saúde para definir e classificar, bem como explicar fenômenos de saúde e doença (Langdon, 2010).

Sendo assim, acreditando-se na importância e potencial dos estudos culturais embasando a formulação de práticas assistenciais culturalmente congruentes, tem-se como objetivo deste artigo descrever as decisões e significados atribuídos por mulheres ao parto natural humanizado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo baseado nos relatos de 14 mulheres, que optaram ou não por um parto natural humanizado, em seus diversos contextos de vida. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2015 e abril de 2016 após contato com as participantes do estudo *Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado*, trabalho de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, da qual este artigo foi extraído.

A aproximação com as informantes se deu por meio da relação previamente estabelecida pelas pesquisadoras com as mesmas e seus contextos de vivência e assistência ao ciclo grávido-puerperal. Levou-se em conta mulheres de qualquer idade que tiveram pelo menos um parto na cidade de Maceió, Alagoas, com definição

das informantes por meio do uso da técnica de amostragem não probabilística, conhecida como Amostragem em Bola de Neve ou *Snowball*.

Ao nos depararmos com as realidades de busca de cada mulher pelo parto natural humanizado, fez-se necessário a caracterização em dois grupos: A) mulheres que desejaram parto natural humanizado e, B) mulheres que não desejaram um parto natural humanizado, cada um composto por 7 informantes. As autorizações foram cedidas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido–TCLE, como sugerido na Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CNS, 2012), e após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado n.º 1.423.003/16.

Para produção de informações utilizou-se o eixo “Aproximação com o tema” de um formulário de entrevista semi-estruturado baseado no *Sunrise Model*, mapa visual e cognitivo para a apreensão dos múltiplos fatores que influenciam nas concepções de cuidado, alicerçado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (Leininger, 2006), composto dos seguintes questionamentos, para o grupo A: *Você está sendo entrevistada porque escolheu ter um parto natural humanizado (PNH), foi isso?; O que você entende por parto natural?; O que você entende por parto humanizado?; Por que você planejou este tipo de parto?;* e para o grupo B: *Você já ouviu falar em parto natural? O que você entende por parto natural? O que você entende por parto humanizado? Por que você não planejou um parto natural humanizado?*

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com base em categorias temáticas levantadas por meio da assimilação da universalidade dos relatos ou

diversidade de compreensões de mundo acerca do parto natural humanizado, como proposto pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cuidado Cultural e suas correlações com a escolha das informantes, gerando subgrupos de acordo o desfecho de seus partos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A necessidade de aprofundar o entendimento das mulheres acerca de suas concepções sobre parto natural humanizado foi percebida a partir do momento em que estas relataram motivações e planejamento de sua gravidez e parturição. Cientes de seu contexto sociocultural, as informantes adquiriram de outras pessoas os saberes sobre o processo do parto em si.

No grupo das mulheres que buscavam um parto natural humanizado, foi possível tomar que seus conceitos universais que envolviam primeiramente uma clara necessidade de distinguir parto natural do parto vaginal, além de definir suas representações sobre a cesariana. Para as informantes, um parto natural sempre evoluirá por via vaginal, mas nem sempre o contrário será válido, pois o excesso de intervenções tiraria de si o entendimento da “naturalidade” do processo:

Parto natural é o que acontece por via vaginal. Porque o fato de não ser cirúrgico não significa que é natural, assim, quando tem todas as intervenções e remédios, instituição e aquele monte de proteção ao nosso redor não é um parto natural, pode ser um parto via vaginal, mas não um parto natural. (...). (I-02)

No contexto da atenção ao parto no sistema público, faz-se forte ainda a dicotomia da assistência localizada entre a grande violência obstétrica embutida nos

partos vaginais *versus* cesarianas desnecessárias. A partir desse entendimento e levando-se em conta os procedimentos ainda rotineiros na assistência ao parto vaginal como uso da episiotomia, a administração de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto, amniotomia sem a prévia autorização, realização da manobra de Kristeller, o frequente toque, parece haver necessidade de definição de outros aspectos universais para ampliar a compreensão das informantes.

Sendo assim, o segundo aspecto universal, este consenso absoluto entre todas as sete informantes, é o de que o parto natural perpassa ausência de intervenções, associando a sua responsabilidade total e inteiramente à interação da mulher com seu processo de parturição e com o feto, sem interferência e durante o tempo que se julgue necessário:

O parto natural, eu acredito que seja um parto sem intervenção, com o mínimo de intervenção técnica no caso (...) eu entendo como algo que vem mais para mulher, dando o empoderamento da mulher para o seu próprio corpo, em relação ao domínio do processo, não necessariamente esperar o profissional da saúde (...). (I-05)

(...) aquele parto onde a mulher segue seus instintos é uma coisa bem animal mesmo, onde ela não tem intervenção externa, interferência externa. Eu sempre me associo ao parto dos animais né, onde eles buscam sentir as emoções, no caso as contrações e também é uma coisa assim que não tem... (I-01)

Nota-se ainda a preocupação das mesmas informantes em sinalizar que alguma intervenção possa ser necessária, o que demonstra a compreensão de que o trabalho de parto e parto são processos de saúde que determinam alterações homeostáticas

necessárias para sua evolução e que estas podem devem avaliadas por um profissional competente. Aqui salienta-se que, os possíveis riscos por si só não impedem a gestante de evoluir o curso normal do parto, necessitando sempre existir uma razão válida para interferir no processo natural (Baston, 2010).

Julga-se importante sinalizar ainda que, para este grupo de mulheres, a compreensão de naturalidade não está necessariamente relacionada a aspectos desprovidos de assimilação cultural, como na antropologia, mas sim no que se espera e se compreende de um processo harmônico e fisiológico do próprio corpo centrado na mulher e no feto enquanto atores principais.

Admitindo-se diferenças na definição de parto normal *versus* parto natural, para além da evolução da via vaginal, considera-se a reflexão de que humanizar o parto e o nascimento é um momento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pari, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (Maia, 2010).

Esta perspectiva corrobora com o fato de que o parto natural consiste numa assistência sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o processo de parturição, onde o cuidador oferece suporte emocional e científico à mulher e/ou familiares, estimulando empoderamento individual e relações terapêuticas benéficas centradas na fisiologia e autonomia da mulher e suas escolhas livres e esclarecidas num contexto biológico, social, cultural e espiritual próprio (Cruz, 2009; Maia, 2010).

Porém, a assistência ainda prestada por profissionais de saúde, em sua maioria experiências de parto normal, caracteriza-se

por uma relação impessoal, no qual os profissionais estão distanciados do ser que recebe (Cruz, 2009). É neste sentido que, para algumas mulheres do grupo que não buscou um parto natural -grupo B- as concepções de parto natural são diversas:

[O parto natural] é um parto mais humanizado em que eles fazem a mulher estar no centro das atenções e respeita a vontade dela, como ela se sente, o que ela quer fazer... Aí ela pode fazer exercícios com a bola, tomar banho, entrar na banheira, para que ela sinta o máximo possível de bem-estar. (...) Não faz diferença [o parto natural] do humanizado. (I-04)

Eu acho assim, que é o mesmo procedimento de ter normal, só que muda que não é no hospital né, é em casa, acho que talvez tem gente que prefira ter em casa por conforto, acho que se sente mais confortável em casa do que no hospital. (I-11)

O normal é... o normal, o natural... Eu acho que o natural também é o normal né? Que você tem na maternidade, né isso? Que é com os médicos, com as enfermeiras, lhe examinando e tudo... (I-03)

Os qualificadores de parto natural utilizados pelas mulheres do grupo B deixam implícita a via de parto vaginal e a aproximação de um contexto que respeite as necessidades de conforto das mulheres. Citando as boas práticas, para o manejo do parto e nascimento e técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor enquanto meio para este conforto, sem dispensar assistência profissional, relação muito utilizada nas discussões de assistência humanizada ao parto nascimento (WHO, 1996). Essas tecnologias podem promover o conforto, reduzindo riscos e instituindo cuidados eficazes e apropriados às

necessidades das mulheres, ressaltando uma relação profissional-paciente humanizada, ancorada no diálogo genuíno e no respeito à dignidade humana (Pereira, 2011).

No tocante ao entendimento de parto humanizado, as mulheres do grupo A localizaram a prática profissional como determinante para favorecimento e reconhecimento do bem-estar materno e neonatal, tomando a autonomia da mulher enquanto determinante para sua compreensão e não necessariamente a fisiologia ou a via de parto:

(...) acho que tem mais a ver com a postura dos profissionais que estão acompanhando o parto do que a via ou o parto natural por exemplo ou um parto desassistido no banheiro, na banheira de casa pode ser um parto natural. Mas não necessariamente é um parto humanizado, porque se aquela mulher tá assustada, ela não planejou aquilo, se aquilo não foi bom uma boa experiência pra ela, eu acho que não se encaixa no conceito de humanizado. (I-06)

Seibert afirma que “humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios” (Seibert,2011), visão que corrobora com a apresentada por informantes deste grupo:

A primeira coisa que pra mim caracteriza parto humanizado é ver aquela mulher como uma pessoa protagonista do parto, que tem as suas necessidades e que (...) não se coloque empecilhos, como é feito, né? (I-02)

Sendo assim compreende-se que

humanização não perpassa a realização ou não de cesariana. Pelo entendimento da dinâmica e imprevisibilidade do parto, nem sempre o parto planejado e/ou natural será possível, o que não quer dizer que a autonomia e o respeito à mulher não foi exercido. Tem-se que “o próprio dinamismo do momento do parto pode modificar as preferências iniciais da mulher, suscitando novas escolhas que são impelidas pelo instinto do seu corpo no momento de parir” (Pereira, 2011).

As compreensões das mulheres do grupo A também são compartilhadas em certa medida pelas mulheres do grupo B quando assinalam a postura humanizada enquanto atitude profissional diferenciada. Porém, ressalta-se que no segundo grupo foi frequente a associação direta com a assistência prestada em domicílio, como fazem as informantes I-03 e I-11, que não buscavam um parto natural humanizado e tiveram seus partos assistidos sem intervenções numa maternidade SUS:

E humanizado é em casa né? Que você tem mais apoio dos seus familiares, você, tem higiene né, na sua casa, o conforto né. É acho que eu troquei! Assim no meu pensamento, é um parto que você tem na sua casa no seu conforto né, com as pessoas da sua família, lhe dando forças né, aquele vizinho também... (I-03)

(...) como natural geralmente é em hospital, humanizado é em casa no seu lar, no seu conforto, sem estresse do hospital, você mesmo pode retirar né o bebê na água é mais confortável, sem mais estresse. (I-11)

Porém, ao serem questionadas sobre a possibilidade de seus partos hospitalares serem classificados como humanizados, as mesmas informantes afirmam crer que sim, mas refletindo a possibilidade dos mesmos terem “fugido à regra” do que se espera no

contexto hospitalar, reforçando assim a dicotomia “parto vaginal com muitas intervenções *versus* cesariana mal indicada” dos Sistema Único de Saúde e sistema suplementar de atenção à saúde, respectivamente:

Eu esperava assim né, que na hora das minhas dores as enfermeiras iam ser muito ignorantes, porque sempre me falavam: “Olha, quando você for ter, não fique gritando não, porque elas são muito ignorantes”. Aí elas diriam assim: “Na hora de fazer você não sentia dor, não chorava, né? E foi bom né, na hora de fazer e na hora de ter você fica chorando”. (...) Mas quando eu comecei chorar, as meninas: “Pode chorar, grite, pode gritar! E eu lá com vergonha (...). Pra ser um hospital pelo SUS, foi bem atendido lá, o atendimento foi ótimo. (...) [porque] nem todos são assim, com pessoas que dá força, né, com pessoas que são educadas. (I-03)

(...) [se eu tivesse plano] acho que com certeza [seria] particular, mas eu acho que por ter plano eu iria optar pelo cesáreo. Acho que o povo ia sair botando coisa na minha cabeça. (...) geralmente quem tem plano, até os próprios médicos fazem isso querem que a pessoa faça cesariana, a maioria das mulheres tem plano é cesárea (...) Que eu conheça, né? Tenho amigas que os médicos falam para fazer cesariana. (I-14)

Nesta perspectiva, reflete-se aqui que os estudos sobre parto normal e cesarianas tem abordados problemas associados à organização da assistência, perpassando desde a qualidade da atenção obstétrica e os ainda atuais índices de cesariana elevados até o significado da parturição para as mulheres (Velho, 2014).

Por isso, a partir da análise da compreensão das informantes acerca do

parto natural humanizado foi possível fazer associação direta com os motivos pelos quais estas mulheres relataram acreditar terem sido incentivadas ou não a buscarem um parto natural humanizado.

As mulheres que buscavam um parto natural humanizado tiveram como motivadores universais: 1) respeito à sua escolha e autonomia; 2) estudos pessoais sobre da violência obstétrica via fóruns virtuais; e 3) compreensão acerca dos benefícios maternos e fetais do parto vaginal.

Ainda, estudos individuais acerca da parturição e da violência obstétrica e a participação em fóruns virtuais foi citado por todas as mulheres que buscaram um parto natural humanizado, somando-se ainda à ciência dos benefícios maternos e fetais do parto natural humanizado: *Eu tinha lido algumas coisas... no processo da gravidez eu tentei me manter informada (...) eu não queria sofrer procedimentos desnecessários, em relação a corte, injeção e nem que nada disso chegasse nele [no recém-nascido], eu queria que ele nascesse com o mínimo de intervenções possível. (I-05)*

Como motivadores diversos, as pesquisadoras perceberam experiência de trauma advindo de violência obstétrica: *Porque a minha mãe sofreu muita violência obstétrica. Só que assim, os dois tipos de parto me assustavam tanto o normal, quanto cesariana, porque no normal que minha mãe teve ela sofreu violência, em todos, e na cesariana também, então tudo me assustava não queria nem um e nem outro ((risos)), (...) eu fui trabalhando essa questão de transferir esse sentimento né pra mim, trabalhei isso e que eu poderia ter uma história diferente da dela, mas foi por conta de tudo que ela sofreu. (I-09)*

Porém, faz-se aqui a necessidade de assinalar que ao entrevistarmos as mulheres do grupo B, como a informante I-03, foi possível fazer mais uma divisão não em

relação ao tipo de parto que buscavam especificamente, mas o que concebiam como sua realidade de saúde coletiva. Deste grupo emergiram dois subgrupos: B1) Um de mulheres que acreditavam que sua realidade de acesso ao serviço único de saúde só lhes permitiriam um parto definido apenas pelos profissionais de saúde que as assistiram e por isso não criaram expectativas em relação a um parto natural humanizado, embora quisessem num primeiro momento um parto vaginal, e B2) Mulheres que conheciam os benefícios do parto natural e ainda assim, optaram por cesariana eletiva na rede suplementar de saúde (privada) por outros motivos.

Estas mulheres que não buscavam um parto natural humanizado e não queriam um parto vaginal (B2) vão diferenciar-se das mulheres do grupo A, principalmente pela aversão ou aceitação à dor e acesso à tecnologias específicas, dentre elas profissionais ou renda com a qual pudesse ter acesso a uma cesariana eletiva ou naturalização da assistência intervencionista ao parto normal pelo sistema único de saúde.

No tocante à dor, uma série de estudos mostra que está frequentemente associada como principal característica do parto vaginal, sendo de uma intensidade maior do que a expectativa e outros procedimentos inesperados que contribuem para a elevação desses níveis dolorosos, como amniotomias ou ocitócitos a fim de acelerar o trabalho de parto (Velho, 2014).

Independentemente da forma como manifeste-se, a dor é uma parte inseparável do cotidiano, constituindo-se para além de um evento neurofisiológico e envolvendo fatores sociais, psíquicos e culturais⁽¹⁴⁾. Sendo assim, são as suas “expectativas culturais de um grupo em relação a dor e a sua aceitação da dor como uma parte normal

da vida que determinarão se a dor será vista como um problema clínico que requer solução clínica” (Helman, 2009).

Duas informantes citaram aversão à dor enquanto motivadoras ou justificativas para a intervenção de um parto cirúrgico, fazendo ainda correlação direta com suas realidades econômicas: *Eu quis cesariana desde o começo, desde que peguei o exame (...) porque eu não gosto de sentir dor, humanizada ou não humanizada, com alguém perto de mim, eu não gosto de sentir dor (...). É inimaginável uma mulher poder escolher uma cesariana no SUS, mesmo que ela tenha direito à escolha (...) mas aí eu consegui um plano de saúde e tive minha cesariana como eu queria.* (I-04)

Já as informantes do subgrupo B1 citaram a possibilidade de cesariana por medo de intercorrências ou da dor, apesar de correlacioná-la com o processo natural de parturição, inevitável no contexto do SUS que lhes competia. Sendo assim, em algum momento aceitaram a condição pelo fato de não terem acesso à plano de saúde, contexto ou renda que garantisse a escolha por um parto cirúrgico: (...) *porque no tempo eu não tinha plano de saúde. (...) Hoje eu tenho plano. (...) Aí fui para o SUS, fiz meu pré-natal no SUS também, só algumas “ultrassons” que foram pagas, mas o resto foi tudo pelo SUS (...) pensei só o parto pelo SUS porque não tinha plano. (...) na hora eu pedi tanto pra fazer cesárea, porque eu não tava aguentando a dor o resto.* (I-03)

Importante salientar aqui que, por outro lado, cinco das sete mulheres do grupo A apresentam uma realidade de saúde embutida no sistema privado de assistência e renda acima de quatro salários mínimos e às duas demais foi acessível algum planejamento financeiro para o parto, o que lhes propiciou mais opções relacionadas à assistência domiciliar ou intra-hospitalar com profissionais e acompanhantes de sua escolha, deixando explícito que dentre os

determinantes para este grupo sobressaem-se o acesso à tecnologia e torna possível a determinação de um corte de classe como representativo para a busca destas mulheres.

CONCLUSÃO

As mulheres que buscaram um parto natural humanizado fizeram-no acreditando em seus benefícios materno-fetais e ainda desejando o exercício de sua autonomia, parindo respeitosamente por meio de uma assistência livre de violências. Sendo assim relacionavam a naturalidade deste processo centrado na mulher e no feto à ausência de intervenções desnecessárias e evolução pela via vaginal, sendo importante o respeito profissional às suas escolhas para a concretização de seu desejo.

Por sua vez, as informantes que não buscavam um parto natural humanizado faziam-no por motivos distintos, ora pelo entendimento que as deficiências do Sistema Único de Saúde são fundamentais para que a realidade de uma assistência respeitosa ainda seja longe da realidade das mesmas, ora pelo a significação da parturição diversa, mas atrelada à dor, e que pode ser dispensável dado o avanço tecnológico. Sendo assim, apresentaram diversidades também acerca da compreensão da naturalidade e humanização obtiveram ou não este tipo de parto.

Sendo assim, os resultados permitiram-nos concluir que os significados e decisões das informantes acerca dos seus tipos de parto estão intimamente relacionados com seus contextos e vida e entendimento de seu processo saúde doença atrelados à parturição, sendo a universalidade ou a diversidade posta de acordo com a dimensão cultural que abarque.

REFERÊNCIAS

- Baston, H. y Hall, J. (2010). *O parto. Série enfermagem obstétrica essencial*. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 3.
- Bezerra, M. G. A., Cardoso, M. V. L. M. L. (1998). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho, 14(3): 414-21. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0104-11692006000300016.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. In: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Mu, editor. Brasília, Brasil. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
- Conselho Nacional de Saúde. Brasil. (2012). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Cruz, A. P. (2009). Parto natural e parto normal: qual o diferencial? *Revista Enfermagem*. COREN-SP: ano 10. N.º 81. Jul.
- Davis-Floyd R. (1992). *Birth as an American tire of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Gualda, D. M. R. (2009). As dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ (Orgs.) *Antropologia para enfermagem*. Barueri: Manole. pp. 36-55 (Série Enfermagem).
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saude e Doença*. 5ed. 432 pg. Porto Alegre: Artmed.
- Jordan B. (1983). *Birth in four cultures*. London: Eden Press.
- Langdon, E. J., Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(03). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf.
- Leininger, M. M., McFarland, M.R. (2006). Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (NY): McGraw-Hill.
- Maia, M. B. (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Focruz; 189 pp.
- Paim, H. H. S. (1998). Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. Org. Duarte LFD e Leal OF. In: Doença, sofrimento e perturbação: Perspectivas Etnográficas. RJ, Focruz.
- Pereira, A. L. F y Bento. (2011). Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*, Fortaleza, jul/set, 12(3), 471-7. Recuperado de http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf.
- Seibert, S. L., Barbosa, J. L. S., Santos, J. M., Vargens, O. M. C. (2011). Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na história. *R Enferm UERJ*, 13: 245-51. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>.
- Vargens, O. M. D. C., Progianti, J. M., Silveira, A. C. F. (2008). O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev da Esc Enferm.*, 42(2): 339-46. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0080-62342008000200018.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. bras. enferm.* Apr. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.