

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem Curso de Mestrado em  
Enfermagem



RESGATANDO A PALAVRA  
DAS MULHERES:  
O ACOLHIMENTO NA  
PARTURIÇÃO

Cláudia Junqueira Armellini

Porto Alegre, dezembro de 2000

**CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI**

**RESGATANDO A PALAVRA DAS MULHERES:  
O ACOLHIMENTO NA PARTURIÇÃO**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Dra. Anna Maria H. Luz**

**Porto Alegre, dezembro de 2000**

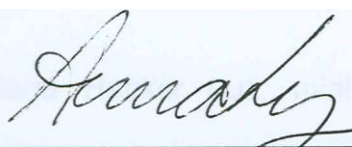
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**RESGATANDO A PALAVRA DAS MULHERES:  
O ACOLHIMENTO NA PARTURIÇÃO**

CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Porto Alegre, dezembro de 2000

## BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Anna Maria Hecker Luz (Orientadora)

JJ4~, - ~ L~

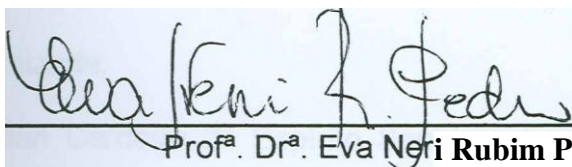
ProF. D~. Nara Maria Bernardes

.....  
-/-.....  
C.....

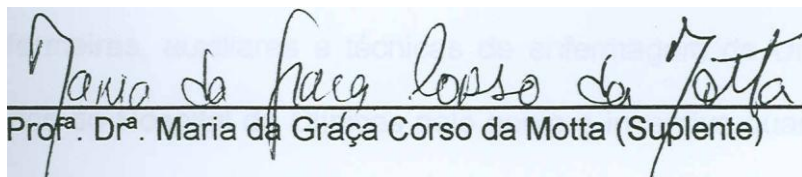
-- Prof. D~ Ana Lúcia-de



Lourenzi Bonilha



Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eva Neri Rubim Pedra



Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria da Graça Corso da Motta (Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Anna Maria Hecker Luz, minha professora no curso de graduação e de especialização, e orientadora nessa pesquisa, pela disponibilidade, paciência, escuta compreensiva e respeito a minha singularidade.

Às professoras do Curso de Mestrado pela concretização do sonho desse curso em realidade.

Às colegas do Curso de Mestrado pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

Às colegas da disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher pelo apoio, estímulo e amizade.

À Lilian Cordova do Espírito Santo, pela análise crítica e sugestões oferecidas ao relatório dessa pesquisa.

Às enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem da Unidade de Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas pelo apoio e incentivo quando iniciei meu Curso de Mestrado.

Às enfermeiras e auxiliares de enfermagem da Unidade Internação

Obstétrica do Hospital de Clínicas pelo reencontro e apoio durante a coleta de dados.

Às mulheres deste estudo por compartilharem sua vivência de parturição no desvelamento do acolhimento.

À Anne Marie Weissheimer e Pablo Marcello Saquero pela tradução do Resumo para o inglês e o espanhol, respectivamente.

À Maria Gorete Severo Coelho pelo apoio e disponibilidade no auxílio da digitação e formatação.

À Alexandre Amoretti pela composição gráfica da capa.

À Claudio Zitto pela paciência e disponibilidade na solução dos problemas relacionados a informática.

À Varlene Konorath pelo carinho e cuidado autêntico.

Aos amigos espirituais, que estiveram ao meu lado durante minha trajetória, pelas vibrações de paz.

*"Parece-me que um ponto de partida  
imprescindível para que nossos atos  
tenham eficácia terapêutica é  
aprender escutar o que as mulheres  
falam e como falam, o que as faz  
sofrer e as incomoda, como  
condição para que o profissional de  
saúde possa, junto a elas, localizar  
de que forma seu saber específico  
pode lhes ser útil. "  
(Borges, 1991, p.286)*

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 MINHA TRAJETÓRIA NA ÁREA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>12</b>
<b>2 ESTUDOS SOBRE A PARTURIÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>43</b>
3.1 Abordagem do estudo.....	43
3.2 Tipo de estudo .....	44
3.3 Local do estudo .....	45
3.4 Entrando no campo do estudo .....	48
3.5 Participantes do estudo .....	48
3.6 Coleta das informações .....	56
3.7 Aspectos éticos .....	56
3.8 Análise e interpretação das informações.....	57
<b>4 DESVELANDO AS VIVÊNCIAS DA PARTURIÇÃO HOSPITALAR.....</b>	<b>61</b>
4.1 Expectativas para a parturição.....	67
4.1.1 Expectativas relativas ao processo de parturição.....	67
4.1.2 Expectativas relativas ao atendimento hospitalar: o acolhimento.....	71
4.2 Percebendo a necessidade do acolhimento na trajetória da parturição .....	93
4.2.1 Na Portaria .....	95
4.2.2 No Centro Obstétrico.....	100
4.2.2.1 Na Emergência Obstétrica.....	101
4.2.2.2 No Pré-parto. ....	121
4.2.2.3 Vivenciando a dor no trabalho de parto.....	141
4.2.2.4 Na Sala de Parto .....	166
4.2.2.5 Na Sala de Recuperação Pós-parto.....	185



<b>4.3 Reavaliando a vivência da parturição hospitalar.....</b>	<b>193</b>
<b>4.3.1 Expectativa futuras de parturição... ..</b>	<b>194</b>
<b>4.3.2 Entrevista como acolhimento no puerpério.....</b>	<b>199</b>
<b>5 REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO NA PARTURIÇÃO</b>	
<b>HOSPITALAR....., .....</b>	<b>205</b>
<b>5.1 Ouvindo a palavra das mulheres.. ..</b>	<b>207</b>
<b>5.2 Reconceptualizando práticas.....</b>	<b>227</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>237</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>241</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>251</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>CO</b>	Centro Obstétrico
<b>EO</b>	Emergência Obstétrica
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>MAP</b>	Monitorização Anteparto
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SRPP</b>	Sala de Recuperação Pós-parto
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UCO</b>	Unidade de Centro Obstétrico

## RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as expectativas e percepções das mulheres em relação ao atendimento hospitalar à parturição. Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva do tipo exploratório, segundo Parse, Coyne e Smith (1985). Realizada em um hospital-escola público, tem como participantes puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica que vivenciaram o processo de parturição neste hospital. Utiliza como instrumento de coleta a entrevista semi-estruturada, segundo Trivinos (1995). Para a análise e interpretação das informações utiliza o Método de Análise Qualitativa do Fenômeno Situado proposto por Martins e Bicudo (1989). Os resultados indicam três temas: expectativas para a parturição, percebendo a necessidade do acolhimento na trajetória da parturição e reavaliando a vivência da parturição hospitalar. As informações obtidas revelam que as mulheres esperam acolhimento hospitalar na dimensão institucional, interpessoal e técnica. Estas expectativas sobre a parturição e o acolhimento estão presentes antes de internarem no hospital, entre elas a garantia de vaga no hospital de sua escolha. Valorizam a presença qualificada dos profissionais e do marido para lhes dar suporte e compartilhar esse momento, principalmente no período em que as contrações tornam-se dolorosas. A presença da dor de parto é destacada especialmente quando se toma insuportável e quando não são realizadas intervenções para seu alívio. Conforme o acolhimento recebido, a experiência de parturição é vivida como uma transição existencial ou como uma crise, repercutindo na decisão de parturição futura. Apresentam

indicadores do acolhimento mas não o reconhecem como direito pois mostram-se dependentes e passivas, delegando aos profissionais o controle do processo de parturição. Destacam a vivência educativa e terapêutica da entrevista de pesquisa como uma importante estratégia de acolhimento hospitalar. A partir dos achados, apresentam-se estratégias de acolhimento hospitalar na parturição onde a palavra das mulheres e a reconceptualização de práticas são priorizadas.

## **1 MINHA TRAJETÓRIA NA ÁREA OBSTÉTRICA**

Minha trajetória pessoal - profissional e minha identificação com a área materna se constituem em referências da presente pesquisa.

A trajetória que venho construindo na área obstétrica, nos últimos quinze anos, inclui minha formação acadêmica de graduação e pós-graduação, a experiência pessoal com a maternidade, a experiência profissional como enfermeira em três hospitais-escola e, mais recentemente, a docência universitária.

Ingressei no curso de graduação em Enfermagem em 1982, pois desejava conviver com os pacientes e aprender a prestar-lhes assistência à saúde. A concepção de enfermagem, centrada no modelo de assistência fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), na qual o ser humano é visualizado em sua totalidade biopsicossocial espiritual, exerceu profunda influência na minha formação. A partir disso, tenho buscado permanentemente humanizar a minha prática de enfermagem, apoiada também na minha sensibilidade e intuição.

O interesse pela área obstétrica surgiu-me ao cursar as disciplinas de

Enfermagem Materno-Infantil, quando obtive os primeiros conhecimentos teóricos e práticos sobre essa área. A influência da equipe de docentes dessas disciplinas me foi marcante, pois demonstrava identificação com o trabalho que realizava, expressando envolvimento com os alunos e com essa área de conhecimento.

À medida em que o curso transcorria, foi-se delineando, para mim, uma afinidade com a área materna, fortalecida pelas experiências profissionais posteriores.

Minha primeira experiência profissional como enfermeira ocorreu em um hospital-escola pediátrico, em 1986, quando comecei a refletir sobre o sofrimento das mães e dos filhos causado pela separação, decorrente da internação hospitalar. Na tentativa de amenizar esse sofrimento, permitia que as mães permanecessem junto de seus filhos o maior tempo possível. Foi a partir da vivência com esse binômio que a internação hospitalar passou a integrar minhas preocupações e questionamentos.

A experiência pessoal como gestante e parturiente, ocorrida em 1987, sensibilizou-me quanto à importância do atendimento das expectativas das mulheres. Durante minha gestação, emergiram duas grandes preocupações quanto: ao hospital onde ocorreria o parto e aos profissionais que me prestariam assistência naquele momento.

Ao aproximar-se o período do parto, criei expectativas em relação a minha internação hospitalar. Queria que meu filho nascesse no hospital previamente escolhido, que este oferecesse atendimento para recém-nascidos de alto risco, que o obstetra e o pediatra que me acompanharam durante a

gestação assistissem a mim e a meu bebê. Além disso, gostaria de ter um familiar ao meu lado durante todo esse processo.

Seriam essas as expectativas de todas as gestantes? Seriam essas expectativas influenciadas pelo fato de eu ser enfermeira e trabalhar na área pediátrica na época da gestação?

A experiência como gestante, parturiente e puérpera foi positiva, por ampliar minha compreensão sobre as expectativas e percepções das mulheres durante o período grávido-puerperal e sobre a relação mãe-bebê. O atendimento que recebi no hospital, em consonância com minhas expectativas, colaborou para a manutenção de minha tranquilidade durante o processo de parturição. Essa vivência trouxe a oportunidade de entender o significado da assistência e da relação entre os profissionais e as gestantes durante a parturição. Passei a me identificar empaticamente com as mulheres, ficando atenta às dimensões subjetivas presentes naquele momento.

Em 1988, comecei a trabalhar em outro hospital-escola, onde tive a oportunidade de ser enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica, além de ser substituta de folgas das enfermeiras das Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrico e Neonatal, assim como da Unidade de Internação Obstétrica. A experiência nestas unidades foi definitiva para confirmar minha preferência pela obstetrícia, levando-me a aprofundar meus conhecimentos nesta área. Foi então que, em 1989, ingressei no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Durante esse curso, ocorreu nova oportunidade de trabalho, dessa vez como enfermeira da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas

de Porto Alegre, também um hospital-escola. Enfim, sentia-me satisfeita por atuar na área com que tanto sonhara.

Ao concluir o curso de especialização, vivenciei um período experimental como enfermeira da Unidade de Centro Obstétrico, naquele mesmo hospital. Com essa experiência, expandi meus conhecimentos sobre a assistência às parturientes e, para minha surpresa, descobri serem elas meu foco de interesse profissional. Isso fez com que eu solicitasse transferência para aquele setor.

Durante nove anos convivi, naquele Centro Obstétrico, com uma equipe de profissionais, especialmente de enfermagem que, como eu, buscava humanizar a assistência às parturientes. Gradativamente, percebi a necessidade de aprofundamento teórico nesta área.

Procurava ficar atenta às histórias do ciclo grávido-puerperal das mulheres, pois considerava importante conhecer suas vivências para prestar-lhes uma assistência personalizada.

A partir das constatações que passei a fazer, resultantes do contato com essas mulheres, novamente começou a inquietar-me o processo de internação hospitalar. Observava que, ao serem internadas no Centro Obstétrico, ao mesmo tempo em que estavam satisfeitas por conseguirem vaga, pareciam assustadas e temerosas com a nova experiência.

Por que um momento que deveria ser de alegria, tornava-se permeado de medo e insegurança?

Desde então, tenho observado e refletido sobre as vivências destas mulheres e sobre o atendimento que lhes é prestado durante sua internação



hospitalar.

No hospital, ao serem admitidas, elas entram em um ambiente que lhes é completamente estranho. São despidas de suas roupas e objetos pessoais, para vestirem roupas que não são suas. São separadas de seus familiares e nem sempre lhes é permitida a companhia do marido ou de alguém de sua confiança durante o trabalho de parto e o parto.

Constato, com freqüência, que os procedimentos às parturientes são realizados sem esclarecimento prévio. Em muitas ocasiões, as mulheres não são informadas sobre a evolução do seu trabalho de parto ou sobre a conduta tomada pela equipe de saúde pois na cultura do atendimento hospitalar, a equipe de saúde é quem "comanda" o processo de parturição, tornando as mulheres submissas aos seus saberes e fazeres. Em conseqüência disso, as mulheres tornam-se objeto de fazeres dos profissionais e não sujeitos participantes de seu processo de parturição.

Algumas parturientes são atendidas como seres passivos, com pouca oportunidade de participação no processo de seu parto, por uma equipe de profissionais que, na maioria das vezes, lhes é completamente desconhecida. Suas expectativas e percepções em relação ao atendimento durante a trajetória da parturição, por não serem investigadas, são pouco conhecidas e consideradas.

Quanta tensão, medo, insegurança e ansiedade parecem envolver as mulheres durante a internação hospitalar para o parto! Que tipo de assistência poderia minimizar esses sentimentos?

Na infância, ouvi várias histórias contadas por minha avó materna

sobre seus partos domiciliares e hospitalares, todos atendidos por parteiras. Dizia sentir-se mais segura e tranqüila em parir seus bebês em seu domicílio do que no hospital, por ser um ambiente conhecido e com a presença de sua mãe, avó, marido e parteira.

A permanência do familiar junto à parturiente é vista algumas vezes, pela equipe do Centro Obstétrico, como perturbadora ao funcionamento da dinâmica da Unidade. Os profissionais de saúde consideram que as parturientes tornam-se mais queixosas durante o trabalho de parto e o familiar questiona muito quanto à assistência prestada.

Constituem-se expectativas das mulheres parir em ambiente conhecido, com a participação de pessoas que lhe são afetivamente significativas?

A partir da minha inquietação relacionada ao processo de internação hospitalar das mulheres, buscava atendê-las visando desmitificar o Centro Obstétrico, esclarecendo-lhes dúvidas sobre a parturição, colocando-me à disposição para ouvi-las, promovendo a permanência do marido ou de um familiar ao seu lado. Além disso, solicitava-lhes autorização para realizar os procedimentos técnicos, justificava-os e descrevia-os.

Ao prestar esclarecimentos às mulheres sobre os procedimentos a serem realizados e sobre a evolução do trabalho de parto e do parto, objetivava deixá-las tranqüilas e à vontade para.. verbalizarem suas dúvidas, medos e ansiedades. Fazia isto na tentativa de prestar-lhes assistência de acordo com o que considerava serem suas necessidades e expectativas, acreditando que o parto deve ser uma experiência positiva para o casal e para o bebê que está

por vir.

Minha experiência confirma que a informação reduz o medo do desconhecido e o poder dos profissionais sobre o processo de parturição, favorecendo a participação das mulheres durante o trabalho de parto.

O que a assistência pode promover para que as mulheres tornem-se sujeitos de seu processo de parturição? A informação sobre o trabalho de parto é percebida pelas mulheres como importante para sua participação?

Apesar de atuar na área obstétrica há doze anos, nunca havia investigado sistemática e diretamente as expectativas e percepções das mulheres em relação ao atendimento hospitalar. Na maioria das vezes, esse atendimento baseia-se na perspectiva dos profissionais, ou seja, realizam procedimentos que consideram ser os mais indicados para as parturientes.

A partir de 1997, novas experiências acadêmicas e profissionais contribuíram de modo significativo para confirmar a importância de alguns de meus questionamentos: os estudos realizados para a seleção para o curso de mestrado em Enfermagem, a participação como aluna do referido curso e a docência no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dentre os estudos realizados, destaco o conhecimento sobre a Teoria Transpessoal de Watson (Waldow, 1995) que contribuiu para que eu percebesse alguns pontos de coincidência entre minha prática e essa proposta teórica que caracteriza o cuidado como a essência da enfermagem. Constatei também que realizava práticas que não mais se orientavam pela concepção de assistência e que, gradativamente, transitava para o referencial das teorias do

cuidado. Comecei a compreender a importância do conhecimento sobre o ponto de vista das parturientes como fonte das ações para o atendimento. Passei a preocupar-me em saber em que medida a expectativa das mulheres estavam sendo atendidas no âmbito hospitalar e quais as repercussões desse atendimento nas mulheres.

Ao ingressar no hospital, as parturientes trazem consigo um conjunto de conhecimento e experiência sobre o parto que pode determinar suas expectativas e percepções em relação ao atendimento hospitalar durante a parturição. Quais são essas expectativas e percepções?

A Teoria Transpessoal de Watson (1988) orienta-se por uma perspectiva espiritual, existencial, fenomenológica. Ela prevê o cuidado holístico que promove humanismo, saúde e qualidade de vida. As intervenções relacionadas ao cuidado humano processam-se com a participação do cuidador e do ser cuidado, numa relação intersubjetiva. Essas intervenções requerem intenção, desejo, relacionamento e ações. Para esta autora, o cuidado humano requer conhecimento sobre o comportamento e as respostas humanas; conhecimento, compreensão e satisfação das necessidades humanas. Inclui também o conhecimento sobre quem é a pessoa a ser cuidada, suas forças, limitações e o significado que a situação tem para ela; esse conhecer é fundamental para saber confortar, oferecer compaixão e empatia.

Nessa perspectiva, Watson supera o modelo tecnológico e integra-se ao modelo holístico.

O estudo dessa e de outras teorias, reafirmou minha crença de que,

além do corpo biológico, o ser humano é complexo e influenciado por outros fatores de natureza cultural, ambiental, social, emocional e espiritual que não podem ser desconsiderados pelos profissionais.

Conscientizei-me de que me situava em um momento inicial de transição entre o paradigma mecanicista e o paradigma holístico.

Comecei a refletir sobre as concepções integradas a esses paradigmas e sua repercussão na área da saúde, especialmente em relação ao atendimento à parturição numa perspectiva de humanização. Inspirada em Weil (2000), passei a identificar as diferenças entre essas visões. De um lado, a visão fragmentada e especializada do corpo humano, concebido como uma entidade material, separado do espírito e independente do ambiente; o paciente considerado como cliente ou objeto a ser consertado a partir do diagnóstico e tratamento; o profissional como intelectual, com conhecimentos e habilidades técnicas; a cura como responsabilidade do profissional; a separatividade entre os profissionais e os pacientes. De outro lado, a visão do corpo como um organismo vivo com partes interligadas e interdependentes, como um sistema energético e psicobiofísico individual em interação e integração com os sistemas sociais, físicos e vitais externos; corpo-espírito integrados e em interação, feitos da mesma energia; o paciente é visto como pessoa que, além da eficiência do diagnóstico e tratamento, necessita da energia do afeto e do amor na relação com o profissional; o profissional como pessoa, desenvolvendo de modo integrado as dimensões da razão, da intuição, da sensação, do sentimento, da inteligência e da sabedoria, a cura como produto da cooperação entre profissional-paciente; a interação entre ambos

vista como processo energético profundo e amoroso.

Davis-Floyd (1998) auxiliou-me nessa compreensão ao analisar a perspectiva holística e tecnocrática do parto. Para ela o holismo é um paradigma específico de cura, que considera o corpo como um campo de energia em constante interação com outros campos energéticos e destaca o valor de uma abordagem integradora para a cura das pessoas como um todo, no contexto de suas vidas e de seus relacionamentos. Afirma que, ao contrário, o modelo tecnocrático da medicina tem uma abordagem altamente intervencionista e define o corpo como uma máquina. Assim, o corpo em trabalho de parto deve produzir seu produto dentro de um tempo pré-determinado e, se isso não ocorre, essa máquina do nascimento é caracterizada como disfuncional, necessitando de intervenção e reparos. Para a autora, é importante considerar o ritmo e o tempo do corpo da parturiente e a necessidade de paz no trabalho de parto, porque talvez sua resposta emocional ao medo e à frieza do ambiente hospitalar possa impedir o progresso do trabalho de parto. É necessário tempo, alimentação e amor em abundância, aspectos intrínsecos ao modelo holístico, os quais não têm relevância no modelo tecnocrático.

Assim, o conhecimento e a visão sobre esses paradigmas, em especial o holístico, e sobre a perspectiva do cuidado e suas potencialidades humanizadoras, vêm provocando importantes reflexões e questionamentos sobre minha atuação como enfermeira obstétrica e como docente.

Constata-se que, em nosso país, expande-se gradativamente a busca da humanização do atendimento à parturição.

O movimento de humanização do parto e nascimento, no Brasil, tem sua origem na Conferência Internacional Sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento, realizada em Fortaleza em 1985, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985). Em 1996, a OMS publica recomendações complementares, fortalecendo esse movimento e exercendo influência nas decisões políticas nacionais (OMS, 1996).

Experiências brasileiras têm contribuído para a humanização do processo de parturição e do nascimento, alinhando-se ao movimento internacional. O Ministério da Saúde tem adotado várias medidas buscando a humanização do atendimento compreendida como

*"...conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis" (Yunes; Finkelman, 1996).*

Este movimento nacional em prol da humanização do parto objetiva também reduzir as altas taxas de cesáreas que coloca o Brasil na posição de campeão mundial, com 31,97% em 1997 (Brasil, 2000).

Programas governamentais e de parceria com entidades da comunidade têm igualmente estimulado iniciativas humanizadoras à parturição. Pode-se citar, entre outros, a REHUNA - Rede pela Humanização do Nascimento (Proposta..., 2000), a Iniciativa para Parto Respeitoso (Nasce..., 1997), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (HCPA, 1998), o Projeto Maternidade Segura (Brasil, 1995), o Projeto Luz (Ceará, 2000).

As Casas do Parto constituem-se em unidades de saúde que prestam

atendimento humanizado às parturientes e aos bebês, integrando as características do parto domiciliar com a segurança de um hospital (Armellini; Weissheimer, 2000). A Casa do Parto na Bahia, citada por Bittencourt (1984) e de Sapopemba/SP, citada por Osava (2000) são experiências que trazem perspectivas para a humanização da parturição. O Ministério da Saúde pretende ampliar esta experiência através de convênios com estados e municípios.

o parto humanizado vem sendo estimulado nos hospitais, dentre estes os hospitais-escola como no Hospital Leila Diniz, no Rio de Janeiro/RJ; na Maternidade Darcy Vargas em Joinville/SC, entre outros.

Programas de preparação de gestantes para o parto têm trazido sua contribuição, como o Grupo de Atendimento Alternativo ao Parto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP, 2000) e o programa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Bonadio; Riesco; Kastanopoulos, 1992), que concilia as propostas assistenciais e didáticas.

O resgate de minhas experiências, reflexões e questionamentos, construídos ao longo de minha trajetória na área obstétrica, tornou-se um dos referenciais dessa minha pesquisa, na medida em que meu desejo de cuidar das parturientes de modo humanizado passa pela compreensão de suas expectativas e percepções e, conseqüentemente, pelo ouvir, analisar e interpretar sua palavra.

A ênfase que é dada à palavra das mulheres encontra apoio em estudos de vários autores que apontam a importância desse conhecimento



para redimensionar-se a assistência hospitalar à parturição.

Segundo Simões e Souza (1997), a consideração às mulheres, a abertura à compreensão ao que dizem, falam e fazem no cotidiano hospitalar obstétrico, caracterizam o atendimento humanizado, contrapondo-se àquele

Para Borges (1991), a interdição à fala das mulheres em nossa cultura que se apoia na tecnicidade e na normatização de rotinas patriarcal e a censura de um discurso socialmente dominante, impedem ou desqualificam a palavra das mulheres que não se integre a esse discurso. Assim, ao ouvirmos as falas das mulheres em relação as suas percepções e expectativas, resgatamos seu direito de expor sua palavra (Freire, 1997), participando do esforço de democratização da assistência. Ao considerá-la, garantimos um ponto de partida imprescindível ao atendimento com eficácia terapêutica pela possibilidade de localizar de que maneira o saber específico dos profissionais lhes pode ser útil (Borges, 1991).

A humanização, a busca da qualidade no atendimento e o respeito aos seus direitos promovem a satisfação dos usuários e esta, por sua vez, decorre do atendimento às suas expectativas, desejos e necessidades em relação aos serviços oferecidos no âmbito do hospital (Silva, 1999).

Desse modo, o objetivo dessa pesquisa é:

**Conhecer as expectativas e percepções das mulheres em relação atendimento hospitalar durante sua trajetória na parturição.**

Apresento a seguir a definição de alguns termos utilizados neste estudo com a finalidade de esclarecer o leitor:

Expectativa: esperança das mulheres sobre o tipo de interação que os

Profissionais e o ambiente hospitalar venham estabelecer com elas, fundada em supostos direitos e/ou probabilidades.

**Percepção:** modo como as mulheres apreendem, sentem e compreendem a vivência da interação que se estabelece entre elas e os profissionais e o ambiente hospitalar.

**Atendimento:** interação dos profissionais de diversas categorias com as mulheres durante o processo de parturição hospitalar. Incluem-se todos os profissionais dos diferentes setores pelos quais as mulheres transitam durante seu processo de parturição. A utilização da expressão atendimento neste estudo se justifica pela consideração à cultura das mulheres na qual essa expressão é de uso corrente; pela necessidade de manter atitude não preconceituosa em relação a sua concepção teórica; pela possibilidade de caracterizar interações de diferentes categorias profissionais do hospital com as quais as mulheres interagem em sua trajetória de parturição.

**Trajetória:** trajeto percorrido pelas mulheres nos diferentes setores do hospital durante o processo de parturição.

**Parturição:** processo de parir, dar a luz, que se desenvolve em quatro períodos clínicos: dilatação, expulsão, dequitação e recuperação.

## 2 ESTUDOS SOBRE A PARTURIÇÃO

Parto é um termo freqüentemente encontrado na literatura obstétrica com significação de processo de parir ou como momento do nascimento. Segundo Rezende e Rezende Filho (1998, p.286), "...o parto é o estágio *resolutivo* do ciclo grávido-puerperal". Para Bornia (2000, p.227) "...é o processo através do qual os produtos da concepção são expelidos do útero e da vagina para o ambiente externo".

Na perspectiva de processo, o parto desenvolve-se em fases clínicas divididas em quatro períodos, denominados *períodos clínicos do parto* (Martins Costa; Vidal; Chaves, 1997). Para os autores, o primeiro período - dilatação inicia com as contrações uterinas regulares e com modificações plásticas do colo, e termina com a dilatação completa da cérvix; o segundo período expulsão - inicia com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o terceiro período - dequitação - compreende o período de tempo entre o desprendimento do feto e a expulsão da placenta; a primeira hora após a saída da placenta determina o quarto período. etapa preliminar denominada *período premonitório*, caracterizado basicamente

Rezende (1998), refere que o processo do parto é precedido de uma

pela descida do fundo uterino, pela eliminação de muco cervical, que pode ser acompanhado de pequena perda de sangue, pelo amolecimento e apagamento do colo e por contrações que não provocam dilatação. Esses sinais podem ocorrer muitas horas ou mesmo dias antes do início do trabalho de parto.

Nesse estudo, o termo parturição é utilizado como significado de parto quando considerado como processo que inicia no período premonitório e finaliza uma hora após a dequitação da placenta.

O curto espaço de tempo em que a parturição se realiza, cerca de doze horas em média, não impede de deixar marcas significativas na vida da mulher, do bebê e da família. Suas repercussões são visíveis a curto, médio e longo prazo. O significado dessa experiência é considerada por Meira (1993, p.16) como "fundamental, profunda e marcante", e suas cicatrizes podem ser percebidas em todos os sentidos na vida das mulheres e, às vezes, indiretamente na vida familiar, podendo repercutir positiva ou negativamente.

Ao analisar o impacto da experiência do nascimento de um filho, Simkin (1996) refere que não há outro processo vivido pelas mulheres que envolva tanta dor, estresse emocional, exaustão e vulnerabilidade, riscos de complicação física ou morte e assunção de um papel permanente, incluindo responsabilidade por um pequeno, dependente e indefeso ser humano. Para a autora, apesar do nascimento ocorrer em apenas um dia na vida da mulher, essa experiência provoca uma das mais ou a mais profunda mudança na vida das mulheres. Afirma, ainda, que a resposta das mulheres a esse processo é determinada por dois poderosos fatores, que se situam em sua experiência anterior de vida e no suporte emocional que recebem nesse momento. O

trabalho de parto e o nascimento representam um teste para sua auto-estima e para sua sobrevivência ou, ainda, para suas habilidades de solucionar problemas. A autora esclarece, ainda, que a satisfação das mulheres em relação ao nascimento ocorre quando suas expectativas são atendidas e estão associadas a sentimentos de realização, de estar no controle, e de aumento de sua auto-estima.

A gravidez constitui-se em um dos períodos críticos de transição no ciclo vital das mulheres. Esses períodos têm em comum mudanças metabólicas, estado temporário de equilíbrio instável devido à mudança do papel social, novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, e mudança de identidade (Maldonado, 1997).

A mesma autora afirma que esses períodos de transição são condições que adquirem significado na cultura, transformam-se ao longo do tempo e influenciam o modo como são vividos pelas mulheres. A natureza da vivência desses períodos pode constituir-se em uma crise ou em uma transição existencial.

*"Podemos reservar o termo *crise* para os períodos de vida mais 'dramáticos' ou 'revolucionários' e empregar o termo *transição existencial* para os períodos que, como as crises, também são passagens de uma situação a outra, mas que acontecem de modo mais tranquilo, mais suave. ...toda crise é uma transição, mas nem toda transição se constitui numa crise" (Maldonado,1997, p.25).*

Refere, ainda, que a crise pode ser tanto uma transição inesperada quanto inerente ao desenvolvimento, e ser, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade, dependendo de como a pessoa a enfrenta. A pessoa em crise está em busca de soluções, está vulnerável e acessível à ajuda.

A crise, inicialmente, caracteriza-se por aumento da ansiedade e tensão, seguida de ativação dos mecanismos de solução dos problemas, podendo estes serem eficazes ou não (Kaplan; Sadock; Greeb, 1997).

A vivência da parturição como um momento de crise é estudada por diferentes autores. Falcón (1993), ao estudar a vivência crítica do ser parturiente, ressalta a dependência do apoio profissional para que a parturição resulte em experiência positiva e em amadurecimento pessoal.

O parto é um momento crítico, uma situação de passagem de um estado a outro, é irreversível, imprevisível, desconhecido e incontrolável; um processo que envolve transformações intensas a nível orgânico e existencial e necessidade de adaptações radicais (Souza, 1988; Maldonado, 1997).

Durante uma situação de crise, a intervenção eficiente dos profissionais consiste em acompanhar as pessoas neste processo, oferecer informações necessárias e discutir com elas as opções possíveis, sendo importante que a decisão parta dos próprios pacientes e não seja imposta pelo profissional (Buchabqui; Bertuol; Andrade, 1995). Nessa situação, a expressão de sentimentos deve ser estimulada (Maldonado, 1997).

Buchabqui, Bertuol e Andrade (1995) comentam a necessidade de que os profissionais conheçam as reações das mulheres, que emergem nesse período, para que possam ajudá-las a viver, elaborar e superar esse momento. Para esses autores, a resolução de uma crise pode levar as pessoas a uma maior maturidade mas, se não saírem sozinhas da crise e não receberem ajuda adequada, poderá ocorrer uma desorganização emocional, desestruturando-as de forma permanente.

O comportamento e a atitude das parturientes podem ser determinados por fatores não só fisiológicos, como socioculturais e psicológicos. Maldonado (1997) refere que o parto é um processo psicossomático com características multideterminadas pela história pessoal, contexto sociocultural, nível de informação sobre o processo, características de personalidade, níveis de simbolismo, individualidade física da parturiente e contexto assistencial. Afirma que o processo do parto constitui-se em um momento especial para a gestante e sua família, quando vivenciam emoções, sentimentos e comportamentos diversos. Para se compreender melhor esse processo, faz-se necessário conhecer o contexto sociocultural das parturientes, que tem influência na maneira como elas sentem e interpretam as sensações físicas do trabalho de parto (Maldonado, 1997).

Burroughs (1995) confirma a necessidade de se conhecer as crenças culturais das mulheres em relação ao parto, pela influência que exercem no modo das mulheres que podem considerá-lo como um evento significativo ou estressante.

Momentos carregados de ansiedade marcam a vivência das mulheres durante a parturição. Para Zimmermann et al. (1995), a ansiedade das mulheres é expressão inconsciente do temor à dor ou à morte, ao parto traumático, ao fórceps ou à cesariana, ao filho disforme e a sua morte. Em pesquisa de Sertório e Naganuma (1998), é confirmado o temor das mulheres à malformação congênita do bebê.

A internação hospitalar significa separação da família, solidão, abandono, limitação da atividade e medo do desconhecido (Barbieri;

Tsunechiro,1983).

A hospitalização é caracterizada por Helman (1994, p.84) como "...um ritual padronizado de '*despersonalização*'..." quando na admissão são retiradas dos pacientes suas roupas, seus documentos, passando eles a ser um número de leito ou de sala em que vão permanecer. Também, são uniformizados com camisolas, colocados em quartos com pessoas estranhas, perdem o controle de seu corpo, de seu espaço, de sua privacidade, de seu comportamento. São afastados do apoio dos familiares, ficando sob os cuidados de profissionais que lhes são estranhos e que mantêm um relacionamento, na maioria das vezes, caracterizado pela distância, formalidade, curtas comunicações e o uso de linguagem acadêmica. Verifico que, no caso das parturientes, esse processo ocorre exatamente desse modo. O mesmo autor destaca, ainda, a importância dos profissionais estarem atentos a essas dimensões da hospitalização.

Outras razões relacionadas ao parto que provocam medo nas mulheres são indicadas por Oba e Tavares (1996), como o fato de não saberem em que hospital seu filho nascerá, como é o hospital, o tipo de parto, receio de não serem bem atendidas ou serem atendidas por médico que não conhecem e não possuem convênio médico. As gestantes, no estudo de Nogueira (1994), além de preocuparem-se com o local do parto, também preocupam-se com o médico que vai realizar o parto e como será o atendimento, pois queixam-se da desumanização do atendimento na maternidade, da privação afetiva durante o pré-parto e puerpério.

Segundo Souza (1988), o medo também prevalece nas parturientes pela insegurança frente ao desconhecido, pelo risco do trabalho de parto lento



ou tão rápido que não cheguem a tempo na maternidade, pelo risco de complicações durante a parturição, pelo receio de não resistir física e emocionalmente ao aumento progressivo da dor e pelo temor a sua morte e à do bebê.

Os profissionais necessitam considerar o medo como um dos fatores da subjetividade das mulheres durante a parturição. Além disso, os aspectos socioculturais presentes nesse processo exercem influência no atendimento.

Nogueira (1994) afirma que a assistência ao parto é uma das formas de avaliar como a sociedade considera a mulher, a criança e a maternidade. Para a autora, nas instituições de saúde existe uma "...violência invisível que mascara a teoria e a prática nesses serviços em que mãe e filho estão envolvidos tão simbioticamente" (Nogueira, 1994, p.38).

As repercussões do atendimento que é prestado às mulheres necessitam, também, ser analisadas pelos profissionais. É importante considerar que muitos comportamentos das parturientes podem decorrer" ...de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente" (Maldonado, 1997, p.70).

Helman (1994) refere que na cultura ocidental prevalece o modelo tecnológico de atendimento ao parto, em que são enfatizados os aspectos fisiológicos, em detrimento dos psicossociais da gravidez e do parto, e que tendem a medicalizar esse processo normal. Segundo o autor, ocorre a supervalorização do nascimento como um problema técnico, tornando as mulheres seres passivos e dependentes, passando a medicina a desconsiderar os significados que as mulheres dão às vivências de gravidez e nascimento.

Estudo realizado por Campero et al. (1998), no México, confirma o predomínio da atitude de passividade e subordinação das mulheres às decisões dos profissionais e que, nesta última década, tem aumentado a medicalização do processo de nascimento. Referem que as mulheres percebem que as informações, rotinas e intervenções são realizadas de modo autoritário e vertical, sendo poucas as chances de falarem e, muito menos, de perguntarem. Simões (1998), no Brasil, confirma que as mulheres percebem a presença do modelo autoritário e manipulador durante o trabalho de parto, assim como a ênfase do atendimento às necessidades fisiológicas. Disso resulta um atendimento mecanicista e impessoal, com ausência de compreensão da necessidade de compartilhar sua vivência, caracterizada

Segundo Maldonado (1997), freqüentemente as necessidades físicas das parturientes são evidentes e as necessidades psicológicas ficam relegadas segundo plano. É fundamental conhecer os aspectos psicológicos das mulheres quando se aproxima o parto, pois o nível de ansiedade aumenta, os sentimentos são contraditórios, surgem temores relacionados ao parto e ao bebê, o que pode interferir na evolução do trabalho de parto e do parto.

Considero que a priorização do atendimento dos profissionais às necessidades fisiológicas das mulheres encontra respaldo no tipo de formação que recebem. Segundo Buchabqui, Bertuol e Andrade (1995) essa tendência é observada no comportamento de alunos dos diversos cursos da área da saúde. Mesmo sendo esclarecidos de que o aspecto emocional é tão importante quanto o aspecto físico afetado, freqüentemente, valorizam mais as alterações

físicas do que a própria parturiente enquanto pessoa. Provavelmente, suas experiências acadêmicas não sejam suficientemente significativas ao ponto de levá-los a superarem o modelo tecnológico que fundamenta suas concepções e suas práticas durante o curso

Nesse modelo, as mulheres são consideradas seres passivos, sem têm direito sobre a sua parturição entregues aos profissionais do hospital que detêm o poder pelo seu conhecimento especializado.

Para Davis-Floyd (1994) os procedimentos obstétricos podem ser compreendidos como rituais que colaboram para impor os valores culturais da sociedade às mulheres que estão parindo. Entre estes valores estão a impotência feminina frente ao sistema patriarcal, a sua dependência à ciência e à tecnologia e a necessidade do controle cultural de seus processos naturais. Para a autora, os rituais servem para preservar e transmitir a cultura, o que significa perpetuar a estrutura do poder.

Em sua análise, Davis-Floyd (1994), relaciona esse modelo ao paradigma mecanicista, em que o corpo é considerado uma máquina que necessita de reparos. Nesse sentido, a obstetrícia moderna vê o hospital como uma indústria de alta tecnologia destinada à produção de bebês perfeitos, sendo o bebê o produto final do processo de nascimento e a nova mãe o produto secundário. Acrescenta que, nesse modelo, o tempo também é supervalorizado, assumindo a intervenção um papel preponderante. Nesse sentido, Osava (1997) refere que a obstetrícia médica mostra-se empenhada em antecipar a natureza, orientando-se pela tecnologia e não pelos limites das mulheres.

A crescente intervenção humana na natureza também ocorre no parto, segundo Neiros (1984) onde, em nome da segurança do controverso conceito de saúde, invade a privacidade e/ou lesa a integridade das mulheres. Essa intervenção é justificada por Illich (1975) ao afirmar que as pessoas reconhecem o direito dos profissionais de saúde intervirem em sua vida em nome de sua própria saúde porque os valores consumistas de nossa sociedade superindustrializada as condiciona a obter e não a fazer.

Osava (2000) afirma que a obstetrícia brasileira, influenciada pela escola obstétrica norte-americana, fundamenta-se no modelo tecnológico. A gestação e o parto são considerados como problemas médicos que requerem supervisão técnica. Como sérios perigos à saúde das mulheres e dos fetos, exigem a intervenção em um contexto médico com avançada tecnologia. Na perspectiva de Odent (1984), a obstetrícia americana está equivocada pelo intervencionismo e seus efeitos sobre a mãe e o bebê.

Em contraposição ao modelo tecnológico, Osava (2000) refere-se à influência da escola europeia que concebe a gestação como um processo natural, e que a sofisticada tecnologia e intervenção, presentes no modelo americano, descaracterizam a experiência humana da gestação e do parto, colocando em risco a saúde das mulheres pela utilização de procedimentos desnecessários, invasivos e perigosos. Para a autora, a concepção da gestação e do parto como processos patológicos ou naturais estabelecem a linha divisória entre o modelo americano e o europeu. Relata sua experiência na Casa do Parto de Sapopemba em São Paulo, onde desde sua fundação em 1998, cerca de 70 a 80% dos partos e nascimentos requerem apenas

Acompanhamento, ou seja, não há necessidade de intervenção. Esses resultados aproximam-se dos dados de Paciornik (1987) ao afirmar que mais de 90% dos partos podem ocorrer espontaneamente, sem a necessidade de

A Organização Mundial da Saúde (1996) reafirma essa abordagem naturalística da parturição e a exigência de justificativa válida para a intervenção neste processo. Apresenta em seu guia prático sobre a assistência ao parto normal ações úteis que devem ser estimuladas. Entre elas destacam-se a elaboração cooperativa com as mulheres do plano de atendimento ao parto, a avaliação permanente do risco gestacional durante o pré-natal e a parturição, o monitoramento do bem-estar físico e emocional durante a parturição, o respeito à escolha das mulheres quanto ao local do parto, ao acompanhante e à liberdade de posição e de movimento durante o trabalho de parto e a privacidade do local do parto. Além disso, entre outras recomendações, é indicado o apoio empático pelos profissionais, o fornecimento de informações, a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio a dor.

Caldeyro-Barcia, Ballejo e Poseiro (1982) consideram que a tecnologia apropriada para a atenção ao parto normal consiste em observar o processo sem interferir na fisiologia nem na psicologia do grupo familiar.

A emergência de novos paradigmas tem influenciado concepções e práticas da obstetrícia, resgatando a posição das mulheres como centro deste processo e a humanização do atendimento ao parto. Essas concepções têm permitido avanços na reconceptualização da parturição numa perspectiva

holística e, conseqüentemente, no atendimento às mulheres, permeando e inspirando experiências na realidade brasileira. No entanto, essa proposta encontra restrita ressonância no contexto hospitalar, ainda influenciado pelo

Dentre os avanços na concepção da parturição, situam-se aqueles que privilegiam outras dimensões das mulheres e desse processo, não os restringindo aos aspectos de natureza fisiológica. Jones (1999) propõe que seja considerada a dimensão intuitiva. O autor refere que conforme avança o trabalho de parto, algumas mulheres, sem perceberem, tornam-se tão intuitivas que são capazes de captar os sentimentos e pensamentos dos outros no ambiente. Segundo Monticelli (1997), na literatura brasileira são esparsos os trabalhos que estudam o nascimento não apenas como um evento fisiológico, mas também como sociocultural. Gualda (1993) realiza seu estudo sobre o parto na perspectiva cultural.

O conceito sobre a parturição alicerça a prática obstétrica. Maldonado (1997) recomenda que o atendimento às parturientes integre procedimentos tecnológicos e de humanização reconhecendo-se, desse modo, o nascimento como um importante evento familiar e social. Concepção idêntica é de Zander e Chamberlain (1999), ao afirmarem que o modo como é experienciado o parto, considerado um dos maiores eventos humanos, terá muita significação e amplos efeitos nas mulheres.

Simkin (1996) comenta que, a longo prazo, a satisfação da experiência do nascimento ocorre quando as expectativas são atendidas e estão associadas com os sentimentos de competência, de estar no controle, de

elevação da auto-estima, bem como de sentimentos positivos em relação às palavras e ações dos cuidadores.

Zander e Chamberlain (1999), consideram que todos os envolvidos têm a responsabilidade de prover cuidado que encontre equilíbrio entre a objetividade científica e os desejos das mulheres. Ainda destacam que o cuidado centrado nas mulheres promove o seu conforto físico e psicológico. Para os autores, as mulheres necessitam perceber-se no controle do que acontece consigo e ser capazes de decidirem sobre a natureza de seu cuidado, baseada em suas necessidades, discutindo-o com os profissionais envolvidos.

Zimmermann et al. (1995) afirmam que as futuras mães devem receber apoio e tranquilidade antes e durante o parto, que podem ser proporcionados pelo marido, familiar e equipe de saúde. Para esses autores, é fundamental que os profissionais construam uma relação de confiança com as parturientes, que não devem ser deixadas sozinhas mas acompanhadas e incentivadas a participarem e cooperarem o máximo possível, reforçando-se sua crença na própria competência. Acreditam que o parto assistido pela equipe de saúde que as atendeu durante o pré-natal seria a situação ideal, o que é raro na rede hospitalar pública.

Burroughs (1995) enfatiza que o trabalho de parto e o parto, pela sua curta duração, se comparados com a gestação, constituem-se em momentos dramáticos e significativos para as mães, bebês e famílias. A autora identifica as repercussões da participação familiar na parturição, pela sua possibilidade de interferência na evolução desse evento, de tornar essa experiência o mais agradável possível e de influenciar nas relações com o pai, o bebê e as futuras

gestações.

A parturição é um evento familiar e, atualmente, em nossa realidade, a presença do marido ou companheiro durante sua ocorrência tem aumentado gradativamente. Constata-se que a importância da participação do marido vem sendo reconhecida e legitimada durante o curso de preparação ao parto, o que é confirmado por Nakano e Mamede (1994). Teixeira (2000) afirma que o homem precisa se educar para assumir conscientemente a função da paternidade em toda a sua abrangência e plenitude, não transferindo à mulher a responsabilidade na ação co-criadora da gestação. Acredita que a presença do pai durante a parturição promove a continuidade de um processo educativo já iniciado durante a gestação.

Constata-se que a influência do modelo tecnológico na parturição ainda prevalece em nossa realidade hospitalar, deslocando o centro desse processo das mulheres para o hospital e seus profissionais. No entanto, críticas a essa centralização e suas repercussões são apresentadas por Nogueira (1994), ao confirmar que os serviços de saúde têm sua organização e rotina voltadas para as necessidades da instituição e de seus profissionais, e não das usuárias.

Alguns estudos recentes preocupam-se em compreender o ponto de vista das mulheres em relação à parturição, ouvindo-as sobre o que pensam, como concebem, o que esperam do atendimento.

Sertório e Naganuma (1998) destacam que as mulheres em trabalho de parto se aborrecem com a impaciência demonstrada pela equipe, com pessoas falando ao mesmo tempo ou em voz alta e com os gritos das outras parturientes.



As mulheres idealizam o parto e, ao entrarem no hospital, possuem expectativas que nem sempre se concretizam, decepcionando-se (Maldonado; Dickstein; Nahoum, 1997; Simões, 1998).

Maldonado (1997) afirma que uma vivência pode se transformar em uma crise na medida em que ocorre quebra violenta de expectativa, ocasionada por algo inesperado ou quando a realidade se apresenta diferente de sua idealização. Essa situação pode ocorrer na vivência da parturição.

Para Buchabqui, Bertuol e Andrade (1995), as expectativas das mulheres são diferentes das dos profissionais que as atendem, sendo que pouco se tem questionado sobre as expectativas das parturientes. Destacam a necessidade de avaliar o que pode ser oferecido e o que as pacientes esperam ou podem receber.

No estudo de Simões e Souza (1997), as mulheres percebem a vivência do trabalho de parto como angustiante e temerosa, percebem também que o atendimento volta-se para a satisfação de suas necessidades biológicas de modo mecanicista e impessoal. Além disso, constatam que cada profissional desenvolve atividades que são de sua competência, mas sem aproximação com as mulheres e sem valorizar sua singularidade. Esperam poder compartilhar sua vivência como forma de ajuda e de atenção mas percebem que sua experiência é vivida com solidão. Percebem como perigo e ameaça sua vivência da dor e clamam pelo parto como um evento que colocará fim a seu sofrimento e que trará seu bebê ao mundo. Desejam ser cuidadas para que possam assumir sua vivência e terem o seu querer e a sua subjetividade considerados. As autoras analisam ainda o atendimento dos profissionais como

não engajados de modo autêntico nesse momento da parturição, provocado pela rotina hospitalar que os leva à indiferença e a não compreender o significado que as mulheres atribuem a sua vivência. Propõem a reflexão e a decisão de saírem da existência inautêntica no cotidiano hospitalar, buscando um existir interessado e responsável.

Gualda (1993, p.228) *faz uma síntese das expectativas das mulheres em relação ao cuidado cultural durante a parturição, nas quais elas definem o cuidado como "...examinar, ficar por perto, não deixar a mulher largada, dizer como está indo o parto, informar sobre o bebê, acima de tudo, ouvir e respeitar o conhecimento sobre a sua natureza e sobre o seu parto".*

A humanização durante a parturição, segundo Santos (1998), não ocorre somente com a mudança de rotinas e a qualificação dos profissionais, é necessário uma mudança da atitude dos profissionais que interagem com as parturientes. Essas atitudes incluem disponibilidade dos profissionais ao diálogo, às mudanças, compartilhar conhecimento, estar aberto a novos conhecimentos provenientes de outras disciplinas. Desse modo os profissionais não se contradizem e se complementam. Isso reflete na qualidade da vivência da parturição no momento em que as mulheres percebem-se mais tranquilas e seguras

Em sua maioria, os estudos já relatados têm contribuído para o desvelamento da vivência das mulheres em sua trajetória de parturição e sobre a natureza do atendimento hospitalar que lhes é prestado. No entanto, estes estudos focalizam a vivência das mulheres de modo segmentado, na Sala de Trabalho de Parto e Sala de Parto, possibilitando compreensão parcial dessa

vivência por estudarem determinados momentos do processo de parturição e não analisarem a trajetória em sua totalidade. Em consequência, o atendimento nos diferentes momentos da parturição é compreendido de modo fragmentado e não em sua totalidade.

A busca de conhecimento sobre as expectativas e percepções das mulheres em relação ao atendimento durante sua trajetória de parturição, objeto desta pesquisa, tem a intenção de contribuir para superar esse conhecimento ainda fragmentado, preencher lacunas existentes e reconstruir sua compreensão, segundo a perspectiva das mulheres desde o momento de seu ingresso no hospital.

Acredito que as ações desenvolvidas com as parturientes, que levam em consideração suas expectativas e percepções, são fundamentais para a realização de um atendimento humanizado. Isso contribui para que a parturição, período tão marcante na vida das mulheres, seja vivida como uma transição existencial, em vez de um momento de crise.

### 3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 Abordagem do estudo

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa com base no holismo e naturalismo, visto que o conhecimento sobre os indivíduos ocorre a partir da descrição de suas experiências, vividas e definidas pelos próprios atores (Polit; Hungler, 1995). Estudou a realidade do atendimento hospitalar às mulheres no processo de parturição, que não pode ser quantificada. Teve como fonte o desvelamento das expectativas e percepções das parturientes em relação ao atendimento, durante a trajetória desse processo.

A utilização desta abordagem é indicada porque os métodos qualitativos têm maior aplicação em estudos da "...adaptação de pessoas a experiências críticas de vida..." (Benoliel<sup>1</sup>, apud Polit; Hungler, 1995, p. 270).

Além disso, a pesquisa qualitativa

"...trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de 'variáveis'" (Minayo, 1996, p. 21-22).

<sup>1</sup> BENOLIEL, J.Q. Advancing nursing science: qualitativa approaches. *Western Journal of Nursing Research*, v.6, p.1-8, 1984.

A pesquisa qualitativa foi utilizada porque suas características coincidem com a natureza do presente estudo: teve o ambiente natural como fonte direta dos dados-chave (o hospital) e o pesquisador como instrumento; foi descritiva (descreve as expectativas e percepções das mulheres); o processo de pesquisa foi mais importante que os resultados; os dados foram analisados com uma tendência indutiva (da dimensão ideográfica para a nomotética); o significado que as pessoas deram a sua vida foi o foco principal (atendimento na parturição hospitalar) (Bogdan<sup>2</sup>, apud Trivilíós, 1995).

### **3.2 Tipo de estudo**

O presente estudo é de natureza descritiva, do tipo exploratório. Buscou a descrição e a exploração do fenômeno do atendimento às mulheres durante a sua trajetória de parturição no ambiente natural hospitalar, tal como foi vivido e definido pelas próprias mulheres que participaram do estudo.

Parse, Coyne e Smith (1985) referem que o método descritivo propõe-se a estudar intensivamente as experiências vividas e as interações ambientais de uma unidade social, podendo esta ser uma pessoa, uma família ou grupo de pessoas ou famílias, envolvendo um momento microscópico ou macroscópico no tempo. Este momento depende do fenômeno e da questão a ser investigada.

O estudo exploratório permite ao investigador "...aumentar sua experiência em torno de determinado problema", partindo de um foco e

<sup>2</sup> BOGDAN, Robert C.; BIRTEN, S. K. *Qualitative research foreducation: an introduction for to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon, 1982. p.27-30.

aprofundando-o nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes e ampliação de conhecimentos (Trivinos, 1995, p.109). Para o autor, busca encontrar elementos necessários para contatar com uma população, a fim de obter os resultados desejados e servir para levantar problemas de pesquisa.

### **3.3 Local do estudo**

Esta pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, no qual atuei como enfermeira obstétrica. Este hospital possui 725 leitos e conta com 3.763 funcionários, além de 300 médicos residentes distribuídos em 35 especialidades. Professores da Faculdade de Medicina - 236 e da Escola de Enfermagem - 20, coordenam o desenvolvimento das atividades acadêmicas na instituição. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre constitui-se em área de ensino para 1.287 alunos, de diferentes cursos de graduação (HCPA, 1999).

Sua missão institucional é assim definida:

"Formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e referência e, através da maximização do aproveitamento de infra-estrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno de cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla" (HCPA, 1999, p.24).

O HCPA atende em média 400 nascimentos por mês, sendo 85% pelo Sistema Único de Saúde, sendo que os partos vaginais correspondem a 73%<sup>3</sup> do total de partos.

<sup>3</sup>Dados obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico do hospital.

O hospital obteve o título de Hospital Amigo da Criança<sup>4</sup> em dezembro de 1997.

Este estudo envolveu todos os setores do hospital nos quais se desenvolvem a trajetória de parturição das mulheres e o atendimento a esse processo, ou seja, a Portaria, localizada no andar térreo, e a Unidade de Centro Obstétrico (UCO), no 12° andar.

A Portaria (recepção ala norte) é composta de um guichê que é atendido por um auxiliar administrativo e um vigilante durante o dia, sendo que à noite o atendimento é realizado somente por um vigilante.

A Unidade de Centro Obstétrico é composta pela: Emergência Obstétrica, com Secretaria, Sala de Espera, dois Consultórios e uma Sala de Observação com três Jeitos; Área Semi-Restrita, com Posto de Enfermagem, sete Salas de Trabalho de Parto, uma Sala de Deambulação onde é realizada a avaliação do bem-estar fetal, perfil glicêmico, ecografia, coleta de exames de sangue e urina entre outros e; Área Restrita com quatro Salas de Parto, duas Salas de Cesárea, duas Salas de Reanimação do recém-nascido e uma Sala de Recuperação Pós-Parto, com quatro leitos.

A Unidade de Centro Obstétrico é uma área fechada, portanto não é permitida a circulação livre de familiares ou visitantes. A entrada na área Semi Restrita pelos funcionários é feita mediante o uso do uniforme ou avental e o acompanhante da parturiente pelo uso de avental. Na Área Restrita, a entrada é feita somente com uso de roupa cirúrgica, touca, máscaras e propés.

<sup>4</sup> Título concedido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que atendem os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno, preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

A complementação da descrição de cada um dos setores integrou o item deste relatório identificado com o título "Percebendo a Necessidade do Acolhimento na Trajetória de Parturição". Essa descrição favorece a compreensão do atendimento em seu contexto.

No Centro Obstétrico a equipe de enfermagem é composta por onze enfermeiras, trinta e oito auxiliares ou técnicas de enfermagem, divididas em cinco turnos (manhã, tarde, noites I, II, III). Os turnos diurnos são de 6h30min e o noturno é de 12h30min. Em cada turno trabalham duas enfermeiras, sendo que durante o dia há uma terceira enfermeira que atua em turno intermediário. o número de auxiliares e técnicos é de no mínimo seis por turno. Nos plantões diurnos de fins de semana, uma enfermeira permanece no plantão.

As equipes médicas atuam em plantões de 24 horas, sendo cada uma coordenada por dois ou três professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que permanecem na unidade no turno da manhã. No turno da tarde e da noite há dois médicos contratados responsáveis pelo plantão, em cada turno. Cada equipe é composta por residentes do 1º, 2º e 3º ano de ginecologia e obstetrícia e por acadêmicos de medicina. Um médico anestesista e um residente de anestesia estão disponíveis para atender as necessidades do Centro Obstétrico. Em cada nascimento está presente, na Sala de Parto, um neonatologista ou um residente do Serviço de Pediatria que vêm da Unidade de Internação Neonatal, localizada no 110 andar, para atender o recém-nascido.

O atendimento da Secretaria é realizado por duas auxiliares administrativas em cada turno.



A higienização é realizada por duas funcionárias em cada turno diurno e uma funcionária à noite.

A Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, possui 44 leitos, sendo 36 para puérperas e seus bebês e oito para gestantes. Os quartos possuem seis, dois e um leito onde permanecem as puérperas internadas pelo Sistema Único de Saúde, com convênio de saúde e particular respectivamente.

A equipe de enfermagem desta Unidade é composta por oito enfermeiras e trinta auxiliares de enfermagem.

### **3.4 Entrando no campo do estudo**

A entrada no campo de pesquisa foi precedida pela autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do hospital. Após, realizou-se contatos pessoais com o chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, responsável pela equipe médica, a chefe do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil e com as chefes de enfermagem da Unidade de Centro Obstétrico e da Unidade de Internação Obstétrica. Nessa ocasião, as chefias foram informadas formalmente sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos e o cronograma previsto.

### **3.5 Participantes do estudo**

As participantes da pesquisa foram mulheres que vivenciaram a experiência do atendimento hospitalar durante o processo de parturição no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que estavam internadas na Unidade de Internação Obstétrica. Parse, Coynee Smith (1985) enfatizam a importância da

experiência dos informantes em relação ao fenômeno a ser estudado.

A escolha das participantes foi intencional, de acordo com os seguintes critérios: estarem internadas pelo Sistema Único de Saúde, idade superior a 18 anos, com gestação a termo, submetidas a parto vaginal ou cesáreo, com recém-nascido vivo, com no mínimo 12 horas pós-parto, e concordarem em participar do estudo.

O número de participantes deste estudo limitou-se a 14 mulheres, definido, segundo Sandelowski (1995), pela repetição das informações, permitindo o aprofundamento da análise das mesmas e a compreensão da experiência em estudo. Para selecionar as participantes utilizou-se primeiramente os dados da ficha de Controle de Pacientes da enfermeira da Unidade de Internação Obstétrica. Posteriormente consultou-se o prontuário de cada uma das mulheres selecionadas para confirmar os critérios e a inclusão no estudo.

As participantes tinham idade entre 19 a 42 anos; escolaridade entre o primeiro grau incompleto e o segundo grau completo; somente uma não possuía companheiro; quatro não exerciam atividade profissional; o número de gestações variou de uma a seis, sendo três primigestas; somente uma das mulheres não frequentou o pré-natal; oito tiveram parto normal e seis foram submetidas a cesariana; cinco com experiência prévia de parto no HCPA.

Para preservar o anonimato das participantes, atribuí-lhes nomes de mulheres de minha família que vivenciaram a parturição. Também foram substituídos os nomes das pessoas e dos hospitais citados pelas mulheres durante as entrevistas para evitar possível identificação.

A seguir apresento algumas características das participantes do estudo:

**Lúcia**, 23 anos, primeiro grau completo, atendente de creche, vive com companheiro, teve duas gestações e dois partos vaginais, o primeiro parto foi domiciliar. Nesta gestação fez pré-natal, chegou no hospital com dilatação completa e teve parto normal sem episiotomia com sutura de laceração mediana.

**Elizabete**, 38 anos, primeiro grau incompleto, auxiliar de serviços gerais, tem companheiro, teve quatro gestações e quatro partos vaginais. Nesta gestação fez pré-natal e teve parto normal sem episiotomia com sutura de laceração mediana de I grau. Este foi o segundo parto ocorrido no hospital em estudo.

**Marta**, 27 anos, primeiro grau incompleto, do lar, tem companheiro, teve três gestações e três partos normais, sendo os dois primeiros natimortos. Nesta gestação fez pré-natal, teve parto normal sem episiotomia com laceração mediana de I grau. Este foi o seu primeiro parto ocorrido no hospital em estudo.

**Sandra**, 21 anos, segundo grau completo, caixa operadora, não tem companheiro, primigesta. Fez pré-natal, foi submetida à cesariana por desproporção céfalo-pélvica.

**Lisete**, 35 anos, primeiro grau incompleto, camareira (desempregada), vive com companheiro, teve quatro gestações, um parto normal e três cesarianas prévias. Nesta gestação fez pré-natal, foi submetida à cesariana por cesáreas prévias. Este foi o seu primeiro parto ocorrido no hospital em estudo.

**Carmem**, 28 anos, primeiro grau incompleto, do lar, tem companheiro,

teve seis gestações, cinco partos normais e uma cesariana. Nesta gravidez não fez pré-natal, teve parto normal, sem episiotomia com sutura de laceração mediana de 11 grau. O bebê nasceu no pré-parto. Este foi o seu primeiro parto ocorrido no hospital em estudo.

**Rosalina**, 19 anos, segundo grau incompleto, do lar, vive com companheiro, primigesta, fez pré-natal, teve parto normal com episiotomia.

**Andréia**, 25 anos, primeiro grau incompleto, auxiliar de serviços gerais, vive com companheiro, teve duas gestações, um parto normal e uma cesariana. Fez pré-natal e foi submetida à cesariana por sofrimento fetal. Este foi o seu primeiro parto ocorrido no hospital em estudo.

**Neusa**, 26 anos, segundo grau completo, do lar, vive com companheiro, teve duas gestações e dois partos normais. Nesta gravidez fez pré-natal e teve parto normal sem episiotomia. Este foi o seu segundo parto ocorrido no HCPA.

**Dora**, 38 anos, primeiro grau incompleto, auxiliar de fisioterapia, vive com companheiro, teve cinco gestações, três cesarianas e um aborto. Nesta gravidez fez pré-natal e foi submetida a cesariana por cesáreas prévias. Este foi seu terceiro parto ocorrido no hospital em estudo.

**Magali**, 42 anos, primeiro grau incompleto, auxiliar de cozinha, vive com companheiro, teve cinco gestações, três partos normais e duas cesarianas. Nesta última gestação fez pré-natal e foi submetida a cesariana por sofrimento fetal agudo. Este foi o seu segundo parto ocorrido no hospital em estudo

**Estela**, 27 anos, segundo grau completo, servidora municipal, vive com

companheiro, teve três gestações, dois partos normais e uma cesariana. Nesta gestação fez pré-natal e teve parto com episiotomia. Este foi o seu segundo parto ocorrido no hospital em estudo.

**Chiara**, 23 anos, segundo grau completo, empacotadora, vive com companheiro, primigesta, fez pré-natal, foi submetida a cesariana por desproporção céfalo-pélvica.

**Miguelina**, 25 anos, segundo grau completo, auxiliar de escritório, vive com companheiro, teve duas gestações e dois partos normais. Nesta gravidez fez pré-natal e parto normal sem episiotomia. Este foi o seu primeiro parto ocorrido no hospital em estudo.

### **3.6 Coleta das informações**

A coleta de informações foi realizada inicialmente através de consulta ao prontuário das puérperas e de entrevista semi-estruturada com cada participante. As informações foram registradas no Formulário de Pesquisa (ANEXO A).

A consulta ao prontuário ofereceu dados pessoais e obstétricos das mulheres, assim como sobre sua trajetória de parturição e o atendimento recebido. Estes foram registrados na Parte I do Formulário de Pesquisa, facilitando o "rapporf na entrevista e a compreensão sobre a vivência das mulheres descrita pelos profissionais que as atenderam. As informações não constantes do prontuário foram coletadas durante a entrevista com as mulheres.

A entrevista semi-estruturada focaliza as expectativas e percepções

das mulheres sobre' o atendimento hospitalar durante a parturição, bem como os comportamentos e as atitudes por elas apresentados durante o transcorrer da entrevista. Estes dados foram registrados na Parte 11 do Formulário de Pesquisa.

Neste tipo de entrevista as participantes têm liberdade e espontaneidade para enriquecer a investigação, pois parte-se de questionamentos básicos, possibilitando novas interrogações em função das respostas da informante (Trivinos, 1995).

A entrevista foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela participante (ANEXO B).

Para preservar a fidedignidade das informações, as entrevistas foram gravadas em fitas cassete, após o consentimento das mulheres e, posteriormente, transcritas em microcomputador pela pesquisadora. Todas as participantes autorizaram a gravação da entrevista.

O local de realização das entrevistas foi a Unidade de Internação Obstétrica. É para este local que as puérperas são encaminhadas após terem alta da Sala de Recuperação Pós-parto do Centro Obstétrico.

A familiaridade com o hospital, decorrente da minha vivência pregressa como enfermeira na Unidade de Centro Obstétrico, foi fundamental para compreender as descrições das mulheres sobre a trajetória por elas percorrida na parturição e sobre o atendimento recebido. No entanto, quando percebia ter informações insuficientes sobre as rotinas descritas, buscava informalmente esclarecimentos com os profissionais dos setores envolvidos.

A apreensão da maneira das mulheres vivenciarem o "mundo da

parturição" foi precedida do preparo do cenário e do diálogo acolhedor.

Inicialmente, consulte a literatura em busca de subsídios e encontrei na abordagem fenomenológica a proposta adequada para realizar a entrevista. Orientada por essa abordagem analisada por Carvalho (1987), empenhei-me em ver e observar as mulheres em seu espaço e em seu tempo, interpretar compreensivamente a sua linguagem como veículo de significações e perceber o gesto em seu movimento.

Também preparei o cenário para que a intersubjetividade do diálogo fosse viabilizada. Dessa forma, preocupei-me com os fatores externos à entrevista que favoreceram a disponibilidade das mulheres e a criação de atmosfera propícia à comunicação, a um diálogo sério, intencional e acolhedor (Benjamin, 1978).

Nesse sentido, busquei o horário mais favorável para as mulheres, o local disponível e preparei o ambiente para a entrevista. Escolhi o período em que estivessem mais disponíveis, considerando o horário das refeições, da visita, da sua avaliação pelos profissionais e dos procedimentos de rotina da Unidade

A entrevista foi realizada, na maioria das vezes, em um quarto desocupado, visando a privacidade e um ambiente silencioso. Duas entrevistas ocorreram no próprio quarto das mulheres por motivos diferentes: ausência de quarto vago na Unidade e ocupação individual do quarto por uma das mulheres.

Em cada entrevista preocupei-me com o ambiente quanto à ventilação, iluminação, berço para o recém-nascido, existência de poltronas para

entrevistada e entrevistadora. Também deixei o gravador preparado e comuniquei às funcionárias da Unidade que este quarto estaria ocupado, solicitando que evitassem interrupções durante esse período. Para Benjamin (1978), a interrupção externa pode destruir rapidamente uma relação que está sendo construída pelo entrevistado e o entrevistador.

Preocupe-me com que as mulheres sentissem-se à vontade para falar de suas percepções e que não se sentissem ameaçadas. Antes de transferir as mulheres para o local da entrevista, me identifiquei e enfatizei que não fazia parte do quadro funcional do hospital. Também informei sobre a pesquisa e seus objetivos, buscando sua disponibilidade e aceitação formal em participar. Em seguida, acompanhei a mãe e o bebê ao local destinado à entrevista.

No local da entrevista, ofereci às mulheres o berço para colocar o bebê e a escolha de uma das poltronas que proporcionasse maior conforto. Algumas colocaram o bebê no berço e outras permaneceram com ele no colo.

Durante a entrevista, alguns bebês choraram, quando então a conversa foi interrompida, na espera de que as mães os atendessem. Após esse fato, algumas os mantiveram no colo ou no berço e outras os amamentaram. Quando elas optaram por amamentar, consultei-as sobre o desejo de interromper a entrevista, mas nenhuma das mulheres quis fazê-lo.

Realizei as duas primeiras entrevistas num só dia. Antes de realizá-las, percebi-me ansiosa e desconfortável, apesar de não me considerar tímida. Senti receio de não conseguir realizá-las dentro da proposta fenomenológica, por ser minha primeira experiência de pesquisa nesta abordagem.

Também percebi-me vivendo um sentimento de invasão à privacidade



das mulheres, por não existir vínculo anterior entre nós. Ao mesmo tempo, senti que nada tinha a lhes oferecer em troca de sua disponibilidade. Relato esses sentimentos à orientadora, que me sugeriu perguntar às mulheres sobre seus sentimentos ao serem entrevistadas.

Durante essas entrevistas, a atitude de ouvir sem interromper e sem julgar, concomitante à necessidade de obter informações complementares ao que é dito, não foi tarefa fácil de realizar. Com o tempo, percebi que a ansiedade de obter esclarecimentos imediatos após cada pergunta era desnecessária. Na maioria das vezes, estes surgiam naturalmente, desde que houvesse tempo para as mulheres pensarem e elaborarem suas respostas.

Ao ouvir as fitas com os registros das primeiras entrevistas, constatei essa ansiedade inicial gerada pela necessidade de obter informações que respondessem aos objetivos da pesquisa, de adequar as questões e a linguagem às singularidades das mulheres, sem o que dificilmente obteria as informações

A partir da transcrição das duas primeiras entrevistas que integram a pesquisa, analisei os primeiros resultados do processo de coleta de dados. Em face disso, fiz algumas reformulações em relação às perguntas, viabilizando a informação esperada pois "é com o cliente que se aprende a melhor pergunta" (Carvalho, 1987, p.48).

### **3.7 Aspectos éticos**

Orientações éticas da pesquisa em saúde foram oferecidas às mulheres selecionadas: as informações verbais sobre o tema, os objetivos e a

natureza da entrevista, o anonimato e a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento, objetivando informá-las para a decisão em participar ou não do estudo.

Também elaborei um termo de compromisso, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), que foi assinado por todas as mulheres que aceitaram a participar do estudo, as quais receberam uma cópia assinada por mim. Este documento continha a identificação da pesquisa, os objetivos, a utilização das informações exclusivamente para fins de pesquisa, a autorização para a publicação, o destino das fitas de áudio gravadas durante a entrevista e a garantia de anonimato do participante.

### **3.8 Análise e interpretação das informações**

Para a compreensão do fenômeno descrito pela fala das mulheres utilizou-se o Método de Análise Qualitativa do Fenômeno Situado proposto por Martins e Bicudo (1989) na análise e interpretação das informações. Embora esse método tenha sido construído no campo da psicologia, ele também pode ser transposto para o estudo de temas de outros campos do saber como o da enfermagem, como o caso deste estudo.

Este método é dividido em duas etapas: análise psicológica do individual ou análise ideográfica e análise psicológica do geral ou enfoque nomotético.

**A análise ideográfica** inclui a análise da ideologia que permeia as descrições ingênuas e a singularidade do sujeito. Essa análise realiza-se em quatro momentos. Primeiramente, li e reli a entrevista do princípio ao fim com o

objetivo de ter uma visão geral, obtendo o sentido de todo material colhido e a familiarização da linguagem de cada participante. A seguir, identifiquei as unidades de significado segundo minha perspectiva, focalizando o fenômeno pesquisado, lendo e relendo as entrevistas quantas vezes foram necessárias. As unidades de significado, palavras, frases ou parágrafos destacados das falas das mulheres, surgiram de acordo com minha atitude, disposição e perspectiva. No terceiro momento, transformei a linguagem cotidiana e ingênua da participante para a linguagem pertinente ao campo de conhecimento da enfermagem, no qual estou inserida, pelo processo de reflexão e imaginação. Por fim, sintetizei as unidades de significado integrando meus "insights" transformando-as em proposições relacionada às experiências das participantes.

A análise nomotética é o momento de passagem da perspectiva individual à geral, da compreensão e da articulação das situações individuais das participantes para a situação geral do grupo. Esta etapa realiza-se em três momentos que não são passos mas indicações para a realização da análise. No primeiro momento, ocorreu a busca dos "insights" gerais das estruturas individuais, busca de evidências, aspectos ou compreensões, alguns significados constituintes ou relações, busca de proposições que podem ser consideradas como verdadeiras no contexto geral e as que não podem. No segundo momento, comparei a situação vivida pelas participantes, busquei as evidências nas análises ideográficas realizadas, realizei comparação entre as estruturas individuais, procurando convergências e divergências. Identifiquei os aspectos comuns, mesmo não descritos mas que estavam implícitos. Por fim,

realizei formulação explícita de generalidades, buscando formular, de modo claro, o essencial às condições suficientes e necessárias, constituintes e relações estruturais do fenômeno em geral. Refleti sobre possíveis afirmações.

Verifiquei que as falas das mulheres, objeto de análise neste estudo, que expressavam expectativas e percepções sobre o atendimento hospitalar, não se restringiam à recente parturição no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Vivências pregressas em outros hospitais foram também analisadas pelo seu significado e para a compreensão do fenômeno do acolhimento hospitalar na parturição. Do mesmo modo integraram-se ao estudo dados resultantes da vivência das mulheres relacionados à entrevista de pesquisa. Essa decisão permitiu uma melhor compreensão do fenômeno do acolhimento na perspectiva temporal.

Na fala das mulheres emergiram as expectativas do atendimento elaboradas antes de sua internação e as percepções deste atendimento durante sua trajetória da parturição desde sua entrada no hospital: Portaria, Emergência, Pré-parto, Sala de Parto e Sala de Recuperação Pós-parto. Portanto, na análise nomotética os resultados da análise ideográfica foram agrupados de acordo com cada setor do atendimento hospitalar em que as mulheres encontravam-se. Constatei que as expectativas e percepções relacionadas ao atendimento relacionavam-se a três dimensões do acolhimento - institucional, interpessoal e técnica. Em alguns setores, os indicadores destas dimensões apresentavam-se similares e em outros, diferenciados. Para maior clareza ao leitor defini cada dimensão no item 4.1.2 ao tratar das expectativas formuladas pelas mulheres antes de sua internação no hospital. Nas seções

seguintes, não mais as apresentei separadamente considerando seu caráter de interdependência.

## 4 DESVELANDO AS VIVÊNCIAS DA PARTURIÇÃO HOSPITALAR

O desvelamento das vivências da parturição hospitalar foi possível pela interação favorável na entrevista fenomenológica com as mulheres, adequando-me a sua singularidade e, gradativamente, tendo maior facilidade e espontaneidade para realizá-la.

Minhas atitudes interpessoais como entrevistadora são identificadas na fala das mulheres. A disponibilidade e o interesse autêntico para ouvi-las e realizar a entrevista em um clima amistoso e de confiança fazem com que as mulheres sintam-se à vontade para falar de suas vivências íntimas, expressando seus sentimentos, tanto negativos quanto positivos.

*Eu nem senti tanto ser entrevistada. Senti como se tivesse conversando contigo assim sem ser entrevistada sem nada né, como tivesse conversando com uma amiga. Porque é difícil eu chegar e conversar assim, então eu enrolo, eu não converso, eu não venho. Uma vez tentaram fazer uma entrevista comigo e eu não quis, né. Mas contigo não, eu tô conversando, me abri prá ti (Marta).*

*Eu gostei de ser entrevistada porque tu tava a fim de ouvir, sem julgar (Estela).*

Identifico em suas falas que o preparo para o momento da entrevista

tem resultados positivos, pois as mulheres sentem-se acolhidas e à vontade para falarem de suas vivências e percepções.

Segundo Carvalho (1987, p.40), para compreender o pensamento das entrevistadas faz-se necessário "...penetrar o seu mundo, sua presença e sua vida". É necessário "...uma comunhão com quem fala, um ouvir olhando para o cliente, envolvendo-se com ele, sendo tomado pelo seu gesto lingüístico". A autora ainda destaca que a atitude de ouvir deve expressar aceitação e interesse; deve abstrair-se de preconceitos ou perspectivismo, é tornar-se sensibilidade e intuição.

Algumas mulheres referem sentir-se à vontade para falar mesmo sendo tímidas, procedentes do interior do Estado ou por terem sido entrevistadas anteriormente. Minha atitude de entrevistadora torna a entrevista uma conversa amigável, sem ameaça, promovendo um clima de liberdade e de espontaneidade características da relação de ajuda-confiança de Watson (Talento, 1993), ou seja, um modo de comunicação que promove harmonia e cuidado.

Apesar dessa atitude, algumas mulheres sentem-se surpresas e nervosas por vivenciarem sua primeira experiência como entrevistadas.

*É estranho (risada). Coisa que a gente não espera... Nunca tinha sido entrevistada antes. Tô nervosa (Rosalina).*

No entanto, quando as parturientes são internadas no Centro Obstétrico, são também entrevistadas tanto pelo médico quanto pela enfermeira no momento em que preenchem, respectivamente, a Nota de Baixa e o Histórico de Enfermagem. Estas entrevistas objetivam o conhecimento

sobre a história de saúde e da gestação, como também o planejamento do atendimento a ser desenvolvido. Essas duas experiências de entrevistas anteriores não são identificadas pelas mulheres como tal. Talvez isso ocorra por esses procedimentos centrarem-se no inventário de dados, desconsiderando a qualidade da relação interpessoal. Em decorrência, é provável que as mulheres encontrem pouco espaço para expressarem suas percepções e sentimentos. A fala de Lisete me faz refletir sobre isso.

*A minha sensação é muito boa porque eu nunca fui entrevistada (riso) por nenhuma pessoa, nem num hospital, nada, né. É difícil a gente ser entrevistada. Ninguém nunca me entrevistou, é a primeira vez né, que eu converso assim. E eu não sou também de me abrir, de tá conversando, né. Eu sou bem de fora e a gente já fica meio encabulada, né. E eu tô me sentindo bem à vontade né, prá responder às perguntas (Lisete).*

Essas entrevistas constituem-se em um procedimento que privilegia a dimensão técnica dissociada da dimensão interpessoal. Considero que tais entrevistas dos profissionais têm potencialidades para promover um acolhimento às mulheres desde o início de sua internação no Centro Obstétrico. Para tanto, parece importante que incluam questões que privilegiem tais aspectos e que os entrevistadores expressem atitude acolhedora.

Uma entrevistadora desconhecida e acessível é percebida por Dora como importante, para que se sinta livre e não ameaçada de expressar o que pensa e sente.

*Isso aí é muito importante mesmo... fazê entrevista com pessoas estranhas mesmo, prá gente se sentir melhor, né. Que, às vezes, tu vai fazer uma entrevista com uma pessoa conhecida tu diz somente aquilo que ela quer que seja dito, né. Assim nós estamos se conhecendo hoje, a recém faz quinze minutos que a gente se viu pela primeira vez, tô aí fazendo entrevista. Tô sendo sincera com o que eu tô te dizendo, né.*



*Não é uma coisa assim que: "- Aí, tu diz isso, tu diz aquilo. n Não, foi uma coisa de livre e espontânea vontade, tá falando abertamente né, o que é (Dora).*

Depreende-se que Dora vive relações sociais de dominação em seu cotidiano, pois somente com uma pessoa desconhecida é que se sente à vontade para expressar-se. Sua liberdade se circunscreve àquilo que os outros esperam que ela diga.

Apesar de aceitarem o convite para participar da entrevista, algumas mulheres temem por conseqüências. Magali não gosta de ser entrevistada pois acredita que sua crítica ao atendimento possa trazer prejuízos. Talvez sinta receio e medo que as críticas possam ocasionar represálias da instituição aos profissionais ou destes a si própria.

*Ah, eu não gosto de ser entrevistada. Isso aí pode prejudicar né, prejudica as pessoas (Magali).*

Marcas do autoritarismo e da opressão social também podem ser percebidas nas falas de Dora, de Magali e de Rosalina, descritas anteriormente

As mulheres desconhecem ou não utilizam seu direito de cidadania de expor suas percepções sobre os serviços que lhes são prestados. Culturalmente, não há espaço reconhecido à crítica da população aos serviços públicos. A relação social que se estabelece entre o Estado e o usuário ainda é uma relação paternalista e assistencialista. Isso provoca sentimento de dependência, de submissão, em que o beneficiado só tem a agradecer a "doação" do serviço recebido.

A maior parte do tempo destinado à entrevista é utilizado para as

mulheres relatarem suas vivências sobre o atendimento hospitalar na parturição. O tempo que utilizo é, apenas, para apresentar as questões e ouvir seus relatos.

A relação interpessoal que estabeleço com as mulheres é fator preponderante para que a entrevista alcance seus objetivos. Assim, aprender a realizar uma entrevista fenomenológica e identificar fatores que podem promovê-la são resultados valiosos. Mas, acima de tudo, a aprendizagem mais importante é desvelar a experiência de cada uma das mulheres à medida em que a revivem e a reconstróem. Suas falas mobilizam minha experiência pessoal, fazendo-me também revivê-la e reconstruí-la durante a relação intersubjetiva que estabelecemos.

Os resultados da análise das falas das mulheres são apresentados a seguir. Para tanto, reporto-me aos objetivos da pesquisa que me auxiliam na delimitação, organização e discussão do material analisado. Da análise, emergem três grandes temas que são:

- . **Expectativas para a parturição**
- . **Percebendo a necessidade do acolhimento na trajetória da parturição**
- . **Reavaliando a vivência da parturição hospitalar**

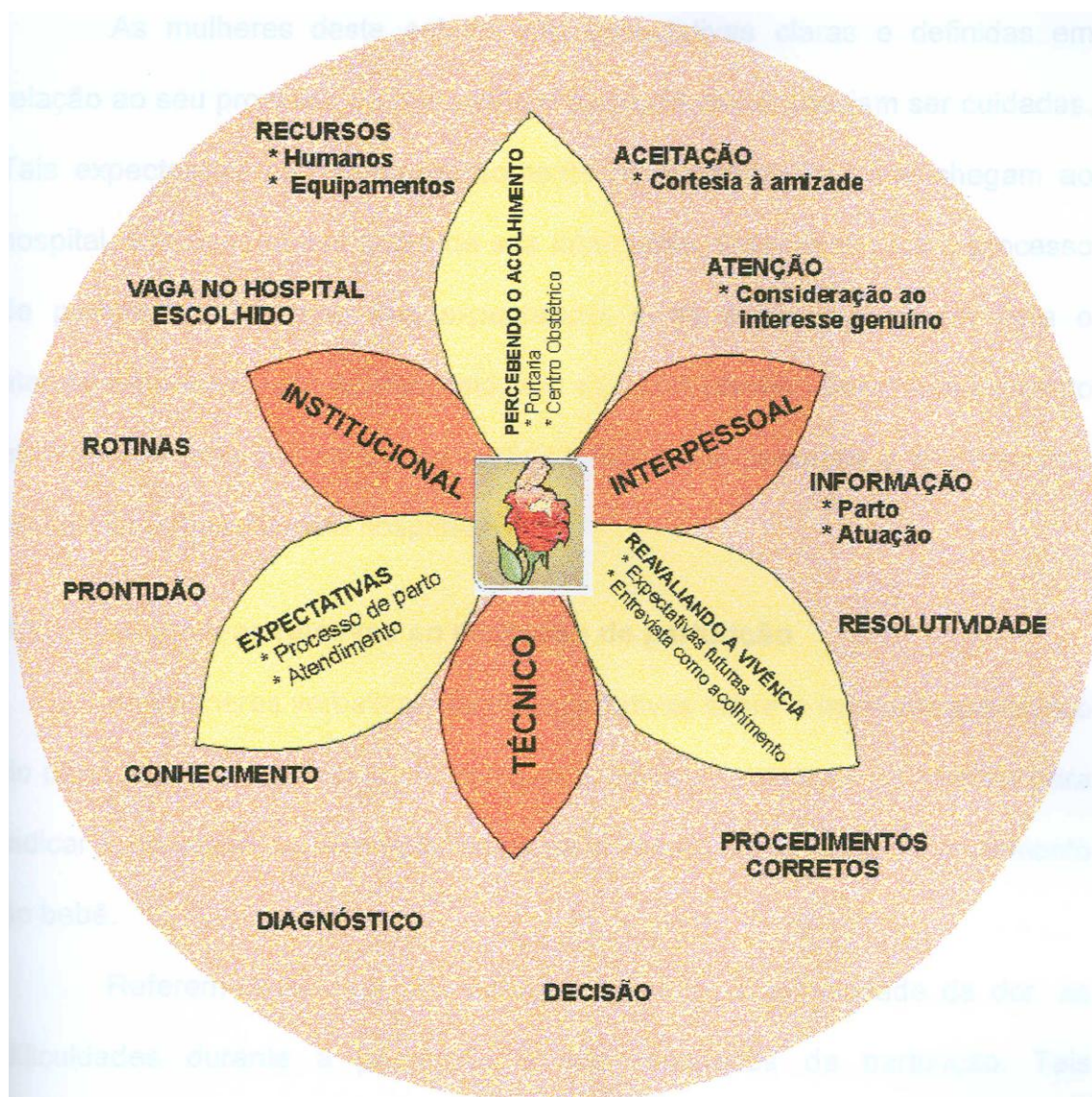


FIGURA 1

VIVÊNCIA A PARTURIÇÃO HOSPITALAR

## 4.1 Expectativas para a parturição

As mulheres deste estudo têm expectativas claras e definidas em relação ao seu processo de parturição e ao modo como desejam ser cuidadas. Tais expectativas não emergem somente no momento em que chegam ao hospital, são construídas antes de sua internação, durante e após o processo de parturição. Conhecer tais expectativas é de suma importância para o atendimento adequado às necessidades das parturientes. Esse conhecimento emerge das falas das mulheres participantes dessa pesquisa e se referem à parturição e à assistência hospitalar.

### 4.1.1 Expectativas relativas ao processo de parturição

As mulheres verbalizam suas expectativas sobre o momento específico do parto e sobre o processo de parturição. Utilizam a palavra parto tanto para indicar o processo de parturição como para indicar o momento do nascimento do bebê.

Referem-se ao tipo e à duração do parto, à intensidade da dor, às dificuldades durante a parturição e aos resultados da parturição. Tais expectativas são construídas pelas mulheres, a partir de sua experiência prévia de parturição ou de informações que recebem de terceiros.

O **parto normal** é esperado pela maioria das mulheres, mesmo por aquelas submetidas a cesariana prévia. Para elas, parto normal significa parto vaginal, incluindo qualquer intervenção como a administração de ocitocina para a indução do parto e a realização de episiotomia. Esses procedimentos fazem parte da rotina da parturição hospitalar.

Para as primíparas, essa expectativa se origina de informação de

terceiros que apontam as vantagens desse tipo de parto, enquanto que as multíparas, apóiam-se na experiência prévia de parto normal. No entanto, uma das mulheres após ter vivenciado parto normal e parto cesáreo, prefere o parto normal. Aquelas submetidas a duas cesarianas prévias já esperam parto cirúrgico.

*Eu vim prá fazer é parto normal. Eu sempre preferi ganhar de parto normal do que de cesariana, né (Magali).*

*Então eu vou lá, de repente eu ganho normal, eu ganho numa boa e eu esperava isso, né (Sandra).*

*Daí começou as contrações... Aí eu resolvi vir prá fazer cesariana... porque eu já tive duas cesarianas... (Oora).*

Minha vivência como enfermeira obstétrica confirma que a maioria das mulheres deseja parto normal. Só optam por cesariana a fim de se livrarem da dor, quando o trabalho de parto é demorado e muito doloroso.

Em Porto Alegre, no ano de 1998, a incidência de parto espontâneo foi de 61,3%, parto com fórceps de 2,8% e partos operatórios de 35,8% (Porto Alegre, 1999). Atualmente, o parto normal como um evento fisiológico e natural é veiculado através da mídia - escrita e falada. Outra fonte de apoio ao parto normal são os cursos de preparo ao parto, em que conteúdos informativos e as vantagens do parto normal são destacados.

No entanto, Maldonado e Canella (1988) alertam sobre os problemas que poderão ocorrer quando a mulher é preparada somente para um tipo de parto. Para os autores, o sentimento de falha ou de fracasso poderá ser vivido por elas com repercussões no estabelecimento da relação mãe-filho.

**A dor de parto** é esperada e considerada como inerente ao processo de parturição por algumas mulheres deste estudo.

*Isso aí é uma coisa normal, a gente vai sofrer igual. Acho que não tem o que fazer (Magali).*

No entanto, expressam apreensão sobre a intensidade da dor, que varia de um parto sem dor a um parto doloroso. Situação semelhante ocorre em relação à **duração do parto**, de rápido a demorado.

O "parto rápido" é, segundo as mulheres, aquele que demanda atendimento com prontidão e encaminhamento direto à Sala de Parto, assim que chegam ao hospital.

Muitas mulheres esperam ter um parto rápido e sem dor, enquanto outras prevêm que seja doloroso e demorado.

As mulheres desejam abreviar a dor de parto, por esta razão têm expectativa de um parto rápido. Isto é manifestado pelas mulheres que vivenciaram anteriormente o parto normal e, portanto, conhecem a "dor de parto"

*Bom, eu queria mesmo que eu chegasse aqui na hora, já nascesse, né (riso), sem dor, sem nada (riso) (Marta).*

Outras mulheres consideram que, além da dor, a demora do parto também é inerente a esse processo.

*Eu imaginava que o meu parto ia ser como eu te disse doloroso mas ao mesmo tempo demorado porque é uma dor que não tem como tu fugir (Neusa).*

*...eu esperava passar mais tempo aqui, já tava me preparando (riso) prá isso. Foi uma surpresa ter um parto rápido (Lúcia).*

A aceitação da dor de parto é cultural, sendo confirmada no estudo etnográfico sobre a vivência do parto realizado por Gualda (1993), no qual as mulheres consideram a dor como um componente natural e essencial da

maternidade.f .

Elas esperam **encontrar dificuldades** por desconhecerem a evolução da parturição e a sua atuação durante esse processo.

*Eu imaginei que ia ser difícil, que eu não ia saber fazer nada na hora (riso) (Rosalina).*

*Eu imaginava que eu ia chegar no hospital, ia ter uma dor. Antes de eu ter as contrações eu não sabia nem como é que era. Eu imaginava que eu ia chegar no hospital e de repente poderia ter um parto nonnal, eu não sabia, não conhecia tudo (Chiara).*

As mulheres esperam **resultados positivos em seu parto**. Esperam que o processo transcorra sem complicações e que o bebê nasça saudável e sem deficiência física.

Aliada a essa perspectiva otimista aparece outro tipo de expectativa, a conformista, presente na fala de algumas mulheres. Aceitam se submeterem à dor, à demora do parto, à insegurança pelo desconhecimento sobre a sua atuação, a não terem parto vaginal e a possíveis intercorrências, desde que o resultado desse processo seja positivo tanto para si como para seu bebê.

*A gente pensa em chegar e ganhar o nenê, e ganhar o nenê bem e deu. Só isso aí (Magali).*

*Como eu já tive um bebê, eu sabia que eu ia ter dor, que ia entrar em todo aquele trabalho de parto, que talvez demorasse e que no final ia dar tudo certo. ...eu achava que o bebê não ia nascer com problema nenhum né, que a gente esperava (Neusa).*

As mulheres reconhecem o processo de parto como algo normal, portanto, não é necessária preocupação. Lúcia destaca a naturalidade do parto presente em sua experiência prévia de parto domiciliar compartilhado por sua família.

*...a minha mãe ficou junto e a parteira era a minha cunhada daí eu fiquei em casa (riso) com todo mundo (Lúcia).*

Além da percepção sobre a dor de parto, já referida, Gualda (1993, p.194) também identifica percepção semelhante das mulheres sobre o parto ao afirmarem que "parto normal é uma coisa natural".

Nas expectativas das mulheres encontram-se integradas suas concepções sobre a parturição, tais concepções são geradoras de expectativas sobre o atendimento.

#### **4.1.2 Expectativas relativas ao atendimento hospitalar: o acolhimento**

Além das expectativas prévias relacionadas ao parto, as mulheres têm também expectativas quanto ao atendimento hospitalar durante a parturição. Nesse sentido, as mulheres manifestam seu desejo de serem acolhidas. Sua expectativa de acolhimento coincide com a definição de Ferreira (1986) que inclui admissão com abrigo, acolhida, agasalho, hospedagem, refúgio, aceitação, crédito, consideração.

A idéia de acolhimento que emergiu da fala das mulheres deste estudo, também coincide com a de acolhimento na saúde definido como uma nova forma de relação entre trabalhadores de saúde e usuários (Bueno; Merhy, 2000). Para esses autores, o acolhimento vai além do conceito de Ferreira

"Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para re-inventar a qualidade de assistência. O acolhimento na saúde é a construção de uma nova ótica de ver a doença e o sofrimento, como responsabilidade social, novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania" (Bueno; Merhy, 2000, p.3).



O acolhimento é um dos componentes de uma proposta de modelo tecno-assistencial em defesa da vida (Merhy, 1994) que busca modificar o atual modelo vigente. Segundo Bueno (1997), esse projeto inclui a construção de uma nova ética integrada pela diversidade, pela tolerância à diferença e pela inclusão social. As estratégias de ação deste modelo apoiam-se em eixos que são o acesso e o acolhimento do(s) usuário(s); a criação do vínculo entre trabalhador(es) e usuário(s), objetivando a construção de uma relação de responsabilidade e compromisso entre si; ações resolutivas geradoras de efetividade e satisfação; contribuição das ações de saúde visando autonomia do(s) usuário(s), e gestão autônoma dos serviços de saúde (Merhy, 1994). Assim, esse modelo prevê o acolher o outro como processo de escuta, de resposta e de responsabilização (Bueno, 1997).

Para Merhy (1994), o acolhimento é direito de todos usuários e cidadãos, fundamental tanto para o processo de criação de vínculo como para o processo terapêutico, que visa a autonomia do usuário.

A concepção de acolhimento presente na fala das mulheres também se relaciona a concepção de cuidado da Teoria Transpessoal do Cuidado de Watson que, segundo Talento (1993), caracteriza o cuidado como aquele que transcende a dimensão biofísica, passando pela intrapessoal, colocando a cliente no contexto da família, da comunidade e da cultura. Como decorrência, o profissional torna-se co-participante ativo na busca da auto-realização empreendida pelo cliente. Nessa teoria, aspectos psicossociais são privilegiados por atividades expressivas e aspectos fisiológicos pelas atividades

instrumentais (Watson<sup>5</sup> apud Waldow, 1998).

A concepção de acolhimento vem inspirando políticas públicas de saúde inclusive na área da saúde da mulher, resgatando a posição da mulher como pessoa/cidadã e legitima o atendimento humanizado como um direito de cidadania (Schirmer et al., 2000).

Em consonância com essa concepção, verifica-se que as mulheres desse estudo esperam receber acolhimento no hospital escolhido desde seus primeiros sinais e sintomas da parturição. Isto significa serem admitidas para receberem o atendimento obstétrico necessário. Desde seu ingresso no hospital e durante sua trajetória nos diferentes setores, desejam ser recepcionadas, aceitas, consideradas como pessoas humanas, informadas, sendo suas queixas ouvidas e suas necessidades atendidas. Neste momento, buscam o hospital como o local especializado de atendimento ao parto, nele se refugiando e encontrando amparo, ajuda e parceria comprometida e responsável das pessoas que as acompanham neste processo e da instituição hospitalar. Com isso, buscam viver e superar esse evento de modo positivo para si e seu bebê.

Assim, três dimensões interdependentes integram o acolhimento hospitalar: a institucional, a interpessoal e a técnica que, neste estudo, são caracterizadas como sub-temas. Estes sub-temas se manifestam na fala das mulheres antes, durante e após a parturição. Cada dimensão apresenta-se com maior ou menor ênfase pelas mulheres, em diferentes momentos de seu processo.

<sup>5</sup> WATSON, J. et al. A model of caring: na alternative health care model for nursing and research. *Clinica' and Scientific Sessions*. Kansas city. American. 1979.

### *Acolhimento institucional*

o acolhimento institucional diz respeito ao contexto ou estrutura hospitalar, envolve as condições físicas e materiais, os recursos humanos, técnicos, financeiros, a estrutura e a organização administrativa da instituição. É o reflexo da filosofia que orienta e influencia a dinâmica interna do hospital produzida pelas interações que se estabelecem entre normas, rotinas, pessoas, equipamentos, procedimentos. Incluem também os valores e as decisões que presidem as políticas de saúde em diferentes níveis, exercendo influência nas práticas realizadas no hospital.

o acolhimento institucional apresenta-se de modo marcante nas falas das mulheres no momento que antecede a parturição, principalmente, relacionado à expectativa da **vaga para internar no hospital escolhido**.

A falta de leitos obstétricos, problema freqüente nos dias de hoje, impede a concretização da expectativa das mulheres parirem seu filho em hospital de sua escolha. A não garantia da vaga no hospital escolhido gera medo e insegurança, porque sabem que existem diferenças de atendimento entre os hospitais. Temem serem obrigadas a internar em outro hospital, onde o tipo de atendimento possa colocar em risco a sua vida e a saúde do bebê.

*Uma das coisas que eu acho importante, que eu gostaria muito era a segurança de saber aonde eu vou ganhar o meu filho, pelo diferente atendimento que tem nos lugares. Um dos problemas que eu tive foi essa insegurança. O ideal seria que toda a mãe soubesse que ela vai ter o seu filho de forma segura. Que ela não vai ter no corredor. Então garantia de vaga seria o ideal, sonhando já desde o começo. Isso ajudaria desde a gravidez porque a minha gravidez toda eu tive medo de parar em algum hospital que eu soube que as pessoas tiveram problemas. Eu mesma ganhei meu primeiro filho num hospital onde a gente via barata caminhando, então eu tinha medo de parar num hospital desses. Mas eu sabia que se eu*

*fosse nos que eu gostaria e não tivesse vaga, eu teria que cair lá. Então isso é muito ruim. A garantia de vagas é uma coisa muito importante (Estela).*

Assim, garantia de vaga no hospital escolhido significa a proteção esperada pelas mulheres. De acordo com sua percepção, o hospital destina-se a acolher as pessoas para resolver seus problemas de saúde. Nesse sentido, a vaga representa o atendimento às necessidades básicas de segurança identificadas por Maslow (1970).

Maslow (1970) refere que a confiança, a estabilidade, a dependência, a proteção, o sentir-se livre do medo, da ansiedade, do caos, e a existência de estrutura legal e de limites integram as necessidades de segurança. Os dois níveis, físico e psicológico das necessidades de segurança, são vividos por essas mulheres ao enfrentarem a incerteza da vaga. Elas se sentem ameaçadas em sua sobrevivência física e em sua tranquilidade psicológica, gerando-se sentimentos de medo, ansiedade, apreensão e insegurança.f

Para Watson (Talento, 1993), a percepção da ameaça constitui-se em acontecimento estressante para a pessoa. Em seus trabalhos, Watson faz referências aos humanistas existenciais como Maslow, Rogers, entre outros.

Mesmo notificadas da falta de vaga, as mulheres desejam receber atendimento no hospital escolhido.

*...eu comecei a sentir umas dorzinhas e vim aqui e nunca me mandaram embora. Tendo algo ou não, era atendida. De qualquer jeito eu era atendida. Aí eu disse: "- Vai sê no Clínicas que eu vou ganhar. Mesmo que não tenha leito, mas eu fico esperando no co"edor" (Marta).*

A vaga é tão importante que, para obtê-la, algumas mulheres adiam o momento de busca ao hospital ou procuram-no somente quando se encontram

já em trabalho de parto avançado. Sabem que um dos critérios para sua admissão é encontrarem-se na fase de transição do período de dilatação.

*Então no momento que eu tava esperando ela, eu já deixei decidido que o local de eu ganhar ela era o Hospital de Clínicas. E já vim em cima da hora prá não ter como eles me mandá prá outro hospital. Ou ela nascia ali ou ela nascia na rua (Elizabeth).*

É evidente que as mulheres temem a peregrinação aos hospitais em busca de assistência na hora do parto. Tanaka (1995) considera que esse processo é vivido pelas mulheres quando são obrigadas a buscar assistência em mais de uma instituição antes de serem internadas. Afirma também que, no sistema de saúde brasileiro, a falta de procedimentos técnicos ou políticos para promover a integração entre a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério obriga as mulheres a peregrinarem.

O atendimento hospitalar à parturição está assegurado na atual Constituição Brasileira, no artigo 196, ao consagrar a saúde como

*"...direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, p.133).*

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 198 da Constituição de 1988, pretendeu ratificar o acesso universal ao parto hospitalar. No entanto, segundo Tanaka (1995), como os serviços não estão diferenciado a clientela, está ocorrendo maior dificuldade na internação das parturientes quer nos hospitais filantrópicos, quer nos hospitais conveniados ou contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A

6 Fase de transição: caracteriza-se pela dilatação do colo do útero entre 8 a 10 cm (Burroughs, 1995).

autora destaca dois fatores que originam esta situação: o baixo valor pago à rede hospitalar para a assistência ao parto e o aumento da demanda no setor público, por tomar-se referência para o setor privado de casos ditos não rentáveis, ou seja, que necessitem de atendimento especializado.

Com isso, a peregrinação das parturientes em busca de uma vaga intensifica-se ano após ano, constituindo-se em uma das constatações do Relatório do Comitê de Perinatologia do Município de Porto Alegre (Porto Alegre, 1998). O relatório comprova que todos os hospitais têm excesso de demanda com taxas de ocupação superiores a sua capacidade, representando iminente risco aos pacientes e aos profissionais de saúde envolvidos.

Minha experiência profissional como enfermeira da Unidade de Centro Obstétrico comprova este fenômeno da peregrinação. Ela é decorrente da superlotação do Centro Obstétrico ou da Unidade de Internação Neonatal e da não concordância entre os critérios indicativos de internação das mulheres e os dos profissionais.

O SUS garante às mulheres assistência ao parto mas não lhes garante o atendimento no hospital por elas escolhido. Tanaka (1995, p.33) afirma que, no Brasil, "...a mulher raramente tem possibilidade de escolher onde vai ter o seu filho...". Acredito que essas restrições impostas às mulheres caracterizam desumanização.

Parece fundamental que a possibilidade de escolha do hospital onde parir seus filhos venha a se constituir em um direito de cidadania das mulheres. No entanto, nenhuma delas exige ou reivindica esse direito. Ele só é expresso em nível de expectativa.

Além da garantia de vaga no hospital escolhido, as mulheres **esperam que o hospital tenha rotinas, profissionais e equipamentos**

especializados, utilizando-os para garantir a assistência com prontidão e resolutividade para si e para o bebê, contribuindo assim para o êxito do processo de parturição.

*... vim prá cá por causa dos recursos. Porque eu já penso que se é uma criança prematura eles têm todo o atendimento, né. Quando eu precisei da Emergência Obstétrica, eles me prestaram todo o serviço como ecografia, que eu não precisei pagar. Nos outros hospitais eu tinha que pagar porque eles não tinham. Exames eles faziam na hora, me davam o resultado antes de ir embora. Nos outros hospitais tinha que esperar semanas prá pegar um resultado (Miguelina).*

A concepção do hospital como totalidade e a interdependência dos diferentes setores são confirmadas tanto pela perspectiva teórica que a sustenta, como pela dinâmica interna.

Pela fala de Miguelina constata-se que esta concepção é percebida como fator importante do acolhimento à parturição. É por essa razão, que o acolhimento institucional não pode ser compreendido isoladamente do acolhimento interpessoal e técnico.

Internar nesse hospital é expectativa da quase totalidade das mulheres desse estudo. Escolhem o hospital antes da gravidez ou durante esse período. Entre as mulheres dessa pesquisa, apenas Magali preferia outro hospital, por ter vivido um atendimento não satisfatório em seu puerpério anterior. Seu marido é quem escolhe o HCPA por desconhecer sua história pregressa. Por isso, ao internar neste hospital, Magali tem medo de que se repita sua experiência anterior.

*Eu não queria vir para o Hospital de Clínicas. Eu queria ir para*

*o Hospital X. Aí o meu marido que resolveu vir prá cá... Da outra vez eu peguei infecção hospitalar aqui. Por isso que eu não quis vir dessa vez... eu não queria vir por causa disso. Fiquei com medo de acontecer a mesma coisa. Eu digo: "- Ah, vou prá lá, vou morrer. Tô cheia de filho aí" (Magali).*

A escolha do HCPA não é aleatória. Origina-se, principalmente, de conhecimento prévio originado das mulheres em diferentes setores deste hospital. Os fatores que influenciam esta opção são as experiências de atendimento vividas na atual gestação, em outros processos de parturição, em internações não obstétricas ou em internação de familiares.

*Porque eu já conhecia o atendimento deste hospital. Já tive duas cesarianas aqui, né. Este é o terceiro parto que eu tive. E eu vi que a gente conhecer... conta aqui. Que nem aquele ditado: o bom filho retoma a casa, né. Retomei (riso) (Dora).*

*Eu sempre quis vir. É que a minha irmã ganhou o nenê dela aqui também... e todo mundo indicou... diz que era um hospital bom. Aí eu vim por indicação (riso) (Rosalina).*

*Eu sempre soube pelas minhas irmãs que o Hospital de Clínicas é muito bom porque elas tiveram os quatro filhos aqui. Aí eu pensei que devia ser um hospital bom. E eu já tinha operado neste hospital a apendicite e o atendimento foi bom (Sandra).*

Assim, ao escolherem o hospital, as mulheres levam em consideração as informações de familiares, vizinhas e amigas, com quem têm relação de confiança. Em alguns casos, esta decisão é influenciada por informações de consenso sobre a qualidade da assistência do Hospital de Clínicas, já integrada na cultura local e ratificada pelo Prêmio Qualidade do Governo Federal<sup>7</sup> em 1998 (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1998), e pela primeira posição, na

<sup>7</sup> Prêmio Qualidade do Governo Federal: tem como objetivo avaliar as instituições vinculadas ao Governo Federal quanto à qualidade dos serviços prestados à comunidade. O Hospital de Clínicas foi a única instituição, na área da saúde, a ser premiada.



categoria hospital, da pesquisa Top of Mind<sup>8</sup> - Porto Alegre (As marcas..., 2000).

A escolha do hospital pelas mulheres deste estudo baseia-se nos seguintes critérios: proximidade à residência das mulheres, organização e limpeza, existência de setor especializado em obstetrícia, recurso humanos especializados, prontidão no atendimento, resolutividade, gratuidade e possibilidade da companhia do marido durante a parturição. As mulheres esperam que o atendimento que receberão neste hospital lhes garanta o seu bem-estar pessoal e o do bebê.

A organização e a presença de recursos humanos são destacadas por Lisete.

*Os hospitais geralmente não têm quase ascensorista. Aqui tem tudo direitinho. É tudo por ordem de chegada, tem fila prá visita... tudo é orientado bem direitinho! (Lisete).*

A organização do hospital assume especial significado para Lisete pois parece lhe proporcionar assistência equânime, sem discriminação.

A fala de Elizabete faz referência ao critério de limpeza pela sua relação com o risco de infecção hospitalar, problema que já é de conhecimento público pela sua magnitude na realidade brasileira.

*O Hospital de Clínicas foi escolha minha, era um dos melhores hospitais prá mim. Eu fiz o pré-natal no PSF<sup>9</sup>, mas inclusive com sete meses eu vim prá cá fazê uns exames aqui e já marquei que eu viria prá cá. No meu caso de ficar aqui foi a higiene excelente. Enfim tudo dentro do Hospital de Clínicas é excelente. A higiene é importante, ainda mais onde uma*

<sup>8</sup> Top of Mind - Porto Alegre: é uma pesquisa que busca captar a lembrança espontânea sobre as marcas, as empresas e os produtos que estão na memória dos porto-alegrenses. Foi realizada pela Revista Amanhã e Segmento Pesquisas.

<sup>9</sup> PSF: Programa de Saúde da Família que integra o Sistema Único de Saúde, desenvolvido em unidades básicas de saúde.

*criança recém nasceu, tá correndo risco de ser contaminada por qualquer coisinha. Ali não, não tem como acontecer isso porque elas tão sempre, sempre em cima (Elizabete).*

*Aí eu fui em outro hospital, que é perto de minha casa e como não tinha anestesia né, daí você tem que procurar um hospital assim maior que tenha né... (Lisete).*

Alguns critérios que influenciam as mulheres na escolha do hospital, coincidem com aqueles identificados no estudo de Gualda (1993): a existência de profissionais, equipamentos, medicamentos e possibilidade de intervenção, caso ocorra alguma complicação.

#### *Acolhimento interpessoal*

Aliado ao acolhimento institucional, as mulheres referem indicadores de acolhimento interpessoal como determinantes da escolha do hospital.

A expectativa de acolhimento interpessoal constitui uma das preocupações das mulheres antes da parturição. Refere-se às relações que se estabelecem entre as mulheres e os profissionais que com elas interagem durante todo esse processo. Essa expectativa é caracterizada pela aceitação, pela **atenção** e pela **informação**. Os componentes da relação interpessoal apresentam-se interdependentes, não aparecem de forma isolada na fala das mulheres, pois seus significados se mesclam.

*...tem que ser bem atendida desde lá de baixo (portaria do hospital). As pessoas (profissionais) têm que tá preparadas prá isso aí, atender bem né (Dora).*

*...O atendimento eu achei que ia ser normal... Eu esperava que eles atendessem bem... (Rosalina).*

As mulheres **esperam ser aceitas pelos profissionais**, cujas manifestações variam de cortesia, à empatia, à solidariedade, chegando até a

amizade. Para algumas mulheres, ser aceita significa ser tratada como ser humano: com educação, polidez e gentileza - expressão mínima de civilidade nas relações humanas/No entanto, Dora espera, além da cortesia, ser tratada com carinho, identificando essa expressão de aceitação como inerente aos profissionais da saúde.

*Esperava um atendimento como uma pessoa normal deve ser recebida no hospital, acho que com educação, sem estupidez (Carmem).*

*Então tem que ter carinho. Quem exerce uma função para trabalhar com o ser humano tem que ter carinho. Acho que isso é fundamental. Há necessidade de conscientizar as pessoas. As pessoas nessa área da saúde têm que ter carinho com o próximo (Dora).*

Magali deseja profissionais que estabeleçam uma relação com toque afetivo, ao dizer que gostaria de segurar a mão de alguém durante o trabalho de parto. Ela também traz vivências passadas de parturição em outro hospital, onde se constata a presença da crueldade e violência institucional no trato com as mulheres.

*Eu já prefiro uma mão amiga porque é nessas horas que a gente precisa de alguém prá dar uma força e aí a gente não consegue não. Não tem quem dê força. ...porque tem uns que tratam mal a gente. ...às vezes, tem muitos doutores, muitas doutoras que quando tá com uma dor a gente assegura neles, assim (mostra segurando a sua mão) e eles: "- Não! Tira a mão de mim! Não bota a mão em mim!" Um doutor que não deixa nem a gente tocar a mão nele... isso aí é ruim. Eu já tive parto assim. Aí a gente já tá assustada... se assusta mais. Assim como tem uns que são assim, tem outros que não. Eles empurram, eles xingam, não querem nem saber. Tem uns que dizem desaforo prá gente: "- Na hora de tu fazer, tu não se lembrou e agora tá desse jeito... Agora tu guenta... n A gente fica sentida de vê eles falar isso. Que tem muitas coisa que a gente esquece, né. ...tem muita coisa errada que acontece. Sobre esse negócio de ter a dor e querê segurar a mão de uma pessoa e essa pessoa se negar... isso é uma coisa que tu não vai esquecer nunca. Pode se passar dez anos, quinze anos,*

*vinte anos que não vai esquecer. É uma coisa que fica guardada dentro da gente, né. Aí, na próxima gravidez tu já não vai fazer aquilo (Magali).*

A vivência da não aceitação pelos profissionais deixa marcas psicológicas profundas de rejeição nas mulheres. Suas repercussões impedem-nas de verbalizar suas expectativas, por se sentirem reprimidas e temerem represália.

Quando os profissionais oferecem espontaneamente a mão, comunicam às mulheres: eu te aceito, eu te compreendo, estou ao teu lado, estou contigo, estou te apoiando, estou te encorajando, estou te dando força, sou teu amigo.

*Porque quando a pessoa gosta, se tu gosta que te assegure, tu mesmo vem, tu dá a mão. Não precisa a gente pedir a mão. Tu vem e tu diz: "- Me dá a tua mão." Tu mesmo vem e se oferece. É um voto de confiança que a gente tem, né (Magali).*

Assim, fica evidente o quanto as mulheres esperam que a relação com os profissionais não seja impessoal, mas calorosa e humana. Esperam um acolhimento em que são aceitas de modo incondicional, sem discriminação. Assim, as mulheres esperam que os profissionais comuniquem sua aceitação através de comportamentos verbais e não verbais e de procedimentos que indiquem cortesia, polidez, disponibilidade, delicadeza, amabilidade, carinho e toque afetivo.

Segundo Silva (1996), o trabalho dos profissionais da área da saúde tem suas bases nas relações humanas e no processo de comunicação. A tarefa do profissional é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem dos pacientes, pois nem sempre os aspectos relevantes e íntimos

das pessoas são revelados durante a verbalização. Para a autora, quando tratamos um ser humano, é impossível separar o emocional do fisiológico, pois a recuperação do paciente não está somente ligada aos aspectos bioquímicos mas também ao quanto se sente aceito e à vontade no hospital.

A aceitação se relaciona à necessidade básica gregária e de amor do ser humano (Maslow, 1970). Nesse sentido, Watson (1988) confirma essa necessidade de aceitação ao referir que as pessoas precisam ser amadas, cuidadas, estimadas, aceitas e compreendidas.

Para as mulheres desse estudo, essa necessidade significa o desejo de serem aceitas, de fazerem parte e de estabelecerem vínculos afetivos com os profissionais. O atendimento dessa necessidade também contempla a necessidade de segurança.

As mulheres esperam que sua interação com os profissionais se caracterize como de ajuda-confiança que, segundo Watson (1996), constitui-se em um dos fatores do cuidado transpessoal. As características necessárias à relação de ajuda-confiança incluem a compatibilidade, a empatia, a calidez e a atenção (Watson, 1989).

*Não importa o convênio, não importa o que tu é, importante ou não, não importa a cor, não importa a religião, nada. Importante assim é o ser humano que tá entrando ali, é uma pessoa que tá precisando de ajuda... ajuda. Mais tarde sabe lá se não é tu que vai precisar também, né. É o respeito, acho assim, respeito (Dora).*

**Receber atenção** é uma das expectativas das mulheres relacionada à assistência durante a parturição. Refere-se à companhia durante a parturição, à comunicação verbal e não verbal dos profissionais para com elas e à prontidão no atendimento.

A comunicação esperada é aquela que demonstra consideração, respeito, valorização e interesse genuínos, superando o interesse formal.

*Esperava que fosse assim: que me dessem bastante atenção e prô meu filho, né. A gente fica nervosa. Então eu esperava apoio, atenção desde o primeiro momento que tu põe o pé no hospital. Acho que já deveriam dar atendimento assim bom, né. Esperava uma boa recepção, ou seja, um sorriso, atenção, a pessoa demonstrar preocupação contigo prá ver se tu tá bem. Acho que talvez porque eu seja muito mimada. Eu sempre fui mimada por minha mãe, então eu sempre espero receber a mesma atenção que eu dou prá pessoas, tratar bem, não ser estúpida sabe. Eu esperava que nenhuma pessoa fosse estúpida comigo (Rosalina).*

*...eles devem dar atenção prá gente, não ser ignorantes. Ser ignorante é chegar te magoando, dizendo coisas que não devem né, como aconteceu comigo noutra hospital: "- Chegou em cima da hora prá não dar tempo de procurar outro hospital né" (Elizabeth).*

*Eu esperava que eu ia chegar no primeiro hospital, no mesmo dia que eu já estava sofrendo. Eu já achei que eu ia chegar e eles iam atender muito rápido e não ia ser mandada para casa. Porque quem estava sentindo a dor era eu, né (Chiara).*

As mulheres esperam uma relação autêntica, como pessoas singulares que são e por vivenciarem o parto como momento singular, que é também acompanhado de dor. Como decorrência, há a expectativa de que os profissionais expressem comportamento empático.

A empatia é considerada por Watson (1989) como uma das características para o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança. Assim, a expectativa de Chiara e Rosalina pressupõe que os profissionais sejam capazes de se colocar no lugar dessas mulheres e, a partir disso, realizar cuidados que contemplem as necessidades detectadas com prontidão: resposta adequada ao momento por elas vivido.

O **desejo de companhia** está relacionado à presença do marido e dos

profissionais junto a elas durante a parturição. Algumas mulheres esperam ter a presença permanente do marido, enquanto outras desejam que os profissionais não as deixem sozinhas por muito tempo. Apenas uma mulher não desejou ter companhia do marido ou de familiar.

*Eu acho que ele (o marido) ia ficar mais nervoso que eu. Eu não gostaria. Eu acho que só ia atrapalhar. Ele ia ficar mais nervoso, ia atrapalhar. Não, porque, às vezes, a pessoa tenta ajudar e, às vezes, só atrapalha, né. Ele só ia atrapalhar. Não ia me ajudar, ia ficar nervoso (Magali).*

*Atenção é não deixar a gente assim sozinha, com dor assim... jogada (Rosalina).*

*Eu não sei também se permitem que fique outra pessoa por perto, no caso o marido, mas eu acho que isso já ajuda bastante também. Isso tranquiliza a gente bastante... (Lúcia).*

Não ficar só durante a parturição pode ser compreendido como uma necessidade de receber atenção, de ser considerada. Como decorrência, é fundamental que haja rotina que permita o ingresso de acompanhante por elas escolhido.

Espírito Santo (2000), confirma em seu estudo, também realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que os pais desejam participar juntamente com sua mulher de todos os momentos do trabalho de parto. A autora também identifica que médicos e enfermeiras do Centro Obstétrico valorizam essa participação.

A expectativa de receber atenção pode ser compreendida como parte da necessidade de estima (Maslow, 1970). Watson (1988) também refere que uma das necessidades humanas é ser valorizada por alguém que demonstre preocupação com a pessoa.

Provavelmente, em nossa cultura, em que prevalecem a desigualdade social e econômica, as pessoas de classes sociais menos favorecidas têm um reduzido atendimento à necessidade de estima em seu cotidiano. Assim, as mulheres provindas dessas classes, em sua maioria integrantes desse estudo, chegam ao hospital trazendo consigo a expectativa de receberem atenção, de serem prestigiadas por se considerarem protagonistas do parto, evento que é socialmente importante em nossa sociedade. Esperam reconhecimento duplo: pelo papel materno que irão assumir após parir o bebê e pelo sofrimento das dores do parto a que se submetem para alcançar esse objetivo. Desse modo, à dimensão social deste evento, acresce-se a dimensão humana de busca de reconhecimento e de valorização.

Acredito que a parturição é um momento privilegiado para que as mulheres tenham a gratificação de suas necessidades de estima. O atendimento hospitalar, quando consciente de sua potencialidade, constitui-se em um parceiro por excelência para que essa gratificação ocorra.

A assistência às mulheres durante a parturição constitui-se em um indicador da democracia vivida em nossa sociedade, na medida em que exista equidade na qualidade da assistência, sem exclusão, sem discriminação sócio cultural-econômica e de gênero.

Outro componente do acolhimento interpessoal esperado pelas mulheres no processo de parturição diz respeito à **informação**: sobre seu processo de parto e sua atuação nesta vivência. Essa informação permite às mulheres se instrumentalizarem para participar de modo competente do processo de parturição e compartilhá-lo com os profissionais que as atendem.



Miguelina justifica a falta de conhecimento sobre o processo de parturição para participar ativamente em seu parto anterior.

*Porque da minha primeira guria eu tive um pouco de complicação. Porque eu fiz uma pergunta, eu disse que eu não sabia o que tinha que acontecer, o que eu tinha que fazer e, não sei se devido ao tempo que foi pequeno né, eles não me explicaram nada. Porque eu não sabia se eu tinha que respirar, se eu tinha que fazer força, eu não sabia o que tinha que fazer (Miguelina).*

A falta de conhecimento leva Miguelina a recomendar que todos hospitais ofereçam curso de preparação para o parto a todas as gestantes com visita ao Centro Obstétrico, objetivando informar sobre o processo de parturição. A visita favorece a contextualização e a familiarização antecipada das mulheres ao futuro ambiente de parto. Com essa proposta, é evidente que as mulheres desejam apropriar-se do contexto e do "script" do parto, desempenhando ativamente seu papel de "atriz principal" e não só coadjuvante.

*Eu acho que até devia ter um curso com palestra nos hospitais e que eles mostrassem o que é uma Sala de Parto. Nem que tenha uma salinha falsa só prá ter uma demonstração prá uma mãe saber e não ficar assustada. Porque eu passava pelos corredores e não sabia onde iam me enfiar na primeira gestação. Claro, na segunda eu já sabia, né. Na primeira eu não sabia nem onde estavam me levando. "- Ah, vai, vai... Está na hora. 11 Eu disse: "- Está na hora do quê?" Até chegar a Sala do Parto, até saber que ali tu vai ganhar, já passa mil coisas pela cabeça (Miguelina).*

É importante que a assistência durante o pré-natal cumpra seu papel educativo promovendo entre os profissionais e as mulheres a informação, a troca de experiência e conhecimento sobre a gestação, o parto e o puerpério (Schirmer et al., 2000). Para esses autores, a realização de grupos de

gestantes é um dos modos de realizar esse papel.

Santos e Custódio (1997) relatam que a realização de grupos com gestantes, quando existe um momento para que expressem suas dúvidas, medos e ansiedades e conheçam as rotinas e a área física da maternidade, proporciona tranquilidade às mulheres durante a internação e o processo de nascimento.

Para Miguelina a idade não deve constituir-se em obstáculo à oportunidade de participação no curso, pois todas as mulheres têm o direito à informação.

*Eu achava que isso aí (o curso) era importante, não só até os dezoito anos. Até os dezoito anos eles faziam isso, mostravam prá menores como é que era o atendimento de um parto, uma coisa assim. Quer dizer que quem era mãe pela primeira vez depois de dezoito anos vai ficar em dúvida (riso). Eu acho isso aí errado, acho que não tinha que ter idade. Por que só menor tem direito? Acho que toda mulher devia ter direito. Ainda mais no primeiro filho. Segundo filho tudo bem, a gente já sabe por onde tá passando. Agora primeiro filho, não (Miguelina).*

A necessidade de preparo e de informação é considerada fundamental durante o processo de parturição. Sabem que as rotinas dos hospitais são diferentes e nem todas as mulheres recebem orientação prévia sobre sua conduta nesse processo, como ocorreu com Miguelina durante seu parto anterior

*Tem diferenças nos hospitais, partos tão diferentes. Cada setor é um setor. Tu vai passando, tu não sabe em que sala estão te colocando. Deviam explicar o que tu vai fazer, eu acho que isso devia ter em todos hospitais. Desta vez, esperava que me esclarecessem o que eu tinha que fazer na hora que o bebê fosse nascer mesmo, se eu tinha que fazer força, se tinha que respirar porque eu não sabia. Tive o primeiro parto e fui pró segundo e não sabia igual. E nunca tive coragem de perguntar prá mãe, pró pai ou sei lá prá quem (Miguelina).*

O constrangimento de Miguelina em tratar sobre seu parto com pessoas que lhe são familiares e confiáveis, provavelmente, decorre de sua vivência cultural como mulher, vinculada às gerações anteriores, em que tais assuntos eram proibidos e considerados tabus.

Informações durante a gestação e a parturição são de fundamental importância pois, fora aquelas fornecidas pelos meios de comunicação, as mulheres não as têm numa perspectiva preventiva. Seu valor reside em favorecer a elas conhecimento do processo, reduzindo desse modo a insegurança, o medo e a ansiedade.

As informações relativas à parturição, esperadas pelas mulheres, têm conteúdos diferenciados: informações gerais e fidedignas que lhes permitam adequada orientação espacial e burocrática no âmbito do hospital; informações sobre o processo de parto e explicações sobre o que está acontecendo, o que acontecerá consigo e o que devem fazer durante esse processo. Em alguns casos, estas mulheres esperam que a informação dos profissionais contemple mais de um desses conteúdos.

As mulheres buscam compreender o ambiente físico e social e sua função no processo de parturição. Esse desejo de competência relaciona-se à necessidade de estima de Maslow (1970). Isso significa que, ao fornecerem informações sobre a parturição, os profissionais estão também atendendo essas necessidades das mulheres, ajudando-as a conhecer e participar desse processo.

A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, um dos fatores de cuidado da teoria de Watson, proporciona às pessoas o máximo de controle

sobre a sua própria saúde, pois é oferecida informação e alternativas (Talento, 1993). Para Watson (1989), a informação é importante pois reduz o estresse e a ansiedade vivida durante o acontecimento.

Na fala de Miguelina, fica evidente sua consciência sobre o direito à informação. Assim, a expectativa de serem informadas e a consciência de seus direitos de cidadania possibilitam às mulheres assumirem o papel de sujeito em sua parturição.

Além do acolhimento institucional e interpessoal, o acolhimento técnico constitui-se, também, em outra expectativa das mulheres dessa pesquisa.

#### *Acolhimento técnico*

O acolhimento técnico valorizado pelas mulheres está relacionado à competência dos profissionais na assistência obstétrica e neonatal. Esperam que, a partir do exame realizado, façam diagnóstico e decidam sobre a conduta exigida, assim como desenvolvam procedimentos técnicos de maneira correta. A existência de recursos humanos especializados constitui-se, para as mulheres, em indicador de qualidade de atendimento que influencia a escolha do hospital. Isso significa que os profissionais tenham conhecimento e habilidades técnicas especializada.

*Ser bem atendida acho que é ser atenciosa, não deixar acontecer nada que a gente perceba né, que tá acontecendo por falha da equipe mesmo, né. Que quando tem que acontecer, acontece, mas que não seja por uma falha da equipe. Então eu acho que isso aí ajuda muito no hospital (Elizabeth).*

*...eu esperava um atendimento bom que as minhas irmãs falaram assim: "- Ah! As enfermeiras tratam com carinho. Na hora da cesariana eles vão lá, fazem direto tua cesariana quando tu tem problema" (Sandra).*

*...carinho é importante, eu acho tu respeitar o próximo, não é? Não adianta tu levar só pro lado profissional da coisa. Tu não fá num hospital? (Dora)*

A expectativa de integração entre o acolhimento interpessoal e técnico é apontada pelas mulheres, com ênfase nas relações interpessoais. Esses resultados podem ser explicados sob três enfoques: primeiro, as mulheres julgam que a competência técnica dos profissionais seja inerente ao atendimento hospitalar; segundo, as mulheres consideram o relacionamento interpessoal importante sem, no entanto, descartarem a necessidade de competência técnica. Por último, as mulheres reconhecem o valor da dimensão interpessoal por terem vivido esse tipo de acolhimento ou por terem percebido sua ausência em experiências anteriores. Seus relatos indicam a expectativa de que essa lacuna na assistência seja preenchida.

Waldow (1995) destaca a necessidade de integração entre a competência técnica e interpessoal referindo-se aos cinco "Cs" do cuidado proposto por Roach que incluem além da competência técnica, compaixão (solidariedade), confiança (relação de igualdade entre paciente e profissional interação), cuidado (através da sensibilidade), compromisso e compartilhar integrantes do acolhimento interpessoal.

Dentre os componentes do acolhimento institucional, interpessoal e técnico apontados pelas mulheres, alguns coincidem com atributos de um bom hospital e de seus médicos, segundo a opinião de pacientes, estudados por Mirshawka (1994). Os atributos relacionados ao hospital são boa atenção ao paciente, responsividade, bons médicos, equipamentos modernos, boa reputação e limpeza. Os atributos de qualidade de um médico são boa

comunicação, constante atualização, prontidão e disponibilidade de tempo para atender os pacientes.

Tradicionalmente, a assistência hospitalar é marcada pela ênfase nos aspectos fisiológicos e técnicos. O avanço científico, que tem alicerçado o movimento tecnicista vigente na realidade hospitalar, é apoiado no paradigma mecanicista que muito tem contribuído para o desenvolvimento da área da saúde originando o modelo tecnocrático da parturição já referido. Com o paradigma holístico, emergente na atualidade, há ênfase no resgate da compreensão dos fenômenos em sua totalidade e, principalmente, na dimensão humana. Como decorrência, a dimensão técnica dos profissionais da saúde necessita ampliar-se, incluindo ao "saber fazer os procedimentos" o "saber fazer interpessoal". Essa exigência é confirmada pelas mulheres desse estudo. Da mesma forma, as teorias de enfermagem que vêm construindo a concepção de cuidado, contribuem para o pensar e o fazer da enfermagem nessa nova perspectiva. Concepções e práticas decorrentes dessas teorias podem inspirar também o acolhimento que é realizado pelos demais profissionais que interagem com as mulheres durante sua parturição. Para Waldow (1998, p.146), o cuidado humano não é restrito à área da saúde, pois "...todos somos ou deveríamos ser cuidadores".

#### **4.2 Percebendo a necessidade do acolhimento na trajetória da parturição**

A seguir, são apresentadas e analisadas as falas das mulheres quanto às percepções sobre o acolhimento recebido durante sua trajetória de parturição. As percepções iniciam-se no primeiro contato com o setor da

Portaria e finalizam na Sala de Recuperação Pós-parto da Unidade de Centro Obstétrico.

Para as mulheres, falar destas vivências nem sempre é fácil. E isso fica evidente no momento de traduzi-las pela palavra, que expressa uma experiência permeada pela riqueza dos detalhes, dos sentimentos e das emoções em sua totalidade.

No pós-parto, com as lembranças muito presentes, ao completarem seus relatos, conseguem reconstruir os diferentes momentos vivenciados na parturição. Em conseqüência, falam sobre suas readaptações e refletem sobre a experiência hospitalar da parturição.

As mulheres descrevem e avaliam o que esperam e como percebem a assistência que recebem e suas implicações, durante sua trajetória pelos diferentes setores do hospital, ou seja, da Portaria à saída do Centro obstétrico. Apontam alguns indicadores que caracterizam a qualidade dos cuidados prestados durante essa trajetória e que se constituem o acolhimento.

*Aí, chegando aqui fui bem atendida desde lá de baixo pelo guarda (Dora).*

Algumas falas são reveladoras de expectativas, outras expressam percepções sobre o parto e sobre os sentimentos que as mulheres experienciam. A vivência da dor de parto e o acolhimento recebido estão presentes na fala de todas as mulheres.

Durante a trajetória, as percepções centralizam-se no Centro Obstétrico, talvez por ser o local onde as mulheres permanecem a maior parte do tempo da parturição. Neste local, a Emergência Obstétrica, o Pré-parto e a Sala de Parto são muito referidos, enquanto a Portaria do hospital e a Sala de

Recuperação Pós-parto são pouco comentadas. Assim, ao resgatar o acolhimento na trajetória das mulheres na parturição, verifico que nos setores em que elas vivenciam a dor com maior intensidade, sua crítica é mais acurada.

Suas percepções confirmam as expectativas formuladas antes de seu processo de parturição. Assim, as percepções identificam-se com a concepção de acolhimento já referida anteriormente, em suas três dimensões: institucional, interpessoal e técnica. No entanto, de acordo com o espaço/temporal da sua trajetória, as mulheres enfatizam essas dimensões de modo diferenciado.

Toda mulher que ingressa neste hospital buscando acolhimento a sua parturição, segue uma trajetória de rotina por diferentes setores. Essa trajetória é descrita considerando minha experiência profissional como enfermeira do Centro Obstétrico deste hospital e a fala das mulheres do estudo.

#### **4.2.1 Na Portaria**

A Portaria é o primeiro setor de contato das mulheres quando chegam ao hospital. Lá um auxiliar administrativo e um vigilante encaminham as gestantes ao Centro Obstétrico. Caso as mulheres venham ao hospital com mais de um acompanhante, somente um deles recebe autorização de acesso ao Centro Obstétrico. O marido tem acesso preferencial, de acordo com a rotina do próprio Centro Obstétrico.

Ter acesso sem impedimento à Unidade de Centro Obstétrico é uma das expectativas das mulheres que encontra apoio nas normas do hospital. Neste sentido, essa expectativa relaciona-se ao acolhimento



institucional e interpessoal, pois as mulheres querem ser aceitas, sem discriminação, com consideração.

Ao chegar ao hospital, nenhuma das mulheres do estudo é mandada embora. Nesse sentido, todas elas viveram o acolhimento institucional, percebido como de maior ou menor qualidade.

*Quando eu cheguei o meu marido falou com o guarda, que eu ia subir... aí ele mandou ele subir comigo (Rosalina).*

*No guichê a gente só apresentou a carteirinha de sempre (carteira de gestante). Ela disse: "- Com contrações, só subindo no décimo segundo andar" (Estela).*

A rotina do hospital prevê que, na ausência de vagas no Centro Obstétrico ou na Unidade de Internação Neonatal, as mulheres sejam notificadas verbalmente dessa situação e assinem um termo de ciência, em duas vias. Uma via fica retida na Portaria e a outra é entregue às gestantes para ser apresentada na secretaria do Centro Obstétrico. Todas têm o direito à assistência na Emergência Obstétrica. No entanto, a internação depende da disponibilidade de vaga e da urgência que a situação exige.

As mulheres utilizam estratégias que lhes garantam o acesso ao Centro Obstétrico quando percebem que a ausência de vagas pode impedi-las disso. Quando o vigilante lhes informa da **inexistência da vaga percebem essa informação como um impedimento velado** ao acesso. Sandra e Neusa utilizam algumas estratégias ao se perceberem ameaçadas de chegar ao Centro Obstétrico.

*As minhas dores começaram de manhã, né; Aí eu vim pro hospital. Aí a primeira coisa que o recepcionista lá em baixo falou, que não tinha leito. Eu disse: "- Não, eu só quero consultar, eu não vou ganhar." Aí eu tive que assinar o papel dizendo que não tinha leito, que eu tava consciente que não*

*tinha leito pro meu filho, nem prá mim (Sandra).*

*A bolsa rompeu e eu vim prô hospital. Quando eu cheguei o porteiro lá não queria deixar eu subir porque estava havendo um problema no berçário e o hospital não estava se responsabilizando se a criança nascesse com um problema de respiração. Mais eu disse que eu só queria ser examinada. Foi só a única complicação que teve... (Neusa).*

As mulheres explicam que buscam o hospital porque **querem consultar para serem avaliadas** apenas quanto ao bem-estar fetal e não para parir o bebê, descartando, aparentemente, seu desejo de internação. Mas, na realidade, já apresentam sinais e/ou sintomas que, segundo elas, caracterizam a proximidade ou o início do trabalho de parto. No entanto, utilizam a estratégia de omitirem essa informação aos profissionais da Portaria. Essa situação mostra que as mulheres percebem a possibilidade de serem impedidas de usufruir do acolhimento hospitalar desejado.

*...já ia fechar 41 semanas, né. Quando cheguei, a gente passa lá embaixo, só tem que deixar o nome da gente e do esposo. Porque eles anotam, até aí tudo bem. Fui muito bem atendida. E de noite (outra vez) também quando eu vim prá cá na segunda-feira, lá em baixo, um senhor também perguntou: "- Onde é que vocês vão?" Eu disse assim: "- Onde vocês vão não! Acho que em primeiro lugar, boa noite! Vou subir. Acho que o senhor tá vendo, estou grávida. Vou no Centro Obstétrico. Posso?" Ele respondeu: "- Ah, tá lotado. Quer ir assim mesmo?" Respondi: "- Acho que eu posso, né. Posso ou não posso, só prá consultar?" Ele disse: "- Ah, então tá. Vai!" (Andréia).*

As mulheres desconhecem que o Sistema Único de Saúde lhes garante o acesso às ações e aos serviços de saúde, portanto não podem ser impedidas de chegarem até o Centro Obstétrico. Esse desconhecimento faz com que omitam aos profissionais da Portaria a verdadeira razão de sua procura ao hospital, informando que vêm somente para consultar e não para

parir o bebê.

o nascimento de um filho é percebido como um evento a ser compartilhado com sua família e não vivido de modo solitário. Por isso, vêm ao hospital acompanhadas por pessoas que lhes são significativas e familiares, marido e/ou mãe. Neste estudo, somente uma das mulheres veio para o hospital sozinha.

Algumas vezes, as normas e rotinas hospitalares não atendem às expectativas das mulheres porque delimitam o número e o acompanhante. A companhia representa apoio que a mulher necessita para enfrentar essa situação que é caracterizada pela imprevisibilidade e que pode gerar insegurança e medo.

Neste hospital, percebe-se flexibilidade ao ser permitido que as mulheres escolham seu acompanhante até o Centro Obstétrico. Somente uma mulher relata a contrariedade de um profissional quando ela insiste em ter a mãe como sua acompanhante, preterindo ao marido.

*Chegando no hospital o atendimento começou na recepção. Estavam meu marido, minha mãe e eu. Minha mãe já estava com problema de pressão alta, passando mal, emocionada com o nascimento do neto. Aí o senhor da recepção já disse que o pai entra. Mas eu acho que, se é um acompanhante, tanto faria o pai como a mãe. E ele queria que entrasse o pai. Aí a mãe disse: "- Então eu entro. Deixa eu entrar. Eu estou com pressão alta, sou a mãe dela, eu quero entrar com ela. n Aí eu disse: "- Deixa a minha mãe entrar comigo. n Aí, ele meio que reinou mas deixou entrar. Subimos (Miguelina).*

*Eu cheguei no hospital com minha mãe, né. (Neusa).*

**A permissão de acompanhante** caracteriza-se como indicador de acolhimento tanto institucional como interpessoal. Essa rotina que autoriza companhia se apoia na compreensão da necessidade de segurança que as

mulheres vivem no momento de chegada ao hospital e na valorização do acolhimento com empatia e consideração.

O fornecimento de informações corretas, detalhadas, com prontidão e o modo como são fornecidas pelos profissionais são outros indicadores de acolhimento. Algumas mulheres relatam que os profissionais da Portaria orientam quanto à localização do Centro Obstétrico, outras descrevem que os profissionais o fazem com prontidão e cortesia.

*Só cheguei na Portaria e disse: "- Ó, eu acho que eu tô em trabalho de parto. Preciso dum médico. Já me encaminhou pro décimo segundo andar. Ele (o guarda) é uma pessoa muito querida, já manda... indica certo o que tu faz, sabe. "- Ah, dobra aqui a direita, pega a esquerda, tem um elevador... Sobe até o décimo segundo andar. Lá vai encontrar uma sala assim, né. Daí tu entra ali naquela sala que ali é que tu vai ser atendida. " Ele indica muito bem e com educação (Dora).*

Lúcia relata a prontidão do vigilante ao identificar que ela está com contrações dolorosas, oferecendo-lhe uma cadeira de rodas para chegar ao CO. O vigilante expressa consideração demonstrando empatia por Lúcia pelo momento que vivência.

*...eu sentia dor, senti a contração forte que o bebê começou a sair mesmo. Daí depois eu lembro que o guarda indicou pro meu marido que pegasse a cadeira prá me colocar porque eu não conseguia mais andar ali. Daí eu sentei enquanto ele fazia a ficha, porque ele via a carteirinha aquelas coisas assim... (Lúcia).*

Para as mulheres a recepção e a informação na Portaria são também indicadores de acolhimento. De um modo geral, vivenciam acolhimento técnico e interpessoal ao interagirem com o auxiliar administrativo e o vigilante, pois tais procedimentos caracterizam o desempenho do profissional que atua na recepção do serviço.

Percebem-se muito sensíveis ao chegarem ao hospital para ganhar seu bebê. Quando são atendidas com descortesia e desconsideração sentem-se fragilizadas e identificam a ausência de acolhimento interpessoal. Dora relata sua experiência anterior de não acolhimento em outro hospital.

*A gente já chega assim sensível, muito sensível. Entra ali, uma pessoa te trata já assim meio: "- Ah minha senhora, vai lá! Sobe aqui 1" Tu já fica assim muito nervosa. Ai, já começou lá de baixo o mau atendimento (Dora).*

Dora indica ainda os sentimentos que as mulheres têm ao chegar ao hospital e a repercussão do não acolhimento, que exacerba os sentimentos iniciais.

Waldow (1998), refere que pessoas que necessitam de exames, consultas ou hospitalização sentem-se inseguras e ameaçadas, podendo entrar em pânico caso sejam recepcionadas no serviço com grosseria, indiferença ou descaso.

#### **4.2.2 No Centro Obstétrico**

O Centro Obstétrico, localizado no 12º andar do hospital, é dividido em setores, apresentando peculiaridades de acolhimento relacionadas ao período clínico do parto em que as mulheres se encontram.

As mulheres descrevem a seqüência da trajetória nos setores do Centro Obstétrico e apresentam suas percepções sobre o acolhimento.

Primeiramente, as mulheres são acolhidas na Emergência Obstétrica, seguindo para a Sala de Trabalho de Parto, Sala de Parto ou Sala de Cesárea e, por último, para a Sala de Recuperação Pós-parto.

Quando as mulheres chegam em período expulsivo, o parto pode

correr na própria Emergência Obstétrica ou na Sala de Parto, interrompendo-se assim a trajetória de rotina. Lúcia vivencia esta situação na Emergência Obstétrica.

*Daí subi direto. Não deu tempo assim nem de passar, nem de fazer a ficha mesmo, de verificar sinais não deu tempo. Passei direto da Emergência para a Sala de Parto (risos) (Lúcia).*

Os relatos das mulheres sobre sua vivência durante a parturição no Centro Obstétrico descrevem o acolhimento recebido e avaliam-no ou conjugam descrição e avaliação.

#### 4.2.2.1 Na Emergência Obstétrica

Na Emergência Obstétrica presta-se assistência a gestantes em situação de emergência<sup>10</sup> ou urgência<sup>11</sup> obstétrica com idade gestacional igual ou superior a 16 semanas. Seu objetivo é identificar e intervir rapidamente, a fim de reduzir a ameaça ao bem-estar fetal e materno. O acolhimento é realizado, prioritariamente, por ordem de gravidade e, após, por ordem de chegada.

A Emergência Obstétrica (EO) atende mulheres que vêm por iniciativa própria, encaminhadas por outro serviço de saúde ou pelo ambulatório de pré natal do HCPA. Não se pode esquecer que o hospital em estudo é referência para tratamento da gestação de alto-risco, o que colabora para o aumento da demanda de clientes.

<sup>10</sup>Emergência: situação de saúde em que são necessários a avaliação e o tratamento imediatos.

<sup>11</sup> Urgência: situação de saúde em que são necessários a avaliação e o tratamento em 20 minutos a duas horas.

Além disso, as mulheres procuram a Emergência Obstétrica não somente quando apresentam urgências e emergências obstétricas, mas por perceberem problemas que poderiam ser resolvidos pelos serviços de atenção primária.

Em minha vivência como enfermeira neste Centro Obstétrico, constato que muitas mulheres que fazem o acompanhamento pré-natal neste hospital são encaminhadas à EO para consultas de rotina ao final da gestação. Isso ocorre porque essas gestantes necessitam de avaliação mais freqüente e a agenda de consultas do ambulatório está lotada. As gestantes de alto-risco que são acompanhadas por este ambulatório, também são encaminhadas a EO para avaliação e controle.

Muitas vezes, essa demanda ocasiona a superlotação do serviço, dificultando o acolhimento. De acordo com Stein (1998), a superlotação é geradora de aglomerados de pessoas no local e de sobrecarga aos profissionais que ali atuam.

Verifico que este fato também acontece pela **resolutividade do serviço** em que as mulheres sempre são avaliadas pela equipe médica e, quando necessário realizam exames diagnósticos, o que é confirmado pelo relato de Marta.

*Aqui eu chegava mesmo se tivesse alguma coisinha de nada eles não mandavam embora, consultavam, examinavam primeiro (Marta).*

O horário de funcionamento da Emergência Obstétrica de 24 horas é um dos fatores determinantes para a busca de atendimento, como relata Ludwig (2000) em seu estudo sobre o Serviço de Emergência deste mesmo

hospital.

Muitas usuárias buscam a EO por conhecerem e acreditarem na qualidade do acolhimento do hospital ou porque não têm acesso a outros níveis de atenção, mas isto não ocorre pela ineficiência do sistema de saúde" ...uma vez que esta procura retrata a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como por exemplo os serviços de atenção primária" (Ludwig, 2000, p.9-10). Assim, a assistência na Emergência Obstétrica descaracteriza-se, pois acumula uma nova função não inerente a sua natureza. Isto ocasiona, muitas vezes, a demora no atendimento às parturientes em situação de emergência.

Conscientizar as gestantes para buscarem este serviço somente em situações de emergência poderia contribuir para a redução da superpopulação nesse setor, como também direcionar essa demanda para o nível de atenção, compatível com o problema por elas apresentado. No entanto, para Skaba (1997) esta conscientização não surte efeito, tendo em vista que outras alternativas efetivas não são oferecidas nos demais níveis de atenção à saúde.

A trajetória das mulheres no Centro Obstétrico inicia na EO, sendo elas recepcionadas por uma secretária administrativa que colhe dados de identificação para preencher o Boletim de Atendimento. A seguir, uma auxiliar ou uma técnica de enfermagem realiza a triagem, identificando a gravidade do problema apresentado pelas mulheres a fim de priorizar àquelas em situação de emergência.

As gestantes aguardam o momento da consulta médica na Sala de Espera, enquanto seu acompanhante é orientado a permanecer no corredor



externo ao Centro Obstétrico.

Em geral, no consultório, as mulheres são atendidas por um acadêmico de medicina, que discute com o residente ou médico obstetra a conduta a ser tomada. Quando há alguma dúvida, sobre o caso descrito pelo acadêmico, o residente ou médico obstetra avalia pessoalmente as mulheres.

Neste estudo, as mulheres esperam ser aceitas, receber atenção e informação na recepção da EO e durante a consulta obstétrica. Em diferentes segmentos da fala de Andréia, esses componentes do acolhimento interpessoal apresentam-se de modo não satisfatório.

*O meu esposo quando entrou ali comigo, só entrou prá pegar a minha bolsa e ela: "- Não. Tem que esperar lá na rua!" Não foi falando assim delicadamente ou com educação. Não digo nem com delicadeza mas com educação. Eu acho que mais é atenção, né. Gostaria de chegar, a pessoa com educação, né. Em primeiro lugar, acho que é a educação da pessoa. A educação conta. Porque não adianta tu chegar com educação e ser mal tratada, né (Andréia).*

Para as mulheres, a cortesia e a delicadeza expressas pelos profissionais, como indicadores de aceitação, são valores primordiais. Ao contrário, descortesia e estupidez são rejeitadas em qualquer tipo de interação. Andréia espera que haja reciprocidade quando interage com os profissionais.

Sandra confirma e amplia essa expectativa, identificando a recepção amorosa e cálida como de extrema importância.

*Tu já chega naquele momento um pouco angustiada, um pouco feliz porque chegou a hora né. Tu espera uma recepção mais amorosa, mais quente, mais aconchegante pelas pessoas desde o primeiro momento. A primeira enfermeira (auxiliar ou técnica de enfermagem) que me atendeu foi tirar a minha roupa e disse: "- Ah, tira a tua roupa, tira a tua roupa! Tira a tuas calça!" Foi bem séria, nem um sorriso, nem olhava prá minha cara. Eu já esperava. Então ela foi estúpida (Sandra).*

A expressão fisionômica de desconsideração da profissional é captada por Sandra. Para Silva (1998), o rosto é a área do corpo onde as emoções se tornam mais evidentes e, muitas vezes, os profissionais não têm consciência do que estão expressando e sentindo. "Ninguém esconde nada de ninguém, a não ser que esteja desinteressado ou não esteja olhando" (ibidem, p.22).

O acolhimento técnico do profissional que atua em qualquer recepção e, neste caso na EO, é essencialmente de natureza interpessoal. Nesse sentido, a aceitação, a atenção, a coleta e o fornecimento de informações são elementos básicos no acolhimento das mulheres.

Andréia percebe a recepção na Emergência Obstétrica como negativa.

*Aí na sexta feira, eu voltei também, aí foi uma médica também que me atendeu que eu não gostei também do atendimento dela. Não gostei porque ela disse: "- Ah, tu vai prá casa, caminha bastante que não é a hora ainda." E ela também veio com essa mesma pergunta prá mim se eu tinha a carteirinha do pré-natal. E eu expliquei prá ela. Ela disse assim: "- Porque que tu não trouxe, né, então os exames?" Eu disse: "- Bom, eu não trouxe porque os médicos, eu tinha vindo aqui nesses dois dias anteriores, já tinham visto os meus exames, né. Mas se tu quiser eu tenho o Boletim de Atendimento. Tá tudo aqui por escrito, então eu achei que não deveria né, de repente trazer. Tá tudo aqui escrito. Por que eu iria trazer?" E ficou braba também, né. Então nessa parte assim, fico meio assim, né. Olha eu pensei que o atendimento seria muito melhor do que foi. Acho que tudo, desde a secretária, até essa médica que eu falei. Ao apresentar a carteirinha do plano à secretária, fez pouco caso não pegou, pegou só minha identidade, aí pegou meus dados e já fiquei mais de uma hora esperando, né (Andréia).*

Verifica-se que, na recepção, as normas e os procedimentos burocráticos, envolvendo a solicitação de documentos de identificação e de registro de consultas obstétricas, nem sempre são compreendidos pelas mulheres. Ao chegarem na EO esperam que seja **priorizada a avaliação**

obstétrica, sendo os trâmites burocráticos alvos de crítica porque ocasionam demora na realização da consulta. Referem medo que a priorização desse trâmite, antes da avaliação obstétrica, possa aumentar o risco de complicações para si e o bebê. Com isso, percebem que não lhes está sendo dada a devida atenção.

No caso de Andréia, essa incompreensão, aliada à atitude descortês, pode gerar conflito e tensão exatamente no momento em que necessita de tranquilidade.

Segundo Júlio (2000), além de impossibilitadas do atendimento de seu obstetra com o qual estabeleceram vínculos, muitas vezes, são entregues a profissionais desconhecidos, nem sempre habilitados para cuidar de suas emoções. O autor considera necessário um obstetra capacitado para o atendimento ao parto mas também uma equipe administrativa e de enfermagem preparadas para admitir a gestante com acolhimento tanto técnico como psicológico. "Um sorriso na recepção, carinho e paciência na admissão são fatores que favorecem a boa evolução do parto e, no mínimo, não atrapalham" (ibidem, p.234).

Neste estudo, as mulheres também **desejam prontidão** na Emergência Obstétrica, mas submetem-se à demora da espera ao identificarem que o Centro Obstétrico está lotado ou que ocorre a troca de plantão dos profissionais. Parece que compreendem esses motivos que justificam a situação de espera.

*...subi e fui super bem atendida, como sempre. Todas às vezes que eu venho no Hospital de Clínicas eu sempre fui bem atendida. Aí subi. Aí eu demorei um pouco para ser atendida porque era assim horário de troca de plantão, dezenove horas*

*né, e aí a secretária tava meia tumultuada lá em cima porque também tinha um monte de bebês também nascendo na mesma hora (riso), né. Eu tive que esperar um pouco, aí ela me atendeu... (Neusa).*

*Subi, cheguei já tinha uma secretária. Bati na porta e ela mandou eu entrar, né. Tudo bem, um ótimo atendimento. Foi ali, fez a minha fichinha, já procurou me encaminhar prá enfermeira, né. A enfermeira já me encaminhou pro obstetra e ali foi... desenrolar até chegar na cesárea (Dora).*

Essa demora pode ser ocasionada pela ausência do profissional em seu posto de trabalho. Para Andréia, essa ausência é percebida como desconsideração.

*Porque a gente ficava ali esperando para ser atendida, não tinha secretária ali. Imagina se de repente eu chegasse ganhando o meu filho! ...eu acho que eles deveriam ter em mente de ser mais atentos, né. Porque eu achei muito errado... Então o atendimento deles eu acho que deveria de mudar, né. As secretárias sempre ficar ali no balcão, dá mais atenção pras pessoas (Andréia).*

Muitas gestantes chegam ao CO com contrações uterinas dolorosas e, na sua percepção, o tempo passa lentamente, aumentando a demora do acolhimento. Essa demora causa desconforto quando permanecem no consultório, em posição ginecológica, à espera da consulta médica. A dor desencadeia o desejo de acolhimento imediato, pois vivenciam com intensidade a necessidade psicofisiológica de alívio à dor, referida por Horta (1979)

*E aí a pessoa diz assim: "- Tu tira a tua roupa, te deita aqui na cama e espera. " E aquela posição prá mim é horrível ficar com as pernas prá cima e ainda com dor, né. E o médico às vezes não chega e não chega, e nessas horas parece que o tempo demora muito mais prá passar (Estela).*

A fala de Estela alerta para que não se exponha a mulher à posição

ginecológica até que o médico esteja disponível para realizar a consulta.

Na Emergência Obstétrica, quando as mulheres estão com dor não querem ficar só.

*...na salinha de exame que é onde determinam se tu vai ficar baixada ou não. Ali começou a minha agonia porque eu já tava com contrações e aí eu sabia que depois de passar por esse estágio o meu marido poderia ficar comigo na sala. Nesse estágio ainda não poderia então eu já tava sozinha. E eu não sei porque eu não queria ficar sozinha, talvez porque as contrações estivessem muito fortes (Estela).*

A presença do marido é uma expectativa das mulheres manifestada mesmo antes da parturição, como já foi referido anteriormente. Esse desejo se intensifica quando o processo se desencadeia e surgem as sensações dolorosas. Durante o tempo de permanência na EO essa expectativa não é atendida, porque a Sala de Espera é pequena e há grande demanda de parturientes. No entanto, as mulheres são notificadas de que o marido poderá acompanhá-las quando internarem na Sala de Pré-parto.

Além do acolhimento interpessoal com aceitação e com atenção, as mulheres esperam receber informação.

*Primeiro lugar eu gostaria de ser muito bem recebida num lugar e não aconteceu isso. E esses tempos eu até estava conversando com o meu esposo que por um lado eu vejo que o hospital particular te atende muito bem por isso, por ser particular, né. Daí eles ficam sempre assim na tua volta. Então é tudo isso que eu gostaria, de ser também bem atendida assim desse lado. De eu também chegar ali na recepção, ser melhor informada, saber das coisas, não chegar de supetão e ser mal tratada (Andréia).*

Receber informação diagnóstica sobre o que está acontecendo consigo e com o bebê e sobre a indicação de internação acalma e tranqüiliza as mulheres que chegam ao CO ansiosas, inseguras e temerosas

de não conseguirem internação e por vivenciarem a dor de parto.

*...tinham dois residentes junto, muito queridos também eles né, me atenderam muito bem. Eu perdi o tampão quando esse médico foi fazer o exame de toque. Ele disse: "- Não, Andréia tu fica calma que isso aí não é nada, né" (Andréia).*

A falta de informação provoca insegurança nas mulheres, deixando-as apavoradas.

*Então eu fiquei apavorada porque eu até então não sabia exatamente se eu tinha seis dedos de dilatação. No primeiro parto, com cinco dedos eu dormi a noite toda, parou. Só que desta vez não tava parando. Então pode ser que eu já fosse ganhar, mas o meu marido tava ali fora. Foi assim engraçado isso, tava angustiante (Estela).*

Constata-se pela fala de Estela o quanto é importante esclarecer as parturientes sobre o que está acontecendo, evitando-se que mais um fator aumente a sua insegurança e o medo em relação ao parto. Desse modo, informar corretamente é uma das responsabilidades dos profissionais.

Durante a consulta obstétrica, a **comunicação simultânea de vários profissionais com as gestantes**, falando e exigindo sua atenção, exacerba a ansiedade, o nervosismo e, em conseqüência, a dor. As mulheres podem sentir-se nervosas em situações de comunicação por elas percebida como de "caos".

*Então a médica examinou e disse: "- O líquido tá muito turvo. Tu já tá com seis dedos de dilatação. Nós vamos ter que romper a bolsa." Ela falou isso com uma preocupação e um médico quando se preocupa, imagina a gente que é leigo o que sente. Eu já tava toda ansiosa. E aquele guri não parava mais de me fazer pergunta, idade dos filhos, o peso e a contração vinha uma atrás da outra. E aí o nervosismo fez com que eu tivesse mais contrações e doesse mais e eu não conseguia responder. E a outra moça que é responsável por me levar pro próximo estágio, que já tava decidido que eu ia ficar baixada, ela me puxando e dizendo pro médico: "- Não dá. Nós não*

*podemos esperar. Eu tenho que baixar ela. Eu tenho que fazer o procedimento, tenho que pesar, tenho que medir. n E ele perguntando e ela me puxando e a médica dizendo que tinha que romper a bolsa (Estela).*

As mulheres se sentem acolhidas quando o atendimento não se centra com exclusividade em aspectos burocráticos e fisiológicos, levando em consideração seus sentimentos de insegurança, medo, receio e desconforto. O acolhimento que não inclui a dimensão interpessoal, exacerba os aspectos emocionais peculiares nesse momento da parturição.

Raramente é proporcionado espaço para que as mulheres falem, expressem seus sentimentos e sensações dolorosas e de desconforto. As ações profissionais, às vezes mecânicas, desconsideram as emoções das mulheres, tratando-as de modo fragmentado e ignorando sua multidimensionalidade e a significação da experiência que estão vivenciando. Segundo Borges (1991), o atendimento torna-se um monólogo quando não escutamos o discurso do outro, sua singularidade no sofrimento e sua demanda

Barbieri e Tsunehiro (1983) ao identificarem aspectos psicossociais da assistência afirmam que a percepção da parturiente de que está sendo compreendida em suas manifestações de comportamento é fator fundamental para o êxito do relacionamento satisfatório entre a parturiente e a enfermeira.

Na presente pesquisa, os motivos que mobilizam as mulheres a buscarem a EO são contrações, perdas vaginais (bolsa rota, tampão mucoso, sangramento vaginal) caracterizados como sinais/sintomas do período premonitório da parturição. Além disso, incluem-se certezas ou dúvidas quanto à data provável do parto e o pós-datismo, bem como a necessidade de

avaliação do bem-estar fetal.

Culturalmente, para essas mulheres, tais motivos são indicadores da proximidade do parto e conseqüente acolhimento institucional. Elas esperam ser internadas pois acreditam que seus motivos para buscar o hospital justificam sua internação. No entanto, isso nem sempre ocorre por não haver concordância entre seus motivos e os da equipe médica decorrentes da avaliação obstétrica.

Não serem acolhidas pelo hospital e serem mandadas embora por não terem seus motivos reconhecidos, repercute profundamente nas necessidades psicofisiológicas, de segurança, de afiliação e de estima. As mulheres deste não se percebem aceitas, sentem a própria experiência desacreditada num momento que exige empatia por parte dos profissionais. Esperam, no mínimo, obter uma consulta para serem avaliadas, receber informações e orientações sobre o estado em que elas e o bebê se encontram.

Ao procurarem a Emergência Obstétrica do HCPA, 11 das 14 mulheres deste estudo têm indicação de internação após a avaliação obstétrica, sendo internadas imediatamente devido a disponibilidade de vaga. Portanto, a maioria das mulheres deste estudo é acolhida, aceita e respeitada quanto sua escolha no momento inicial da parturição, neste hospital-escola. Ao internarem não vivenciam o processo de peregrinação já referido.

No entanto, as outras três mulheres deste estudo vivenciam não só a peregrinação por vários hospitais em busca de internação, como também a peregrinação em busca de um mesmo hospital. Para Tanaka (1995), as várias recusas de um mesmo serviço à internação também caracteriza esse processo.



Para a autora, o sistema de saúde em nosso país tem levado a parturiente e sua família a mendigar a atenção que nem sempre lhe é garantida.

Essas três mulheres não internaram no HCPA por falta de vaga mas por não preencherem os critérios médicos para a internação, apesar das queixas de contrações uterinas, não apresentam as demais evidências que caracterizam a fase ativa 12 do trabalho de parto que a justificam. Elas passam a buscar outros hospitais para internar ou consultam várias vezes no HCPA até obterem a internação esperada.

Constato que neste estudo, muitas vezes, a atitude prescritiva e impositiva dos profissionais, e portanto, não educativa, não consegue convencer as mulheres de que os sinais, sintomas e preocupações que apresentam não são suficientes para justificar a internação.

Chiara vivencia os dois tipos de peregrinação referidos.

*...comecei a ter as contrações uns quatro dias antes. Aí fui em vários hospitais, só que eles não baixavam porque eu tinha só dois dedos de dilatação e aí esperavam que eu tivesse mais de dois dedos prá baixar. Aí dava uma contração atrás da outra. Eu não dormia, só caminhava (riso) em casa. Meu marido também não dormia coitado, aí passava caminhando. Aí mandavam ir prá casa deitar de ladinho mas eu não conseguia porque dava uma contração em cima da outra. Aí me deram Buscopan prá ver se passava. Aí só prolongava mais as contrações mas continuava dando (Chiara).*

A fala de Chiara expressa suas percepções ao peregrinar entre vários hospitais na esperança de ser internada. Aponta, também, o desconforto vivido por ela em decorrência da impossibilidade de repousar.

*...eu vim umas três vezes aqui neste hospital. Daí chegando aqui eles me atenderam mas daí eles achavam que ainda era*

<sup>12</sup> Na fase ativa do trabalho de parto, a dilatação do colo uterino está entre 4 a 8 cm e as contrações são intensas, de longa duração e frequentes (Burroughs, 1995).

*cedo também. Aí eu voltei prá casa, eu fiquei na mesma. Mais outra vez eu vim porque eu chegava em casa caminhava a noite toda e não conseguia dormir. Aí voltei aqui de novo, daí também não era hora. Aí fui prá casa. Mas eu já estava entrando em pânico. A dor era tanta, guria, eu não agüentava mais (Chiara).*

Ao peregrinar entre sua residência e o HCPA, Chiara vivencia sentimentos e sensações dolorosas exacerbadas, levando pânico a si e seu marido, além de gerar gastos extras.

*Daí eu tive aqui na terceira vez. ...aí eles disseram assim: "- Tu está só com dois prá três dedos. Tu tem que voltar prá casa de novo que ainda não é hora." Aí eu voltei prá casa de novo. Aí fiquei aquela noite, levantava, me deitava e sentava e não conseguia ficar de jeito nenhum, não comia. Meu marido (riso) também pela casa andando comigo, aí apavorado, já não sabia mais o que fazer porque é gasto de táxi e vai prá lá e vem cá, né... O importante era ganhar o nenê e ficar bem. Aí no outro dia de manhã eu disse prá ele: "- Tu me leva de novo porque eu não agüento mais, eu tenho que fazer alguma coisa, né." Se eu tivesse bastante dinheiro a gente pagava uma cesárea prá não passar tanto trabalho. Porque eu já não agüentava mais. Daí cheguei aqui, eles me atenderam bem ligeirinho. Aí o médico me atendeu foi bem rapidinho porque eu estava com uma contração atrás da outra, ele fez exames. Aí disse: "Então tu tá com quase três dedos. Tu caminha umas duas horas depois tu volta aqui de novo." Porque eu estava com um pouquinho de sangramento. E aí eu fui caminhar pelos corredores. E caminhei, caminhei, caminhei. Aí voltei. Quando eu voltei eu estava com três prá quatro dedos de dilatação. Daí ele disse: "- Não, nós não baixamos ainda. Não tá na hora prá ganhar. Mas a gente vai baixar por causa que tu tá com sangramento e tá dilatando e tu não agüenta mais as contrações então nós vamos baixar e tu vai pro soro." Quando ele disse que eu ia baixar, guria, eu acho que quase beijei os pés dele. Fiquei tão faceira (riso), tão faceira. Disse prá ele: "Aí, o senhor não sabe o alívio que o senhor me dá porque não adianta ir prá casa." Eles mandavam eu ir prá casa era pior (Chiara).*

A peregrinação ocasiona problemas financeiros. É importante que isso seja considerado, visto que a maioria das usuárias deste hospital-escola são

atendidas pelo Sistema Único de Saúde e possuem reduzida condição financeira.

A distância entre o domicílio das gestantes e o hospital provoca insegurança, por exigir tempo para deslocamento. Além disso, há locais da cidade em que o transporte é escasso, principalmente à noite. Isso faz com que muitas mulheres não retornem a sua casa e permaneçam deambulando nas imediações ou dentro do hospital, com desconforto pela falta de acolhimento institucional.

Ao relatar a consulta na EO, Chiara refere-se apenas à avaliação da dilatação do colo e das contrações. No entanto, a avaliação do bem-estar fetal também é um procedimento de rotina. .

Ser mandada para casa com contrações dolorosas gera sentimentos de pânico, em algumas mulheres, por não saberem o que fazer e a quem recorrer para o alívio da dor. Elas referem sensação de abandono e insegurança por não serem acolhidas pelo hospital, local que, segundo elas, deveria resolver seus problemas de saúde.

A avaliação médica quando focalizada somente em aspectos fisiológicos da parturição, não considera os aspectos subjetivos relacionados à dor, a história de peregrinação e os sentimentos vividos ao serem mandadas embora. Nesse sentido, as mulheres são tratadas de modo reducionista, pois somente seu corpo é avaliado. Seus aspectos emocionais como a necessidade psicofisiológica de alívio à dor, de segurança em relação à parturição e de ser atendida sua expectativa de internação não são consideradas. Outro fator que pode interferir na situação da não internação no momento esperado pelas

mulheres é a pressão vivida pelos profissionais em decorrência da insuficiência de vaga.

No caso de Chiara, a decisão médica de internação parece apoiar-se apenas no sinal de sangramento, ignorando sua subjetividade em relação à dor. Mesmo assim, após esse "calvário", ela ainda agradece e "endeusa" o médico, quase beijando-lhe os pés, tal era o seu desespero. Durante a peregrinação, parece que ninguém a considera como um ser integral. Seu sentimento de gratidão é vivenciado como se o médico lhe fizesse um favor ao interná-la. Chiara não tem consciência de que essa internação é um direito que lhe é assegurado.

Andréia também peregrina, apesar da orientação médica do pré-natal para que procurasse o hospital ao completar 41 semanas. Ela consulta e é mandada embora, várias vezes, até ser internada. Essa peregrinação a faz sentir-se manipulada, como se fosse um objeto à mercê da vontade dos profissionais. Preocupa-se com o bem-estar fetal e fica insatisfeita com o atendimento. Ao consultar o Boletim de Atendimento verifico que sua gestação não está a termo. Talvez isso não lhe tenha sido explicado ao consultar na EO, gerando uma peregrinação desnecessária.

*A médica do pré-natal disse: "- Andréia, não pode passar de 41 semanas. Mas a parte que eu não gostei é que desde quarta-feira eu estava nesta função, Ida e vinda né: com dor e eles podendo induzir o parto antes ou fazer mais exames, né. Coisa que eles não fizeram, até prá ver o nenê. Eu estava irritada. Porque eu me preocupava mais com ele, né. Porque eu não queria que acontecesse alguma coisa junto com ele. Desde a semana passada esse péssimo atendimento, eu vinha e ficava parece uma bolinha de futebol, né. Vinha me examinavam quando queriam e quando não queriam. Demorou muito e ficava naquilo: vai e vem, vai e vem (Andréia).*

A experiência de Andréia faz-me refletir sobre a falta de articulação entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, pois neste caso em que houve controle pré-natal, parece que as informações registradas na Carteira da Gestante não foram levadas em conta na EO.

Algumas mulheres insistem em ser internadas quando são mandadas embora pois, no seu entender, têm indicação para isso. Muitas vezes, essa insistência é suficiente para conseguirem a internação, outras, utilizam estratégias, como gemer muito durante as contrações.

*Aí quando eu fui pro consultório a médica me examinou e disse: "- Ah, essa tua contração tá fraca ainda. n Eu disse: "- Não, mas eu já perdi tampão né, e tô sentindo bastante dor. Se isso é fraca eu não sei, mas eu tô sentindo dor e não vou voltar prá casa. n A médica falou: "- É mas aí não adianta... n Ficou meio que enrolando. Daí eu disse: "- Eu tô sentindo muita dor!" Comecei a gemer, né. Aí chegou a enfermeira, chegou outro médico e disse assim: "- Nós vamos ter que internar ela. Tu vai baixar" (Sandra).*

Ao não conseguir a internação esperada as mulheres mostram-se inseguras e abandonadas o que as leva a expressarem seu sofrimento de modo "escandaloso" para serem consideradas e acolhidas.

Em minha experiência profissional tenho identificado que algumas mulheres acentuam suas manifestações de dor tanto na forma como na intensidade, chamando atenção dos profissionais sobre si, visando obter a internação. Algumas são imediatamente atendidas ao utilizarem essa estratégia de simulação.

As mulheres desse estudo esperam que suas queixas, relatos e percepções intuitivas sejam reconhecidos pelos profissionais, pois segundo elas, independentemente da avaliação médica, sabem o momento de seu filho

nascer. Quando não são ouvidos seus sentimentos, percepções e expectativas e não são internadas revelam insatisfação e desconfiam da capacidade técnica dos profissionais. Tal situação poderia originar-se da falta de diálogo e de esclarecimento sobre a conduta médica ou ainda da insegurança de quem as examina.

O conflito gerado entre a percepção do médico e a das mulheres pode ser manejado por reflexão de sentimentos, auto-expressão e persuasão, resolução conjunta ou ainda colocação de limites (Maldonado; Canella, 1988).

*Aí subi prá cá, cheguei na emergência aqui em cima, aí a moça lá chegou disse assim que tava latada. Assim mesmo eu fiquei. Não fui embora, fiquei até ser atendida ali. Aí fui atendida, aí um médico chegou e disse prá mim que não era preciso eu ficá baixada porque não tinha contrações, não tinha dilatação nem nada. Então que era prá mim ir prá casa prá depois passar esses dias no postinho prá ver como controlar a pressão, né. Aí eu disse que não podia ir prá casa, que já tinha acontecido outras coisas, tava com medo de ir prá casa e que acontecesse alguma coisa com ela (bebê), né. Ele saiu da sala, chamou uma outra médica, que é a médica-chefe geral não sei o que é, né. Aí ela veio, me examinou tudo, né, aí disse assim: "- Tu espera um pouco aqui." Aí tá, voltaram. Aí fui fazê uma eco prá vê como ela tava. Tinha só um pouquinho de líquido, né. Aí tá, fizeram os exames tudo, fizeram o MAP nela né, prá vê como é que tava. Aí me deram a minha baixa (Marta).*

Marta vive inicialmente impedimentos e conflito para a sua internação na Portaria e também na EO, posteriormente superados pela coincidência entre suas percepções e as da médica que a examina, indicando-lhe a internação.

Informada sobre a ausência de leito vago pelo profissional da Portaria, insiste em subir ao Centro Obstétrico. Ao chegar na EO, é informada que inexistente leito disponível e após ser examinada pelo médico é mandada embora, vivendo novamente impedimento de internar no hospital que escolhera. Em minha experiência profissional, outro tipo de impedimento percebido pelas

mulheres pode se originar da equipe administrativa, de enfermagem e médica ao informarem às mulheres que ali chegam, que serão avaliadas e se houver indicação de internação e o hospital estiver lotado, serão encaminhadas a outro hospital.

Marta expressa insegurança e medo, devido a sua história pregressa de dois fetos mortos, inicialmente não considerada. Percebo que o medo e a insegurança vividos pelas mulheres podem mobilizar forças internas para vencer essas barreiras à internação. Sua insistência em ficar internada e sua intuição de que seu bebê poderia estar exposto a risco de vida, contribui para que seja realizada ecografia obstétrica e identificada alteração na quantidade de líquido amniótico através da ecografia obstétrica, o que define a internação.

Jones (1999, p.26-27) afirma que a - intuição - "*saber sem o uso consciente da razão*", está presente nas grávidas e tem orientado os profissionais de saúde e "...anunciado concepções, indicado bebês, planejado nascimentos, inspirado alterações de vida dramática e salvado vidas". Pode manifestar-se sob a forma de pensamento, emoção, lampejo repentino de percepção, sonho ou sensação física. Entre os diversos tipos de intuição comuns na gravidez, o autor aponta intuição de que o trabalho de parto está prestes a começar, também chamado "instinto do ninho", ou que iniciará proximamente em algum momento específico. Para ele, a intuição deveria ser mais considerada durante a gestação porque pode conduzir melhor a saúde do binômio mãe-bebê.

Acredito que as intuições das mulheres grávidas poderiam se constituir em importante temática que está a exigir estudos científicos na realidade

brasileira.

As mulheres esperam receber acolhimento técnico dos profissionais.

Quando detectam equívoco na execução de algum procedimento técnico sentem-se inseguras. A fala de Miguelina traduz este sentimento.

*Aí veio o médico, me examinou e eu já estava com sete dedos de dilatação. E ela já estava empurrando e não queria esperar, né. Aí sim, eles me passaram, fizeram o preparo. Durante o preparo inclusive, a enfermeira me machucou com o aparelho de gilete (riso). Eu já fiquei apavorada dali, prá saber o que ia acontecer lá dentro (Centro Obstétrico) (Miguelina).*

Nesta fala, é evidente que o acolhimento técnico inadequado, que lesiona as mulheres, pode ocasionar a perda de confiança na qualidade do atendimento. Sua repercussão é negativa e aumenta a insegurança em relação ao atendimento nas etapas subseqüentes do processo de parturição.

As mulheres **buscam auxílio divino** nos momentos em que se percebem em situação de perigo.

*Foi um doutor que me atendeu primeiro. E fez o exame que tinha que fazer, né. Quando eles fizeram aquele exame com o bico de pato, né... aquilo ali que começou o sangramento. A doutora veio, fez também... aí sangrou mais ainda. Foi naquilo ali que começou a correria. Aí eu me ataquei da pressão. Fiquei com a pressão alta porque pensei que já ia acontecer a mesma coisa que aconteceu na outra vez. Aí comecei a rezar, né (Magali).*

Pedir ajuda espiritual através da reza é um comportamento apresentado por Magali quando sente sua segurança ameaçada. Gualda (1993) identifica idêntico resultado em seu estudo etnográfico sobre a vivência do parto.

Isso nos alerta para a presença da dimensão espiritual no processo de parturição, muitas vezes ignorada pelos profissionais que atendem as



mulheres. Fica evidente que essa dimensão constitui-se em um valor cultural dessas mulheres, presente em outras falas no decorrer de sua trajetória.

Em suma, na Emergência Obstétrica, o mais importante para as mulheres deste estudo é não serem mandadas embora. Não internar deixam nas inseguras em relação ao bem-estar do bebê e a si próprias. A internação é percebida como uma possibilidade, não só de acolhimento institucional, mas também de acolhimento interpessoal e técnico. Significa também livrar-se da "via crucis" da peregrinação e, ao mesmo tempo, garantir a segurança já profundamente abalada neste momento da parturição.

Assim, em face desse momento crítico de ameaça a sua integridade e a de seu filho, a internação faz com que se sintam protegidas e amparadas. Preocupam-se com as complicações que poderão advir, caso a internação não se efetive.

Em minha experiência profissional, observei que, muitas vezes, os profissionais não se mostram sensíveis à compreensão do significado desse momento da parturição vivido pelas mulheres.

Verifica-se que também na Emergência Obstétrica, as mulheres manifestam expectativas de acolhimento interpessoal, caracterizadas pela aceitação, pela atenção e pela informação, situando-as nesse processo.

Muitas vezes, o atendimento dos profissionais é centrado no procedimento técnico e nos aspectos fisiológicos, esquecendo-se da importância da comunicação verbal e não verbal como instrumentos terapêuticos.

Pela natureza do atendimento na EO, o acolhimento técnico se

confunde com o interpessoal quando as mulheres são recepcionadas. Além disso, esperam que a dimensão interpessoal acompanhe o acolhimento técnico quando os profissionais realizam a avaliação obstétrica e executam outros procedimentos especializados.

Na Emergência Obstétrica, as mulheres descrevem componentes do acolhimento, muitas vezes desconhecidos e desvalorizados pelos profissionais, mas fundamentais para a criação de vínculo de confiança com as parturientes. Esse vínculo é também construído pela coerência e constância entre o que os profissionais dizem e o que fazem (Silva, 1998).

#### 4.2.2.2 No Pré-parto

Após a consulta na Emergência Obstétrica e com a indicação de internação para a assistência ao parto, as mulheres são encaminhadas ao Pré-parto, onde desencadeia-se o período clínico do parto denominado *dilatação*.

A *dilatação* é o período mais longo da parturição. As mulheres permanecem na Sala de Trabalho de Parto até a dilatação completa do colo, quando são encaminhadas à Sala de Parto. Eventualmente, ocorre o nascimento do bebê na Sala de Trabalho de Parto. Isso ocorre com uma das mulheres desse estudo. Carmem vive esta experiência com sentimentos de apreensão e de alívio.

*Eu achei bom o bebê nascer no Pré-parto porque é uma sensação boa prá gente, na hora assim é uma coisa boa, não é ruim nem nada. Tirou aquele peso assim. É o segundo já (riso) que eu ganho no quarto. Eu tinha medo disso, né. Então, daí aconteceu, né. Sentia medo até de ir prá sala prá ganhar (Carmem).*

No Pré-parto as mulheres valorizam os **vínculos interpessoais** com

os profissionais. A expectativa da vivência da aceitação, atenção e informação, indicadores do acolhimento interpessoal, estão presentes nas falas das mulheres e caracterizam acolhimento. Sandra vivencia um não acolhimento no Pré-parto.

*Aí a outra já me levou pro quarto e já foi um pouco mais atenciosa: "- Ah, tu toma o teu banho aqui. " A outra que tava no pré-parto, já me largou lá e me deixou, não falou, não perguntou, não me informou nada, me deixou lá e aí eu fiquei boiando. Fiquei sem saber o que fazer, deitei na cama e fiquei esperando (Sandra).*

Durante o atendimento no Pré-parto, os profissionais vivem o desafio de, em pouco tempo, assumirem suas intervenções técnicas com acolhimento interpessoal. Se não estiverem alertas a essa situação e não aceitarem esse desafio, há probabilidade de não ocorrer o vínculo esperado. Carmem vive uma relação com vínculo.

*Não tive um atendimento bruto, assim né: "- Mãe, pára de rançar que tu já tem um monte de filho!" Não, todas foram com carinho: "- Ah mãezinha, quando tu vai ganhar? É prá logo?" Porque nos outros hospitais era tudo bruto, não tinha esse carinho das enfermeira passando prá mãe, né. Então é isso aí que todos os hospital deviam de ter, né. Porque tem umas enfermeiras que não têm paciência, né (Carmem).*

Na busca de uma interação afetiva e carinhosa, que expresse aceitação, é freqüente a equipe de profissionais do Centro Obstétrico chamar as parturientes de "mãezinha" e de "querida". No entanto, na fala de Carmem e Estela, fica evidente que o uso do adjetivo diminutivo não garante acolhimento interpessoal. Outros comportamentos e atitudes da equipe são necessários para demonstrar autenticidade, compreensão e afetividade.

*Essa parte mais humana por parte do atendimento dos profissionais no Pré-parto, eu acho que é muito bom tu*

*conversar com as pessoas e as pessoas te tratarem assim como uma pessoa, não precisa muito mais do que isso. Não precisa te chamar de amorzinho, de querida, mas como uma pessoa. Eu digo a pessoa não te ignorar. Não no sentido de que deva parar o que tá fazendo e prestar atenção, mas pelo menos um sorriso, dar a entender que tu tá ali. Não que tu é uma coisa que ele tá lidando ali e, assim que ele terminar, ele vai fazer outra coisa. Nesse sentido eu sinto que é muito bom, é muito tranqüilizante, muito agradável quando as pessoas te tratam desta forma. Tu sente menos dor, tu sente menos insegurança, tu sente mais força se as pessoas estão ali. Tu tem a sensação que as pessoas estão junto contigo e não que as pessoas parecem que estão contra ti quando as pessoas, às vezes, são um pouco estúpidas. Tu tá num momento sensível e pronto tu pensa: "- Ah, não foi com a minha cara" (Estela).*

As mulheres desejam ser aceitas como pessoa e parturiente, isso significa que os profissionais atendam-nas com prontidão, empatia, dialoguem, não as ignorem, e demonstrem isso pela expressão fisionômica e pelo toque. As mulheres estão emocionalmente sensíveis durante o trabalho de parto. Por isso, esperam identificar os profissionais como aliados e parceiros, que lhes propiciem tranqüilidade e redução da dor, da insegurança e do medo do parto.

o atendimento permeado de interações personalizadas e cálidas promovem vínculos marcantes. As mulheres não esquecem o nome *elou* o cargo do profissional que lhes acolhe quando esses vínculos são estabelecidos.

*...eu me tratei no Hospital Azul e não gostei do atendimento. Eles não tavam toda hora acompanhando, vendo se eu tava bem, vendo se eu tava com febre ou não. Esse médico Antônio, desde a hora que eu entrei aqui, toda hora ele ia ali, me cuidava. Ele ficou ali, teve paciência, ficou ali, cuidando. Ah, não dá prá esquecer. Foi uma equipe boa mesmo (Marta).*

Marta identifica o atendimento que lhe é prestado como cuidado.

As mulheres desejam acolhimento como aquele que receberiam de sua

mãe, ou seja, permeado de carinho, conversa, brincadeira e risada, num clima afetivo e familiar.

*o atendimento é bom, uma maravilha, melhor do que o outro hospital, né. Assim como você ser atendida pela sua mãe, como ganhar um filho em casa, ser bem atendida. O atendimento das enfermeiras aqui é como de uma mãe. Dão carinho, até brincam, a gente dá risada e conversam. Então o bom prá mim é isso aí. Porque nos outros hospitais não, eles têm cara amarrada. Tem umas enfermeiras que têm cara amarrada, nem conversam (Carmem).*

Para as mulheres, o parto hospitalar se aproxima do parto domiciliar quando recebem acolhimento interpessoal com aceitação e atenção, expressas pela empatia e carinho, e pela consideração e encorajamento .

*Elas diziam: "- Vai passar, tu vai conseguir, tu vai ver." E elas ficavam ali me incentivando e eu dizia prá elas: "- Mas eu não vou conseguir (riso)." Se eu tivesse ficado sozinha, eu acho que tinha ficado mais desesperada. Eu disse prá elas: "- Ainda bem que vocês ficaram (riso) aqui conversando comigo. Pelo menos passa né, é uma coisa boa" (Chiara).*

Encorajamento e confiança, oferecidos constantemente pelos profissionais, contribuem significativamente na redução da tensão emocional e do desconforto físico, além de ser uma maneira de demonstrar interesse (Ziegel; Cranley, 1985).

As mulheres esperam que, durante qualquer intervenção técnica, o toque instrumental se integre ao toque expressivo. Silva (1996) caracteriza o toque instrumental como o contato físico intencional para a execução de procedimento técnico e o toque expressivo como o contato espontâneo e afetivo para expressar carinho, empatia, apoio e proximidade.

Esperam, também, que os profissionais estabeleçam vínculo afetivo caracterizado por uma relação amigável, expressa pela comunicação verbal e

não-verbal: assuntos agradáveis, expressões de apoio e manifestações verbais acolhedoras, incluindo toque, olhares, sorrisos e gestos. Isso pode colaborar para o processo de adaptação das mulheres às diferentes pessoas com as quais interagem.

O olhar, o sorriso, o toque expressivo e instrumental, constituem comportamentos importantes para as parturientes, como manifestações de aceitação e atenção. No entanto, esta importância pode não ser percebida do mesmo modo pelos profissionais que, ao se centralizarem nos "fazer" técnicos, não os integram aos "fazer" interpessoais.

As mulheres esperam alianças afetivas e parcerias recíprocas com os profissionais, muitas vezes não correspondidas por não serem conhecidas, percebidas ou consideradas como importantes.

Neste momento, que é solitário mas não necessariamente de solidão, as mulheres precisam ser amparadas com afetividade e prontidão. Elas querem o profissional amigo, alguém que as aceite, respeite, proteja e abra espaço para o diálogo.

Necessitam aceitação e reconhecimento, como pessoas singulares que são, de suas expressões de sentimento e de suas manifestações em face da dor, assim como do momento especial da parturição que estão vivendo. Esperam que os profissionais atendam suas necessidades fisiológicas, de segurança, de amor e de auto-estima emergentes nesse momento.

As mulheres esperam e percebem a atenção como um componente fundamental do acolhimento interpessoal.

*...eles dão atenção pra gente, não são ignorantes. Ser ignorante é chegar te magoando, dizendo coisas que não deve*

*né: "- Chegou em cima da hora prá não dá tempo de procurar outro hospital, né?" Isso aqui não acontece... (Elizabete).*

*o atendimento no Pré-parto foi ótimo. Toda hora eles vinham perguntando como é que eu tava, se eu tava sentindo alguma coisa, dor, né (Carmem).*

o nervosismo, o medo e a insegurança percebidos pelas mulheres, nesse período do parto, podem ser atenuados pela atenção da equipe, que inclui respeito, consideração, valorização.

Para essas mulheres, receber atenção, durante o trabalho de parto, significa ter companhia permanente e qualificada, não serem deixadas sozinhas com dor, serem atendidas com dedicação, respeito e com interesse genuíno. Esperam que os profissionais conversem amigavelmente, respondam quando questionados, ouçam suas queixas, valorizem seu esforço e seu desempenho durante o trabalho de parto e tenham prontidão, especialmente, no alívio de suas dores de parto.

As mulheres desejam a presença permanente e qualificada dos profissionais e do marido durante o trabalho de parto, especialmente quando vivenciam as contrações dolorosas. Esse tipo de presença proporciona segurança, afetividade e apoio para enfrentarem esse momento da parturição.

Nesse sentido, esse tipo de companhia indica atenção.

Ávila (1998) confirma que algumas mulheres expressam a necessidade de afeto e companhia durante o trabalho de parto a fim de sentirem-se mais tranquilas e seguras. As parturientes durante o trabalho de parto referem solidão e por isso têm necessidade de compartilhar essa vivência (Simões, 1998) .

No Pré-parto, as mulheres interagem com vários profissionais das

equipes de enfermagem e médica, acadêmicos da área da saúde, secretárias administrativas e profissionais do Serviço de Higienização. Esses profissionais atuam em regime de turnos de trabalho. Portanto, se a permanência das mulheres no Pré-parto exceder a um turno, o acolhimento será proporcionado por outro grupo de profissionais.

Na fala de Sandra a troca de médicos em cada turno é destacada como uma vivência negativa, constituindo-se em obstáculo à concretização da expectativa de atenção.

*Na minha opinião o tratamento que me deram foi um pouquinho desligado, desde a hora do pré-parto, pois trocava a equipe toda hora e eu nunca sabia qual o médico que tava me atendendo. Até hoje eu não sei qual o médico que me atendeu (Sandra).*

Disso depreende-se a importância dos profissionais se identificarem às mulheres e comunicarem sua saída quando da troca de plantão das equipes, o que pode contribuir para o estabelecimento de relações personalizadas.

As mulheres compreendem que a presença contínua dos profissionais nem sempre lhes é oferecida devido à demanda de parturientes internadas no Pré-parto. Essa situação reduz a disponibilidade de permanecerem ao seu lado por mais tempo, pelo aumento de solicitações a que devem responder.

*Daí eles me acompanhavam, ficavam um pouco do meu lado contando as contrações, né. Depois eles iam atender as outras que tem que atender não toda hora, toda hora. Daí ficaram assim sempre do meu lado (Carmem).*

*Isso eu gostei. Eles (profissionais) não deixam a gente só, jogada até ganhar. Eles vêm toda hora conversam, acalmam, explicam, né o que tá acontecendo (Rosalina).*

*Às vezes, a gente chama e elas (profissionais) demoram, demoram prá vim. Mas aí eu sei que tem muitas pacientes que*



*chamam. Elas têm muitos atendimentos mas, às vezes, é uma coisa importante (Sandra).*

Em minha experiência profissional, constato que as dificuldades que os profissionais encontram em acompanhar as parturientes com freqüência, relacionam-se ao problema da excessiva lotação no Pré-parto. Isso pode ocasionar um não acolhimento fragmentado, impessoal e não humanizado, em que as necessidades de atenção não são contempladas.

Além da presença dos profissionais, a presença qualificada e permanente do marido é expectativa da maioria das mulheres durante o trabalho de parto.

*A companhia do meu marido no Pré-parto foi bom prá mim e prá ele. Eu fiquei mais aliviada e tranqüila. ...ele ficou ali o tempo todo comigo conversando e pedindo a Deus prá o trabalho de parto passar de uma vez (Chiara).*

Espírito Santo (2000) confirma que os companheiros têm consciência de que sua permanência junto às mulheres proporciona redução dos sentimentos de solidão, assim como as tranqüiliza frente aos desconfortos do trabalho de parto.

Nesse estudo, nem todas as mulheres solicitam a presença do marido.

*Eu não gostaria. Eu acho que só ia atrapalhar. Ele ia ficar mais nervoso, ia atrapalhar. Não porque, às vezes, a pessoa tenta ajudar e, às vezes, só atrapalha, né. Ele só ia atrapalhar. Não ia me ajudar, ia ficar nervoso (Magall).*

*No Pré-parto eu acho né... aquela coisa tão higiênica e a pessoa vem da rua ainda. Não é meio perigoso, eu acho entrar junto? Eu acho, quando vem da rua, vem com roupa. A gente já vai ali, troca de roupa. Quando tu entra ali naquela salinha tu já vai, troca toda a tua roupa. Tira tudo! Aí vem uma pessoa, o acompanhante, entra com a roupa, só bota um aventalzinho por cima. Aí traz tudo as impureza junto (Dora).*

As mulheres explicitam critérios para decidir sobre a companhia do marido. O critério de decisão de Dora sobre a presença do marido, é a higiene. Ela reconhece a relação entre higiene e saúde. Já Magali justifica que o marido é muito nervoso.

Portanto, é importante conhecer os critérios que as mulheres utilizam para optar sobre a permanência do marido ao seu lado durante a parturição. Esse conhecimento proporciona a possibilidade de se discutir sobre crenças e esclarecer os equívocos que as impedem de usufruir da sua presença.

Neste Pré-parto, existe rotina de permitir a presença dos maridos junto às mulheres, o que ocorre na maioria das vezes. Isto ocorre para que sejam apoiadas durante o trabalho de parto e seja estimulado o vínculo mãe-bebê-pai. Às parturientes menores de idade, que não estão acompanhadas do pai do bebê, é permitido o acompanhante de sua preferência.

Chiara desconhece a rotina de permanência do marido no Pré...parto.

*o atendimento foi muito bom, sabe. Porque eu nem imaginava que ia ficar alguém (acadêmicas de enfermagem) conversando comigo, nem muito menos que o meu marido ia poder sentar ali e conversar comigo prá me tranquilizar. Geralmente, nos hospitais não podia ficar acompanhando a gente, nem muito menos até a perto da hora do nenê nascer como ele ficou. Aí as duas estagiárias perguntaram prá mim: "- Quem sabe a gente busca teu marido? Tu fica mais aliviada. Quem sabe tu conversa com ele um pouco mais, aí quem sabe passa ou diminui um pouco essas dor?" Eu até fiquei surpresa e disse: "Mas pode?" Daí ela assim: "- Pode, mãezinha. A gente vai lá, chama ele e ele fica aqui conversando contigo" (Chiara).*

A presença do marido representa a possibilidade de ter alguém da família para minimizar o sentimento de insegurança provocado pelo ambiente estranho e ameaçador do hospital. Também oportuniza que a experiência dolorosa e os sentimentos vividos pelas mulheres sejam compartilhados pelo

casal. Ao acompanhá-las durante o trabalho de parto, as mulheres acreditam que os maridos passem a valorizá-las e ao bebê.

*...O meu marido ficou todo tempo ali comigo, eles deixaram, é importante. Daí a gente fica mais segura. Aí, coitado, também viu o que eu passei (riso), mas é bom. ...foi bom prá mim porque, ao mesmo tempo, ele viu tudo que eu passei, passou comigo mesmo né, até mesmo prá valorizar o nenê e o trabalho que a gente passa, né. Às vezes, os homens são muito machistas mesmo e ele ficou ali me dando aquele apoio, concordando e dizendo que Deus ia ajudar e me dando a maior força. ...é muito importante que o marido viva com a gente porque aliás não é só a gente que tem que ganhar o nenê, passar por todo o trabalho ali sozinha. Ele ficou ali o tempo todo, no início. Isso só me ajudou prá que eu tivesse mais força prá ganhar o nenê (Chiara).*

*Eu acho bom porque o pai participa mais. Eu acho que isso aí devia fazer parte dos outros hospitais também. Aí ele viu o que é a gente ser mãe, né. Eu gostei, achei bem importante (Miguelina).*

Parece que a posição social das mulheres em nossa cultura gera a necessidade de parirem com dor, para então serem valorizadas. Talvez seja a parturição um dos poucos momentos em que as mulheres possam resgatar o reconhecimento de seu valor.

Outra tarefa assumida pelo marido é a de intermediar a comunicação entre as mulheres e os profissionais, talvez por reforçar e garantir a legitimidade de suas solicitações. Essa presença também proporciona segurança, atenção, apoio para enfrentar a parturição e o atendimento a outras necessidades emergentes.

No estudo de Espírito Santo (2000), os pais referem o desejo de participar de todos os momentos do trabalho de parto e parto, sendo uma das razões a possibilidade de maior controle sobre o evento e de evitar o sofrimento exagerado da esposa.

A presença do companheiro é também valorizada pelas mulheres mexicanas no estudo de Khazoyan e Anderson (1994). Essas mulheres esperam a presença de seu companheiro ao seu lado, durante o trabalho de parto e o nascimento de seu filho, para apoiá-las, comunicar palavras de compreensão e encorajamento e demonstrar amor, segurando suas mãos, abraçando-as, acarinhando-as, sendo afetuosos e dizendo "eu te amo". Para elas, o apoio do companheiro reforça seu senso de valor e sua habilidade de parir, acalmando-as e ajudando-as a não desistir.

As mulheres entendem que cada gestação e parturição são diferentes e, independente da paridade desejam **receber informações** sobre o que está acontecendo consigo e com o bebê, para que possam compreender e participar do seu processo. Para elas, o conteúdo das informações solicitadas e percebidas como importantes, tem caráter diagnóstico e orientador.

*Mas eu esperava mesmo assim umas recomendações, né, prá eu lembrar algumas coisas que eu precisava fazer (Lúcia).*

*Só o fato de ser bem atendido, bem correspondido, bem explicado as coisas prá gente né, eu acho que isso já é um atendimento e tanto, né. A pessoa passá aquela energia positiva prá gente, aquilo já é alguma coisa né (Lisete).*

Esperam que os profissionais não pré-julguem seu conhecimento decorrente de suas vivências prévias. Tanto as primigestas, como Sandra, e as multigestas, como Miguelina, consideram indispensável a informação sobre o processo que estão vivendo.

*Esse era o momento que eu esperava no hospital: receber um esclarecimento na hora do parto. Porque eu não tive no primeiro... No Pré-parto eu fui super bem atendida por uma rica enfermeira, um rico residente, né. Pela paciência, pela dedicação deles, o jeito que a gente perguntava as coisas eles respondiam com clareza, explicavam, tinham paciência. Os*

*outros médicos não, a gente perguntava e deixavam a gente em dúvida. A gente queria saber as coisas, eles não explicavam. Quer dizer que naquele momento a gente quer um esclarecimento e eles tão botando a gente em pânico. Nem toda a gravidez é igual. Pode ter três, quatro filhos, todas elas tem alguma coisa diferente, vai ter um momento diferente. Aquele momento tu quer esclarecer e eles não querem esclarecer. Eles te deixam mais em dúvida ainda. Isso te atrapalha porque tu fica cada vez mais nervosa, tu não sabe o que vai acontecer. Aí tu fica naquela tensão. O médico e a enfermeira bom é aquele que tu pergunta e ele tá ali pronto para esclarecer tuas perguntas com toda paciência, toda calma, não sai correndo. Ele chega perto de ti, ele te explica, ele te ouve, responde as tuas perguntas e esclarece as dúvidas (Miguelina).*

*Tem muita diferença uma mulher que tá ganhando o quinto filho prá uma mulher que tá ganhando o primeiro filho. Então eu pensei que ia ver isto aí, né. Tava esperando essa diferença de tratamento. Uma mãe é diferente da outra. A mãe que tá com o quinto filho já tem mais experiência (Sandra).*

Os profissionais supõem que as mulheres com experiência anterior de parturição possuam as informações necessárias para desempenhar a contento o processo que estão vivendo. No entanto, isso nem sempre ocorre.

Tenho constatado que o conhecimento que as mulheres possuem sobre a natureza e a evolução do processo de parturição e sobre o seu desempenho durante esse período é restrito, fragmentado e superficial.

Para Ávila (1998) as parturientes acalmam-se e tranquilizam-se quando são informadas sobre a evolução do trabalho de parto, o motivo das contrações, como identificá-las, a respirar adequadamente e como colaborar durante o parto.

É indispensável, no momento da internação, que seja diagnosticado e registrado no prontuário o conhecimento que as mulheres possuem sobre a parturição. Isso proporciona aos profissionais compreensão sobre as

informações que elas necessitam para participar desse processo de modo ativo consciente.

Receber informações é um direito das mulheres. A Organização Mundial da Saúde (1996) considera o fornecimento de todas as informações e explicações desejadas pelas mulheres como uma prática útil, que deve ser estimulada na condução do parto normal.

De acordo com as falas das mulheres, quando as informações são fornecidas com prontidão, clareza, detalhe e sem pressa, o profissional está demonstrando aceitação e atenção. Além disso, o esclarecimento dos profissionais sobre o modo como elas devem agir facilita a parturição.

*Ajudaram bastante. Eu gostei do atendimento delas. Elas me explicaram tudo, né porque era o primeiro. Eu gostei do atendimento. Elas explicaram tudo direitinho, acho que foi por isso que foi mais fácil (Rosalina).*

As mulheres esperam que o marido ou familiar que aguarda fora do Centro Obstétrico também sejam informados sobre o que está acontecendo com ela, sobre a evolução do trabalho de parto.

*No momento da chegada, tu tá precisando das informações, não só prá ti mas para os familiares. Eu fiquei muito aflita porque eu nunca sabia se o meu marido tava sabendo. Então a informação assim mais objetiva, mais segura para os familiares saberem o que está acontecendo com a pessoa que tá lá dentro, essa comunicação é importante (Estela).*

Além do conteúdo orientador da informação, as mulheres esperam que esta seja formulada com cortesia. Neste sentido, a atenção se integra à

*Mas eu fui atendida bem do jeito que eu gosto, né. Tive atenção, tudo assim com calma, o que eu perguntava elas me explicavam direitinho, né... não é com estupidez... porque tem*

*muitas enfermeiras que a gente pergunta alguma coisa e sai com outras prá gente, né. A gente tem até medo de perguntar, às vezes, né (Lisete).*

Por outro lado, estupidez e grosseria na comunicação verbal dos profissionais provocam medo nas mulheres, inibindo-as de fazer outras perguntas. Largura (1998) confirma que a informação correta é um dos fatores que reduzem a percepção da intensidade da dor. Mas tenho percebido que a informação, por si só, não é suficiente para caracterizar acolhimento. O modo como é apresentada pode provocar bloqueios no processo de comunicação entre os profissionais e as mulheres.

Para Maldonado e Canella (1988), o "quanto e o quê" informar depende da solicitação e da necessidade das mulheres. Algumas tranquilizam-se quando informadas sobre todos os detalhes da situação a ser vivida.

Para as mulheres deste estudo, a falta de informação sobre a evolução do parto pode gerar ou exacerbar nervosismo, insegurança, medo, tensão, pânico, trazendo-lhes inquietação e desconforto. Para Ziegel e Cranley (1985), explicar a razão dos diversos procedimentos durante o atendimento e da evolução do trabalho de parto contribui para dissipar o temor e a ansiedade das parturientes.

Nas falas de Estela e Sandra são evidentes as repercussões da falta de informação.

*E ele (médico) botando as cintas (MAP13) e apertando, e não pegava o batimento, e eu não conseguia ouvir, e aí aparecia, de vez em quando, os batimentos no aparelhinho. E, às vezes, não aparecia, então eu não via. E eu já com aquele medo que*

<sup>13</sup> MAP: monitorização ante-parto é um dos métodos de avaliação do bem-estar fetal através da relação dos movimentos fetais e das acelerações transitórias. É realizado através da colocação de um monitor cardíaco fixado por uma cinta no local correspondente ao dorso fetal, e outra com um transdutor no fundo uterino para detectar as contrações.

*eu estava da outra vez, eu já estava pensando: "- Que foi? Por que que não tá aparecendo? Não tá aparecendo porque não tá batendo?" Mas ele não me respondia. Ele só ficava tentando ajeitar o aparelho. E quando saía do lugar (foco do batimento), eu me assustava porque eu não via se tava batendo ou não. E aí foi a hora que eu comecei a chorar. Começou dar uma angústia, comecei a chorar, e o calor, e o meu marido não podia entrar, e eu não sabia o que tava acontecendo. E não tinha ninguém ali dentro da sala. Eu acho que aquilo me deixou bem assustada assim (Estela).*

*Eles fizeram o exame do coração, o MAP, né, prá ver se o nenê tava bem. Não sei qual foi o resultado, eu nunca entendi aquela máquina (Sandra).*

o ato de fornecer informação às mulheres pode reforçar seu sentimento de valor, de autonomia e de competência para viverem a parturição como um processo participativo, gratificando as suas necessidades de autoestima.

Em minha experiência, as mulheres desejam participar com plenitude do momento de dar à luz. A informação é de fundamental importância para trazerem seus filhos ao mundo com essa perspectiva. Do contrário, estarão vivendo esse momento nas "mãos dos médicos e das enfermeiras" pois são "eles que fazem o parto", expressão comum na cultura hospitalar. A falta de informação e de educação para a parturição priva as mulheres de participarem como sujeitos desse processo, permanecendo na dependência dos profissionais.

Muitas vezes, verifica-se que os profissionais assumem esta posição de controle, intervindo sobre o processo, esquecendo-se de seu papel de monitorar e de apoiar um processo que é regido pelas leis da natureza. O parto normal, de baixo risco, "...necessita apenas observação cuidadosa por um parteiro treinado e competente, a fim de detectar sinais precoces de



complicações. Não necessita intervenção, e sim estímulo, apoio e carinho" (OMS, 1996, p.14).

As concepções dos médicos, ao restringirem a parturição à dimensão fisiológica, impedem-nos de se colocarem na posição de parceiros e das mulheres vivenciarem a parturição como um processo que lhes pertence. Osava (1997) e Espírito Santo (2000) confirmam a apropriação médica do processo de parturição.

Essa postura médica é legitimada pela atitude das mulheres que literalmente se entregam nas mãos do médico, na crença de que ele fará o melhor de modo inquestionável (Maldonado; Canella, 1988). Campero et al. (1998) confirmam que as mulheres acreditam que todos os procedimentos realizados pelos médicos façam parte do processo normal de ter um bebê. Isso pode explicar a razão pela qual as mulheres não questionem os procedimentos técnicos que envolvem a manipulação de seu corpo. Essa situação também retrata o pouco conhecimento que as mulheres possuem sobre o processo de parturição. Nesse estudo, a maioria das mulheres expressa essa atitude.

Considero que essa "entrega" das mulheres justifica a idealização que fazem do médico para atender a sua necessidade de segurança, e submetem-se a esse poder para não serem rechaçadas, garantindo o atendimento de que necessitam. Nesse sentido, reconhecem sua inferioridade de modo consciente ou inconsciente, conformando-se com as exigências dos profissionais e da instituição hospitalar (Davis-Floyd, 1987).

Alguns profissionais utilizam o poder de seu conhecimento e de sua posição, executando procedimentos técnicos sobre o corpo das mulheres, não

prestando informação a respeito e reforçando, assim, a relação de dependência. Consideram como desnecessária a explicação sobre os objetivos do procedimento, sobre a sua execução e, muito mais, a autorização das mulheres para realizá-lo. Apenas afirmam "eu vou fazer tal procedimento".

As mulheres sentem-se desconsideradas quando os profissionais "esquecem" ou não querem dar estas informações. Tal atitude é considerada "normal" na cultura dos profissionais da área da saúde, submetendo as mulheres à situação de não questionamento e de não reclamação. É importante que os profissionais sejam sensíveis ao impacto deseducativo e desumanizador que causam nas parturientes, quando trabalham dessa *forma*.

*E cada vez que eu perguntava: "- Ah, quanto tempo falta? Vai demorar muito?" Parecia que elas faziam que não me ouviam, sabe. Elas não davam informação. Acho que faltou um pouquinho mais de atenção, de carinho, nessa hora assim sabe (Sandra).*

*No Centro Obstétrico eu botei o soro prá induzir o bebê, ter mais dilatação prá ele vim que eu não tinha né. Então eu acho que ele não tinha força. Não disseram por quê que eu ia ficar no soro, né. Só disseram que era prá induzir a criança e ter mais dilatação forte prá aí descer. Não disseram direitinho assim quanto de dilatação eu tinha que ter, nem quanto eu já tinha (Carmem).*

Essa relação autoritária e dependente que os profissionais estabelecem com as mulheres caracteriza-se como "normose sociocultural" que, segundo Weil (2000, p.121), inclui certas atitudes e comportamentos que passam a ser considerados como "normais" em uma cultura, mas que conduzem ao sofrimento moral e físico. A normose, como uma *forma* de alienação e com seu caráter automático e inconsciente, tem facilitado a instalação de regimes totalitários e de dominação, além disso, a "normose" tem

um caráter deseducativo.

A parturição é um período de possibilidade educativa no qual precisa ser identificado o tipo de abordagem a ser desenvolvida com essas mulheres. Se o profissional optar por uma "abordagem bancária", segundo Freire (1983), estará reforçando a submissão, enquanto uma "abordagem problematizadora" propiciará a libertação. A primeira, segundo o autor, assistencializa, domina e desumaniza, já a segunda liberta e humaniza, porque enfatiza a participação, a reflexão e o pensamento crítico. Muitas vezes, parece que os profissionais não reconhecem que toda relação humana pode ser educativa ou deseducativa.

Outro aspecto referido pelas mulheres, que se relaciona ao poder dos profissionais, é a desconsideração do saber das mães, originário de sua experiência, de sua auto percepção ou de sua intuição em relação ao processo que estão vivendo.

*Cada vez que elas mediam a dilatação elas viam que o nenê não tava descendo. Aí isso me dava uma agonia porque parecia que eu tava sentindo lá dentro que o nenê não ia nascer normal, sabe. Quem melhor do que uma mãe prá sentir o que vai acontecer né. Mas de que adianta falar, né. Porque se eu chegasse Já e o médico atendesse, tá certo eles (Sandra).*

Verifico que a falta de informação das mulheres, acrescida da desconsideração de seu saber, colocam-nas na marginalidade da parturição, fazendo-as assumir a posição de objeto e não de sujeito.

Portanto, é fundamental que os profissionais se conscientizem do valor que as mulheres atribuem à informação a fim de auxiliá-las a vivenciarem a participação no processo de parturição com tranquilidade. Desse modo, colaboram para a redução do medo e da insegurança, provocados pela falta de

informação ou pela maneira descortês em fornecê-la.

As mulheres percebem a **manipulação de seu corpo** pelos profissionais.

*Me botaram prá fazê o MAP, só prá vê se era realmente caso já de ganhá o nenê. Eu fui fazer o MAP... fiz o MAP... coletaram o material de sangue... urina prá ver né, se eu não tinha problemas nos rins (Dora).*

*Aí fui prê soro, né. No soro eles botaram aquele medicamento prá mim ter contração mais seguida prá dilatar. Daí eles disseram que tinham que botar um aparelhinho para escutar o coraçãozinho dele. ...eu não conseguia ficar nem sentada, imagina cheia de aparelho e cheia de soro, ai, a coisa mais triste. Aí eles fizeram duas vezes exame, daí no segundo exame ele viu que estava com quatro dedos ainda (Chiara).*

Essa manipulação é freqüente durante a parturição, variando de acordo com o período clínico do parto e do setor do Centro Obstétrico onde as mulheres se encontram. Inicia na Emergência Obstétrica e continua durante a trajetória dentro da UCO, constituindo-se em um componente do acolhimento técnico.

No Pré-parto deste hospital-escola, as mulheres são examinadas por vários profissionais que executam diferentes procedimentos com o objetivo de avaliar o seu bem-estar, do feto, e a evolução do trabalho de parto. Em minha experiência profissional, verifico que vários profissionais executam procedimentos técnicos de maneira mecânica e autoritária, manipulando o corpo das mulheres como se fosse uma máquina e não um ser humano. Neste estudo, as mulheres não verbalizaram desconforto quanto à manipulação de seu corpo pelos profissionais, talvez por acreditarem que essa manipulação é inerente ao processo de parturição ou por se submeterem a tais procedimentos para garantir a assistência.

A vivência da parturição e a complexidade do contexto hospitalar requerem uma rápida adaptação das mulheres às modificações de seu próprio corpo, ao ambiente não familiar, aos procedimentos e às rotinas hospitalares e à singularidade de cada profissional. Essa exigência de adaptação, em um curto período de tempo, pode exacerbar tensão e ansiedade, podendo comprometer a evolução do trabalho de parto.

A capacidade de adaptação a todos esses fatores, acrescida da eficácia de mecanismos próprios de solução de problemas das mulheres e da qualidade do atendimento recebido no Pré-parto, pode tornar a parturição uma crise ou transição existencial (Maldonado, 1997). A adaptação depende também do tipo de atendimento oferecido que poderá contribuir para um desses resultados.

Na fala das mulheres fica evidente que privilegiam o acolhimento interpessoal enquanto o acolhimento técnico se realiza. Se os vínculos entre elas e os profissionais não se estabelecem, há risco de terem um atendimento impessoal, manipulador, invasivo e mecânico estabelecendo-se uma relação de "coisificação" (Freire, 1983, p.196), por tornarem-se objeto de investigação e análise.

As mulheres percebem que os profissionais capazes de prestar um acolhimento interpessoal gostam do que fazem e são felizes. Consideram a sensibilidade no trato com as pessoas, a amabilidade e a capacidade de comunicação e a competência técnica, requisitos de um bom profissional.

*Algumas vieram só prá trabalhar e prá receber, outras vieram realmente por causa do amor à função delas, amor ao emprego, ao que ela faz, ao que ela sabe fazer e faz bem. Uma enfermeira sentindo-se feliz em fazer aquilo, passa felicidade*

*prás pessoas. Ela atende melhor eu acho. Ela ajuda mais as pessoas (Sandra).*

*Eu acho que deveria ter um equilíbrio um pouquinho maior e um pouquinho de mais sensibilidade no trato com a pessoa. Claro que a gente não escolhe na hora de formar o médico. O médico tem que ser um bom médico, ser um excelente profissional. No hospital, antes de ser contratado, deveria ser feito uma entrevista com ele, prá saber se ele é uma pessoa amável e comunicativo e, sendo um bom profissional, ele contempla os quesitos da função dele. Mas eu gostaria que nesta parte fosse assim, isso falando a nível de parto tradicional, como mulher (Estela).*

*Tem muitas pessoas que exercem aquela função mas não é aquela realmente a função delas, elas não têm paciência, elas não explicam direito as coisas, né (Lisete).*

#### **4.2.2.3 Vivenciando a dor no trabalho de parto**

Nos depoimentos das mulheres deste estudo, além de estar evidente no Pré-parto a necessidade do acolhimento, destaca-se a dor que pode ser focalizada sob diferentes pontos, de acordo com a perspectiva que a instituição, os profissionais e as próprias mulheres têm sobre ela.

A dor é um dos elementos mais marcantes que acompanham as mulheres em sua trajetória no processo de parturição. Em suas falas, percebem a dor durante as contrações uterinas de maior intensidade, sua permanência até o término da expulsão do bebê e sua intensidade reduzida no puerpério.

Entretanto, é no período de dilatação, que as mulheres referem-se à dor com maior freqüência.

Para Szejer e Stewart (1997) a sensibilidade à dor varia de pessoa a pessoa. Referem que estudos recentes mostram que a sensibilidade está ligada à emoção. Por isso, pessoas mais emotivas estão mais expostas à dor.

Os autores referem que cada pessoa tem um modo diferente de reagir à dor e, no caso das parturientes, isso depende da forma como são preparadas para o parto, assim como da história de cada uma.

Segundo Carpenito (1997), cada pessoa utiliza diferentes técnicas de adaptação sociocultural à dor. Para essa autora, dentre os fatores pessoais que influenciam a tolerância à dor destacam-se o conhecimento da dor e de sua causa, seu significado, capacidade de controlá-la, nível de energia e de estresse. Além dos fatores pessoais, os sociais ambientais também influenciam a dor. Eles se situam nas interações e reações dos outros, em ganhos secundários, na sobrecarga sensorial ou privação e nos estressores.

A concepção da dor de parto é construída pelas mulheres não só pela vivência própria, como pelas informações de outras mulheres e dos profissionais que lhes prestam atendimento.

Apesar da dor estar presente na percepção de quase todas as mulheres, as falas de Chiara e Sandra destacam-se por estarem impregnadas de dor, desde antes de serem internadas no hospital. Ao internarem, elas têm seu parto induzido com ocitocina e são, posteriormente, submetidas à cesariana por desproporção céfalo-pélvica.

*Tem que suportar né, dor de parto tudo bem. Todo mundo já explica né: parto é parto. Aí eu fui suportando as dores (Sandra).*

*...todo mundo falava que ter bebê passa trabalho, tu tem a dor, né. Mas diz que é aquela dor que dá e depois passa. Mas a minha ficou quatro dias e foi pro quinto, prá depois passar (Chiara).*

A informação de que o parto é doloroso é transmitida de geração a geração. Desde a infância, as mulheres, subliminarmente, ouvem de familiares

e amigos que o parto é acompanhado de dor.

*Tive um pouco de dor né, porque isso é normal, né. Sei que foi horrível mais sei que quando não tiver dor não é nada, né (Marta).*

Em nossa cultura, parir e ser mãe estão associados a dor e sofrimento, sendo esses inerentes, obrigatórios e inevitáveis na parturição (Ávila, 1998). Para Gualda (1994, p.214) "...a dor é um componente essencial da maternidade", as mulheres têm a necessidade de experimentá-la para se tornarem mães. Acrescente-se a isso, a influência exercida pelos meios de comunicação, principalmente pela televisão, pelo cinema e pela imprensa escrita.

Szejer e Stewart (1997), confirmam que a dor, para muitas mulheres, é o teste que simboliza o parto, e ser capaz de suportá-la é quase sinônimo de dar à luz. Os autores afirmam que as mulheres preferem suportar o parto sem anestesia, o que significa desejo de se submeter a esse teste. Referem, ainda, que o modo como a mulher suporta a dor, aceita ou não o sofrimento, tem sempre uma significação. Suas razões podem ser pessoais ou culturais, como a identificação ou oposição a sua mãe, estar ligadas à história do casal ou as suas relações com o pessoal médico que as atende. No estudo de Simões (1998), as parturientes esperam e temem essa dor.

Na fala das mulheres é fica evidente que a dor de parto é considerada natural pelos profissionais que as assistem.

*Quando eu estava no Pré-parto sentindo as contrações e com soro eu dizia prá doutora: "- Eu não vou agüentar, eu sei que eu não vou agüentar." E ela ficava ali: "- Não, tu vai agüentar sim." E eu dizia: "- Não vou agüentar! Não agüento mais! Eu já estou há quatro dias assim." E ela dizia: "- Tu vai agüentar sim mãezinha. O parto é assim" (Chiara).*



Segundo Benzecry e Cerruti (1998), um ambiente hospitalar com ruídos, gritos, salas com instrumentos e a atitude dos profissionais pode causar receios e apreensão nas mulheres. Os autores afirmam que os próprios profissionais sugestionam as mulheres exacerbando suas sensações dolorosas pela sua fisionomia, atitudes e falas. Ávila (1998) indica a má qualidade do atendimento como uma das principais causas da tensão e da dor do parto.

A dimensão de temporalidade é percebida pelas mulheres durante o trabalho de parto de modo acentuado, especialmente quando emergem as sensações dolorosas. Descrevem, com detalhes, a trajetória de seu trabalho de parto e relacionam cada evento da fase de dilatação ao tempo de sua duração.

*Aí eu fiquei mais uma meia, uma hora esperando um quarto. Acharam um leito. Aí entrei pro leito né, fiquei deitada. Aí ali eu fiquei umas 5 horas... das cinco e meia da tarde até as 11 horas ali esperando. Fiquei deitada, aí começaram a me atender, né. Daí é difícil, tinha que toda hora tá chamando um, né. Aí chegou o médico e disse assim: "- Às 5 da manhã tu toma soro." Aí chegou as duas da manhã, comecei a ter contrações. Aí não esperou, não chegou a precisar chegá às cinco da manhã, ela já veio antes. Eu não esperava, né (Marta).*

*Até as quatro horas da manhã não tinha tido dor ainda. Cinco e vinte começou a ter ..... quatro horas da manhã começou a ter uma contração de cinco em cinco minutos, muito distante uma da outra. Cinco e vinte da manhã já começou três contrações a cada dez minutos. Seis horas da manhã já tava uma em cima da outra. Dez prá sete a criança já tava praticamente nascendo. Sete e cinco ela nasceu (Neusa).*

A expectativa é de não ficarem muito tempo internadas no hospital e de se livrarem da dor. Por isso, quando o tempo de trabalho de parto e a duração das dores excede ao limite esperado, acreditam que estão vivendo complicações e desesperam-se.

*Então o que eu esperava era vim só prá ganhar já direto, não*

*ficar duas, três horas, porquê eu fiquei quase dez horas. Porque eu cheguei era nove horas aqui, às dez horas fui atendida e me botaram no Pré-parto. Daí eu fiquei ali desesperada (riso) né. Disse: "- Essa criança não sai por quê, né?" (Carmem).*

Quando a dor é intensa, as mulheres percebem que o tempo custa a passar e assume proporções irrealistas, elas parecem viver em outra dimensão temporal. Isto é confirmado por Szejer e Stewart (1997) e Jones (1999), ao referirem que as mulheres em trabalho de parto não têm a mesma consciência temporal das pessoas que estão a sua volta, pois o tempo para elas é diferente. Para algumas, o tempo pode passar rapidamente mas para outras pode transcorrer lentamente, principalmente se estiver com uma dor intensa.

A dor é percebida pelas mulheres desse estudo como sofrimento, cuja intensidade varia de suportável a insuportável. Ao evoluir em intensidade, as mulheres denominam-na como maldita, horrível, terrível, insuportável, absurda.

Além dos fatores pessoais, são vários os fatores que influenciam a percepção da dor pelas mulheres.

Quando a dor torna-se insuportável, as mulheres referem necessidade de apertar e agarrar-se a algo, beliscar alguém. Também a dor pode ser manifestada pela palidez, pela sensação de hipotermia, de desmaio ou de morte, pelo grito, pelo choro e até pelo desejo de morte.

*Eu já estava uma morta de tanto que é a dor sabe. Nunca mais quero sentir essa dor (riso), que era terrível. Parecia que ia mo"er até. Até dizia prá esse meu companheiro, que tava do meu lado né, que eu precisava de alguém prá me agarrar, prá beliscar. Eu disse assim: "- Fecha essa janela se não eu vou me atirar (riso) da janela de tão insuportável que tá a dor" (Sandra).*

Minha experiência profissional confirma que as mulheres com

contrações intensas, apertam a mão dos profissionais ou do familiar, agarram-se ao colchão da cama, mordem compressas de pano e de gazes, o travesseiro, o lençol, assim como verbalizam o desejo ou sensação de morte e vontade de jogar-se pela janela da sala.

Tais manifestações alertam para a realidade da dor que as mulheres podem vivenciar e para a necessidade de aliviá-la através de diferentes estratégias de acolhimento.

Outras mulheres deste estudo referem que, mesmo vivenciando a dor, não podem manifestá-la de modo visível. Expressar essa dor através de reações muito exacerbadas não se integra ao modelo esperado pelas próprias mulheres e pelos profissionais que a atendem.

*Viram que eu tava sentindo dor e elas pediram prá mim não gritar sabe. Isso me dava mais agonia ainda porque eu sentia dor, eu queria gritar. Era a pior dor do mundo (chorou) e ela dizia prá mim não gritar. Aí, isso me magoou bastante né, esse momento (Sandra).*

As mulheres desejam liberdade para manifestar sua dor através do grito e de outras reações, o que caracteriza acolhimento interpessoal, especialmente aceitação e atenção.

Ávila (1998) considera que a parturiente pobre aproveita o momento do parto para expressar através do gemido, do choro e da vazão a sua revolta, a sua carência e a sua dor por ser mulher pobre e oprimida. Além disso, afirma que solicitar às mulheres que se acalmem, ameaçá-las com anestesia ou sedação, caso descontrolem-se durante o trabalho de parto, significa impedi-las de vivenciar e enfrentar a ansiedade e acalmar-se. Significa " ...amarrar a sua boca para não sair nada para fora" (ibidem, p.129).

Parece que algumas parturientes compreendem que o grito exagerado durante o trabalho de parto pode levar à exaustão. No entanto, Largura (1998) salienta que gritar libera endorfinas, que proporcionam alívio da dor.

*Mas é que eu não... eu não fiz muita gritaria assim. Eu acho até porque nem ia ajudar muito no parto, ficar gritando (Neusa).*

As mulheres não se sentem à vontade ao manifestarem a dor frente aos profissionais e, por isso, preferem compartilhá-la com o companheiro. Em sua fala, Sandra demonstra que não se sente aceita ao expressar sua dor.

*o meu marido entrou e eu acho que, por um lado, em vez da gente estar incomodando as enfermeiras (riso), a gente incomoda o marido dizendo que tá com dor e o que tá sentindo (Sandra).*

É importante que as mulheres sintam-se aceitas pelos profissionais nesse momento e tenham a liberdade de expressar seus sentimentos e reações. Ziegel e Cranley (1985) referem que as gestantes devem sentir que podem chamar os profissionais quando quiserem, sem ter que pedir desculpas, assim como não devem temer por solicitar a atenção devida.

A idéia de atender ao modelo de comportamento esperado em face da dor está presente na fala das mulheres.

*Até ali eu tava só sentindo as dores, me segurando e tentando me controlar prá não fazer fiasco. Eu acho muito chato ficar gritando muito, né. Então eu me controlava (Estela).*

*Que eu prometi prá mim mesmo: "- Não vou fazer fiasco na hora que eu sentir as dores. n Mas quando eu senti aquelas dores, foi um absurdo assim as dores sabe. Eu nunca tinha sentido dor tão terrível assim na minha vida. Eu tive que chorar, tive que gritar, tive que arranhar a pessoa que tava do meu lado (Sandra).*

As mulheres sabem, pela sua experiência prévia de parturição que,

quando não demonstram o comportamento esperado, os profissionais podem deixar de atendê-las adequadamente.

*Tem médico que conforme tu grita ou faz alguma coisa assim, eles não te tratam direito, né (Marta).*

Para Szejer e Stewart (1997), a dor visível expressa por gritos não é bem aceita pelas instituições de saúde, visto que a anestesia é uma realidade, sendo bastante utilizada durante o trabalho de parto e parto.

Ávila (1998) refere que as mulheres têm medo de não conseguirem se controlar no parto, de gritarem e de se comportarem mal. Maldonado e Canella (1988) afirmam que o descontrole, a solicitação de anestesia e sentir muita dor, durante o trabalho de parto, são sinais indicativos de fracasso ou fraqueza. Para os autores, isso gera uma auto desvalorização pela "não aprovação no teste" de suportar a dor, o que é confirmado por Szejer e Stewart (1997).

É importante os profissionais estarem alertas às manifestações das mulheres neste período, buscando identificar a dor privada (Helman, 1994), que é sentida mas não é manifestada de maneira visível. Essa manifestação pode ser influenciada pela própria singularidade de cada mulher ou elas podem estar pressionadas pelo modelo esperado.

Segundo Monticelli (1997), o parto é considerado como o último rito de passagem que confirma a feminilidade da mulher. Para Helman (1994), é um evento que marca a passagem do status social de mulher para o de mãe, especialmente no caso do primeiro parto. Davis-Floyd (1993) afirma que as crenças e práticas do parto são portadoras de rituais, não só dentro da cultura do nascimento ocidental como na cultura obstétrica moderna, sendo sua simbologia ritualística vinculada à ciência médica e à tecnologia.

A institucionalização do parto transferiu para o hospital um ritual que foi assumido apenas na dimensão biomédica, negando valores de natureza social, afetiva e religiosa presentes na parturição (Monticelli, 1997; Helman, 1994).

A cultura hospitalar obstétrica exige de modo implícito e velado que as parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde apresentem determinado tipo de desempenho. Delas é esperado que suportem a dor de parto, independente de sua intensidade e de seu limiar. Há expectativa de que as mulheres tenham domínio sobre as manifestações de dor, sem demonstrarem descontrole - gritos alardeantes e contínuos. Se o comportamento esperado não for alcançado, tanto elas como os profissionais que as atendem, consideram-nas "reprovadas no teste de maternidade", levando-as a sentirem vexame, vergonha e fracasso.

Subjacentes ao rito do parto, estão as concepções padronizadas de que a dor de parto é sempre suportável e de que o seu limiar é igual para todas as mulheres, apesar da ciência já ter identificado que isso não ocorre. Para Machado (1995), o medo e a tensão diminuem o limiar de dor, aumentando a intensidade de sua percepção e influenciando a evolução do trabalho de parto de modo negativo.

Nesta pesquisa, algumas mulheres não são acolhidas suficientemente no ritual do parto, ao ponto de não terem liberdade para expressarem seus sentimentos e reações "negativas" quando sentem dor. Há um modelo já prescrito de comportamento que lhes é exigido. Para Watson (Talento, 1993), a promoção e aceitação da expressão de sentimentos, negativos ou positivos (um dos fatores de cuidado da teoria transpessoal), melhora o nível pessoal da

percepção.

Esta realidade é evidente nas falas das mulheres, que se mostram preocupadas em não incomodar os profissionais, evitando chamá-los ou manifestar sua dor por gritos, gemidos e choros. Quando isso ocorre sentem-se constrangidas e envergonhadas.

*...tinham duas enfermeiras conversando: "- Ah, vamos sair amanhã..." Falando assuntos nada a ver ali naquela sala, a musiquinha, o coração do bebê batendo na maquininha e o meu ex-marido do lado segurando minha mão e eu tentando não gritar para não atrapalhar a conversa delas. Então eu esperava um pouquinho mais de apoio na hora das dores (Sandra).*

*...meu parto foi um parto bom, né. Eu não incomodei, fui uma ótima gestante, né (Lisete).*

Um dos critérios para qualificar o seu desempenho durante a parturição é "não incomodar", percepção essa apresentada por Sandra e Lisete. Nesse sentido, inverte-se a lógica do atendimento, quando as mulheres atendem à expectativa dos profissionais.

Se os profissionais não consideram que as mulheres estão vivenciando realmente a dor de parto, podem qualificar essas manifestações como "fiasco", não realizando um acolhimento interpessoal e técnico indicados.

*E quando eu senti as dores mesmo, elas não me apoiaram, não me ofereceram a mão... (encheu os olhos de água e chorou) (Sandra).*

As mulheres **detectam a preocupação dos profissionais frente ao sofrimento que elas vivem e a ocorrências que indiquem complicações** em seu processo de parturição. Percebem essa preocupação porque estão atentas ao ambiente, às expressões verbais, ao tom de voz e à expressão

fisionômica dos profissionais.

*Veio um médico, um rapazinho muito querido, novo, fez a ecografia. Até ele levou um susto porque na ecografia aparecia que eu tivesse assim perdido um líquido. Mas eu não tinha perdido líquido nenhum, né. Aí começou as contrações. Só que aí quando a enfermeira estava pegando os meus dados, ela chamou de novo esta médica. Aí ela levou um susto quando viu os batimentos do nenê, né. Ela disse: "- Não, já é a terceira vez que acontece isto, né." Estava 90-98 os batimentos cardíacos dele (Andréia).*

*...as gurias (estagiárias) também ficaram apavoradas coitadas com a dor que eu senti (Chiara).*

As mulheres em trabalho de parto tornam-se extremamente

observadoras quanto ao tom de voz, às conversações, à expressão facial e ao desinteresse dos profissionais (Ziegel; Cranley, 1985).

Segundo Jones (1999), as mulheres tornam-se tão intuitivas nesse período que pensamentos e sentimentos das pessoas que estão em seu ambiente são captados. Ela intui a hostilidade ou impaciência dos profissionais, mesmo que isso não seja manifestado oralmente.

O paciente hospitalar sente-se assustado por estar em ambiente desconhecido, e seu instinto natural de autodefesa e de autopreservação leva-o a prestar atenção redobrada ao que acontece a sua volta (Silva, 1996). Por isso, é fundamental que os profissionais estejam alertas para sua comunicação verbal e não-verbal e esclareçam as mulheres sobre o que está acontecendo, o que auxilia na redução da sensação dolorosa e apreensão nesse momento que exige tranquilidade e segurança. A auto-avaliação dos profissionais quanto à natureza de sua comunicação pode colaborar para que sua influência seja positiva.

As mulheres consideram que esse hospital e seus profissionais



oferecem acolhimento quando estes utilizam estratégias para livrá-las da dor.

*O hospital era bom mesmo. Quando eu cheguei (riso), só eles que aliviaram a minha dor, eu não agüentava mais (Chiara).*

Várias são as intervenções de acolhimento interpessoal e técnico indicadas pelas mulheres que podem reduzir sua percepção dolorosa. Tais intervenções são esperadas como respostas imediatas as suas dores.

Como foi mencionado anteriormente, a **presença qualificada de profissionais, de acadêmicos e do marido** contribui para atenuar o sofrimento vivido pelas mulheres durante sua permanência no Pré-parto. É fundamental alguém junto de si, especialmente nos períodos em que a dor torna-se freqüente e intensa. Nesses momentos a companhia do marido é solicitada com maior freqüência.

O marido é citado pelas mulheres como uma presença indispensável ao alívio da dor, ao estabelecer uma relação interpessoal cálida e encorajadora.

*Ele dizia prá mim: "- Mas eu tenho certeza que vai dar tudo certo, amor. Tu vai ver, daqui a pouco o nenezinho vai tá aqui. Vai dar tudo certo!" (Chiara).*

*Ele até queria ficar. Perguntou se eu queria que ele ficasse. Eu disse: "- Não, vai prá casa descansar até porque tu trabalhou o dia inteiro e eu acho que tu não me vai fazer falta. " E eu tava enganada, ele me fez falta quando a dor começou. Porque tendo uma pessoa junto já fica melhor, né. Acho que a gente não fica tão ansiosa ou receosa... (Neusa).*

*Eu achei bom. Ele distrai a gente (riso) naquela hora. Eu achei bom o marido entrar, a gente pode conversar e diminui um pouco a dor (Rosalina).*

A presença de acadêmicos de enfermagem influencia positivamente 'as mulheres em sua percepção da dor por contribuir para a sua diminuição:

compartilhando sentimentos, conversando, demonstrando interesse, apoiando e dando a mão à parturiente.

*Elas (acadêmicas de enfermagem) também estavam ali no Pré-parto, fazendo entrevista, vendo todo aquele meu sofrimento, conversando, me apoiando, me agradando, falando que ia dar tudo certo e que depois elas iam no quarto ver meu nenê. Diziam que era prá mim ficar calma... Elas ficaram ali, daí fizeram umas perguntas, me distraíram um pouco, aí a dor passou um pouco, né (Chiara).*

Mesmo quando suspeitam que os acadêmicos possam ser inexperientes, as mulheres valorizam-nos porque percebem que eles oportunizam-lhes apoio, informação e aprendizagem sobre sua parturição. Sandra reconhece que está em um hospital-escola, onde a presença de alunos é constante. Percebe sua própria experiência no Pré-parto como útil aos alunos.

*Pior as pessoas tentando aprender né, de repente eles não sabiam também. Então eu tenho que compreender isso também. Então foi uma forma deles se prepararem prá outros partos, né. De repente, da próxima vez que chegar uma mulher assim como eu, eles já vão saber antes o que fazer e a mulher não vai ter o problema que eu tive né, nem a criança. Então serve de experiência prá eles também. Talvez eu seja um instrumento de experiência prá eles (Sandra).*

Os acadêmicos experienciam a assistência às parturientes em seu I estágio curricular, no HCPA. Pela sua disponibilidade de tempo de permanecerem junto às mulheres e pelo desejo de aprenderem sobre a parturição realizam as ações já descritas nas falas, que contribuem para que as mulheres se sintam acolhidas.

Klaus e Kennel (1997) referem que o apoio de uma "doula"<sup>14</sup>, parteira

<sup>14</sup> Mulheres que recebem treinamento básico sobre o parto e proporcionam apoio contínuo a outras mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

ou enfermeira durante o trabalho de parto que ofereça elogios, encorajamento, segurança, medidas de conforto físico, contato físico e explicações sobre a evolução do trabalho de parto reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para o alívio da dor e os partos operatórios.

As mulheres ficam ressentidas quando não há intervenções para diminuição da intensidade da dor. Sentem-se não acolhidas. Identificam essa situação como de não acolhimento, que pode dificultar o estabelecimento da relação de aceitação do bebê, logo após o nascimento.

*Conforme o atendimento do parto né, aí quando o doutor chega: "- Olha tá aqui o teu nenê." Aí tu olha assim pro nenê... tu não sente graça nenhuma. Porque tu passou tanto trabalho prá ganhar ele que tá com uma raiva por causa da dor que a gente passa, do sacrifício que a gente passa prá ganhar. É muito sacrifício... é muito, muito sacrifício mesmo. Aí o doutor chega: "- Ai, olha aqui o teu nenê." Aí não tenho nem vontade de olhar o nenê, parece assim que não é nada, né. Aí, depois que o nenê vai pro quarto que a gente vai agradecer (Magali).*

Em vivências como enfermeira deste Centro Obstétrico, compreendo que essa rejeição ao contato imediato com o seu bebê, pode ter outros motivos: a exaustão materna decorrente do trabalho de parto ou a dor causada pelas intervenções técnicas após o nascimento. No caso de Magali, o ressentimento por ter sofrido a dor do trabalho de parto é um dos fatores que influencia na aceitação imediata do recém-nascido. Por isso, é importante que se conheça a experiência das mulheres desde o início da parturição para que o acolhimento seja adequado a suas necessidades.

O acolhimento técnico constituído pela música no ambiente do trabalho de parto pode constituir-se em um aspecto importante na redução da dor vivida pelas mulheres.

*...eu estava com dor e ela me levou prá uma sala de procedimento onde foi feita a raspagem do local onde seria feito os cortes na hora do parto. Aí tava tudo bem, uma sala só eu, tinha até um sonzinho. Uma pessoa muito simpática que me atendeu, teve um papo amigável, aquilo que a gente gosta de ouvir. Como se fosse uma pessoa que te conhece, mesmo não te conhecendo mas que te compreende naquele teu momento ali de tu tá agonia da com dor (Estela).*

*...a musiquinha ajudando, o coração do bebê batendo na maquininha e o meu ex-marido do lado segurando minha mão quando sentia as dores (Sandra).*

A música pode ser utilizada para o alívio da dor, aliada a outras estratégias não-farmacológicas (OMS, 1996; Burch; Sachs, 1999). Lawson (1998) afirma que a música contribui para a liberação das endorfinas substâncias bioquímicas analgésicas liberadas pelo cérebro. Segundo o autor, atuam como neuromoduladores, bloqueando a dor e produzindo sensação de alívio e bem-estar.

**O toque afetivo** é destacado por Chiara, Magali e Sandra como uma das intervenções que contribuem para o alívio da dor.

*Depois, elas começaram a aumentar o medicamento prá aumentar as contração e não agüentava mais nem conversar com elas, nem com o meu marido que estava ali também. Aí elas seguravam na minha mão, conversavam comigo, me agradavam (Chiara).*

Para Davis (1991, p.36) o contato físico ou estimulação tátil é a forma de comunicação mais básica, podendo ser "...tranquilizador, terapêutico, carinhoso, afetuoso, confortado r ou animador. Pode ter a forma do afago, do tapinha, da massagem, do carinho, do aconchego, do abraço apertado ou do apoio." A autora refere que ao se proporcionar contato físico às parturientes, como por exemplo segurar na mão, as contrações tomam-se mais toleráveis e

reduz-se a necessidade de métodos farmacológicos para o alívio da dor. Ávila (1998) recomenda que além de segurar a mão, permanecer ao lado das parturientes e expressar compreensão pelo olhar, sorriso ou palavra são procedimentos que podem tranquilizar, dar força e segurança às parturientes, evitando também procedimento farmacológico de alívio à dor.

Tanto o toque numa perspectiva terapêutica no contato pela imposição de mãos (Silva, 1996) quanto as massagens estimulam a circulação de endorfinas e, conseqüentemente, auxiliam no alívio da dor (Lawson, 1998). Com essa perspectiva, essa técnica ainda não é utilizada no Centro Obstétrico do hospital em estudo.

As mulheres consideram a liberdade de movimento durante o trabalho de parto importante. Justificam que no hospital sentem-se impedidas de permanecer na posição que lhes é mais confortável, principalmente quando estão recebendo infusão de ocitocina. Em casa, sentem-se livres para se movimentar ou realizar a atividade física que proporcione conforto frente à dor.

*Eu sempre agüentei todas dores das contrações tudo em casa fazendo faxina né, levantando peso e também tu te enterte, tu esquece daquela dor. Então no momento que vem aquela dor forte que eu sabia que era prá ganhar, eu pegava e ia de passinho por passinho, avisava o amigo do meu marido que tinha carro:"- Ó, já tá na hora." Daí vinha e como foi da minha guria que eu não levei nem uma hora, eu ganhei ela no Pré-parto também. Então, foi uma maravilha, também. Daí este, fechou quarenta e três semanas, daí eles me trancaram (riso), daí me deixaram na Jaula" (riso). Daí esse teve que ser induzido, eu sofri mais. Porque daí eu tive que ficar na cama sem poder movimentar, gostaria de estar caminhando que daí tu te enterte a cabeça, tu não vê aquelas mães gritando que tu fica mais nervosa ainda (Carmem).*

Carmem, por se sentir impedida de permanecer na posição desejada,

percebe o hospital como um local pouco acolhedor, de aprisionamento e de cerceamento. Ao fazer limpeza da sua casa, durante o trabalho de parto, mantém-se atenta naquela atividade, desviando desse modo o foco de atenção à dor.

Szejer e Stewart (1997) afirmam que as técnicas de preparação ao parto têm como objetivo estimular as mulheres a viverem o processo de maneira ativa. Essas técnicas estão apoiadas na ocupação das mulheres durante o trabalho de parto, pois a atividade tende a reduzir a percepção dolorosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), proporcionar às parturientes a liberdade de adotar a posição que desejarem é um dos métodos não-farmacológicos de alívio à dor.

Assim, além do acolhimento interpessoal para diminuir a percepção da dor, em muitos casos, de acordo com as exigências de cada situação vivida pelas mulheres, há necessidade de acolhimento técnico que utilize outros métodos não-farmacológicos ou farmacológicos para o seu alívio.

As mulheres esperam dos profissionais um **acolhimento técnico com prontidão e resolutividade**, especialmente quando as dores emergem com intensidade.

*...comecei a ser atendida, até a hora do parto dela, toda hora, todo mundo em volta de mim ali, toda hora vendo a pressão, prá ver se não ia subir a pressão ou nada né, porque eu tive pressão alta nas outras gestações, né (Marta).*

As mulheres desejam parto normal e, para tanto, se dispõem a suportar a dor de parto.

*Começaram a induzir o meu parto e eu pensava que ia ser normal, por isso eu suportei todas aquelas dores, né (Sandra).*

Neste estudo, chama a atenção que nenhuma das mulheres explicita a expectativa de receber analgesia para eliminar a dor. A expectativa é de **serem submetidas à cesariana para livrarem-se da dor insuportável através da anestesia**, como sendo a única solução viável.

*Naquele momento eu já não sabia mais o que fazia, guria. Eu já estava a fim de arranjar um dinheiro emprestado prá fazer uma cesárea, qualquer coisa que me aliviasse aquela dor, né. ...há quatro noites eu já estava sem dormir, sem nada. Então eu achei que eu ia chegar ali, o médico ia fazer o exame e dizer: "- Não mãezinha, tu vai fazer uma cesárea." Mas não, ele mandou mais pro soro ainda. Eu sofri mais (Chiara).*

*Eles podiam ter visto isto antes dos dez dedos de dilatação, antes que eu sofresse tanto. Aí, depois de tudo isso disseram: "- Vamos ter que te operar." Eu disse: "- Ah, pelo menos as dores vão passar, né" (Sandra).*

As mulheres ao serem expostas a um trabalho de parto prolongado e doloroso, sem previsão de término, solicitam com veemência a cesariana. No entanto, nesse momento vivem uma experiência contraditória. Com a dor intensa percebem-se incompetentes para suportá-la, solicitando esta intervenção obstétrica, o que é confirmado por Maldonado e Canella (1988). Sentem-se frustradas porque suas expectativas de suportar a dor e ter um parto normal não se realizam.

Algumas mulheres expressam apreensão e medo quando lhes é indicada cesariana, porque acompanharam a vivência de outras mulheres ou ouviram o relato de complicações decorrentes desse procedimento cirúrgico.

*Eu não esperava que eu ia ter cesárea. Olha, eu fiquei nervosa porque tive três experiências na minha família, né. A recuperação delas não foi muito boa, né. A minha irmã, ela teve o meu sobrinho aqui no Clínicas. Aí meu sobrinho passou da hora de nascer e fizeram uma cesárea às pressa e parece que ela também pegou infecção hospitalar. O gurizinho nasceu*

*cheio de problemas até hoje, né. Ele não fala, ele não caminha, tem convulsões seguidas. Eu fiquei com medo também da cesárea por isso, porque me lembrei dela, né. E a minha mãe e a minha irmã tiveram também a recuperação muito horrível depois da cesárea, né. Porque delas também rejeitou um ponto, então das três, elas tiveram que se recuperar tudo assim em casa e com a barriga aberta, fazer sempre os curativo, né. Então eu fiquei apavorada! Imagina se acontece comigo e depois não consigo cuidar do nenê direito... (Andréia).*

Mesmo livrando-se da dor através da cesariana, **sentem**

**ressentimento por passarem longo período de sofrimento sem que a equipe intervenha para aliviá-la.**

*...me deu uma raiva porque eles fizeram eu passar por tudo aquilo, sabe. Tá certo que eles queriam o melhor prá mim, eles queriam que o nenê nascesse normal, mas eles podiam ter visto que o nenê não tava nascendo antes (Sandra).*

Além da frustração por não terem o parto normal esperado, o que favoreceria a aceitação da dor, as mulheres **sentem-se frustradas por submeterem-se à cesariana e continuarem sofrendo dor decorrente da cirurgia**. Essa frustração e o desconhecimento sobre o processo de parturição levam as mulheres à desconfiança de erro médico.

*Então eu já estava sem força, nem prá ganhar o nenê mesmo. Mas eu passei todo aquele sofrimento, os quatro dias, mais as cinco horas que eu fiquei no soro e agora vou ter que cuidar da cesárea, igual a normal. Que nem diz as pessoas, quando a gente faz uma cesárea a gente sofre depois por causa da dor, tu tem que ter mais cuidado com o ponto, tudo, né. Então eles se basearam errado (Chiara).*

Parece evidente que prolongados períodos de dor, com forte intensidade e sem acolhimento que promova alívio, levam as mulheres a uma experiência de exaustão, sono e estresse, que também é compartilhada pelo marido. As dores das contrações provocam medo de parir. Para Ziegel e



Cranley (1985), uma grande tensão emocional pode exacerbar os desconfortos do trabalho de parto, podendo inclusive alterar o seu curso e impedir a sua evolução.

*E dava uma atrás da outra assim, dez em dez minuto vinha mais fraca, vinha forte mas fraca. Então das outras gravidez não foi nada disso. Então eu fiquei com medo também daí de ganhar, daí já comecei com um tremelique todo na cama. Eu disse: "- Será que a minha pressão tá alta? Não, é eu que tô querendo ficar exausta." Porque eu já estava cansada, com sono (Carmem).*

Benzecry e Cerruti (1998) destacam a importância do preparo da parturiente tanto no pré-natal como na parturição. Afirmam que é importante estimular a modificação da atitude psicológica da gestante e a criação de ambiente de confiança e de serenidade, para que possam vivenciar o ato de parir com tranqüilidade. Consideram, ainda, que o medo da dor é consequência de três fatores: sugestão de terceiros, desconhecimento da morfologia e funcionamento dos órgãos genitais e dos eventos da parturição e, por último, falta de amparo psicológico durante o parto, que provoca nas mulheres sentimento de solidão.

Para os mesmos autores, é importante os profissionais estarem alertas para os efeitos que a dor intensa pode causar nas parturientes, tanto de natureza psicológica como fisiológica. O aumento da tensão arterial, do consumo de oxigênio e da liberação de catecolaminas pode afetar o fluxo uteroplacentário. Há evidências da influência da anestesia peridural na redução de tais efeitos reflexos (ibidem).

Para Benzecry e Cerruti (1998, p.283), os profissionais devem avaliar a indicação do uso de medicações analgésicas e da anestesia regional e "...não

deve, entretanto, abusar da resistência psíquica da paciente", considerando suas características pessoais e o processo doloroso que vivem. Para os autores, a não-utilização da analgesia peridural, do fórceps e da cesariana, quando indicados, caracteriza uma falha.

As mulheres referem que os profissionais desconhecem e desconsideram sua história pregressa de dor, desde o início do trabalho de parto até chegarem ao Pré-parto, centrando a assistência somente a partir do momento em que elas internam no Centro Obstétrico.

Esta situação revela a distorção de um processo que tem conexões importantes antes, durante e depois da parturição. Provavelmente, uma investigação prévia sobre a vivência pregressa possa ajudar os profissionais a reconstruírem o processo na íntegra e, conseqüentemente, proporcionar um acolhimento melhor às mulheres quando estas vivenciarem as sensações dolorosas do parto.

*Então eu acho que de repente também a gente não pode só se basear que as coisas podem acontecer normal só porque é um parto normal, porque a pressão estava boa, tudo né. Tem que ver desde que ponto e até que ponto que eu estava sofrendo, até onde eu ia agüentar. Porque eu não agüentava mais. Não ia dilatar nunca e eu podia ficar mais duas horas, mais um dia ali no soro e não ia agüentar. Eu achei que eles se basearam mais na técnica do que no sofrimento que eu estava sofrendo, né (Chiara).*

As mulheres aceitam serem submetidas à cesariana para se livrarem da dor e garantirem a sua sobrevivência e a do bebê. A atitude de aceitação a esse procedimento é, também, acompanhada de submissão aos desígnios divinos. As mulheres se entregam com confiança a essa decisão que, segundo seu modo de ver, é previamente tomada pela divindade, de

acordo com a máxima "Deus sabe o que faz".

No que diz respeito à dimensão espiritual, as mulheres e os maridos solicitam e confiam no auxílio divino para superar a dor através da oração. No estudo de Gualda (1994), está presente idêntica significação dessa dimensão espiritual.

*Daí meu marido botou o guarda-pó e ficou ali o tempo todo comigo conversando e pedindo a Deus prá dor passar de uma vez (Chiara).*

Na perspectiva de Chiara, Deus é um parceiro do processo de parturição, especialmente no momento das contrações dolorosas. O significado cultural-religioso da dor é expresso por Sandra, ao considerá-la como uma forma de punição pelos pecados cometidos. A vivência da dor representa um caminho para a sua purificação e, por essa razão, valoriza o seu sofrimento.

*Foi brabo. Uma experiência traumatizante. Acho que eu paguei por todos os meus pecados que eu fiz nessa vida. Cada vez que uma mulher põe um filho no mundo eu acho que ela se purifica (seus olhos lacrimejaram), ela se torna um anjo de novo. Acho que Deus perdoa ela por todos os pecados dela. É por isso que eu tô feliz. Tô um pouco renovada, né. (Sandra).*

As mulheres não apreciam a indução do parto com ocitocina pois as contrações tornam-se muito dolorosas. Essas contrações provocam medo de parir, tremores, cansaço e sono.

*Dá uma ansiedade porque as contrações vinham forte, ia e vinha pouquinho sabe, fraquinha. E dava uma atrás da outra assim, dez em dez minuto vinha mais fraca, vinha forte mas fraca. Então das outras gravidez não foi nada disso. Então eu fiquei com medo também daí de ganhar, daí já comecei com um tremelique todo na cama. Eu disse: "- Será que a minha pressão tá alta? Não, é eu que tô querendo ficar exausta." Porque eu já estava cansada, com sono. Eu disse: "- Ai, não aguento mais, como é chato tu ser induzida" (Carmem).*

Neste estudo, as mulheres toleram pouco a monitorização ante parto (MAP) quando estão com contrações dolorosas. As duas cintas que compõem o monitor tornam-se desconfortáveis durante as contrações.

*Aí eu dizia prá ele (marido): "- Eu vou tirar esses aparelho!" Eles botaram uns aparelho (MAP) prá ouvir o coração do nenê e eu estava apavorada. Já queria tirar os aparelho de tanta dor, né (Chiara).*

Pela análise e interpretação das falas das mulheres em sua vivência no Pré-parto, constata-se que a dor de parto e a relação profissionais/parturientes são os conteúdos mais importantes que emergem nesta situação. Se a valorização do acolhimento aparece na trajetória das mulheres desde a entrada no hospital como um fator relevante, neste momento ele assume relevância maior.

A violência vivida pelas mulheres durante o trabalho de parto caracteriza-se como não-acolhimento interpessoal e técnico, que priva as mulheres de um atendimento humanizado. Ela se constitui em outro fator que exacerba as sensações de dor.

Ziegel e Cranley (1985) acreditam que o comportamento dos profissionais durante o trabalho de parto depende da importância que atribuem à tensão emocional e ao desconforto físico vivido pelas parturientes. Além disso, para Carpenito (1997), a incapacidade de controlar a dor dos pacientes provoca nos profissionais sentimentos de frustração e de inadequação. Talvez esse fato possa explicar os comportamentos que expressam violência como rejeição, desconsideração e negação de informações. A fala de Marta confirma esse fato, vivido na parturição anterior.

*E eu me lembro da outra vez que eu tremia, uma médica me deu um tapa na perna. Era prá mim parar de tremer que isso não ia adiantar em nada. Aqui, ele e as gurias (médico e enfermagem) também, disseram assim: "- Pode tremer à vontade, não te preocupa com nada. Eu sei que não é, não é fácil... é difícil prá ti. Pode ficar assim, sei que é dolorido que tu senti dor mas isso vai passar. Tenha calma." Gostei assim do trato, do tratamento, né, deles, da atenção que eles deram, né. Isso que não dá para esquecer. E o nascimento dela, né, foi maravilhoso também (Marta).*

Quando as mulheres encontram-se na fase de transição da dilatação cervical (8-10 cm), podem apresentar tremores de membros inferiores e não conseguem relaxar (Burroughs, 1995). Parece que esse conhecimento não foi considerado no atendimento a Marta. A violência que viveu naquela experiência de parturição, ficou marcada em sua lembrança e influencia seu comportamento durante a presente parturição. A compreensão do médico frente a sua manifestação à dor, nesta parturição, deixa Marta satisfeita.

Segundo Maldonado (1997), o maltrato à parturiente pode gerar descontrole e pânico

o atendimento vivido pelas mulheres com a presença de violência física, psicológica ou institucional são caracterizadas como não acolhimento, sendo identificadas em suas falas durante a trajetória de parturição. Não-intemar no hospital escolhido e no momento em que sentem-se inseguras, priorizar o atendimento burocrático em detrimento do acolhimento interpessoal são algumas formas de violência identificadas neste estudo.

Acredito que essa violência não ocorra com a mesma intensidade com as mulheres que possuem atendimento particular ou convênio de saúde. Elas estabelecem o vínculo com o médico durante a gestação, portanto, sabem quem vai atendê-las e ainda têm garantia do hospital onde ocorrerá o parto. A

partir de sua admissão no hospital, contam com a presença contínua do médico durante a parturição, lhes é assegurada a companhia do marido durante o trabalho de parto e parto. Para o alívio a dor de parto têm à disposição procedimentos não farmacológicos e farmacológicos, incluindo a anestesia. Com isso, têm maior garantia de atendimento humanizado. Neste sentido, a equidade no atendimento inexistente entre essas mulheres e aquelas usuárias do Sistema Único de Saúde. A ignorância quanto aos seus direitos e a dependência ao poder dos profissionais tornam as mulheres atendidas pelo SUS submissas e passivas quando vivem tais situações.

No entanto, outra estratégia disponível para suprimir a experiência dolorosa das mulheres que possuem atendimento particular ou convênio de saúde é a cesariana eletiva, a qual impede o parto normal intervindo num processo que poderia ser natural. Neste caso, a cesariana tem sua função desviada pois sua utilização é indicada em situações de risco para a mãe, para o bebê ou para ambos. Portanto, seu emprego indiscriminado e desnecessário artificializa o processo de parturição, não impedindo que as mulheres e seus bebês vivenciem uma situação marcada pela violência.

As mulheres desta pesquisa fazem queixas a respeito da ausência de intervenção para reduzir as dores do parto e sobre o sofrimento que vivem durante a parturição. Isso caracteriza um atendimento desumanizado e, portanto, com violência. Nesse sentido, pode-se afirmar que o acolhimento não é propiciado às mulheres que vivem o sofrimento das dores do parto.

Assim, utilização de métodos não-farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor pode proporcionar às mulheres um parto gratificante e

humanizado. No entanto, há necessidade de se superar os valores da cultura judaico-cristã de que a felicidade só pode ser merecida como decorrência do sofrimento e da punição.

Parece ser a obstetrícia um dos raros campos da medicina em que a dor é pouco considerada, daí decorrendo a quase ausência de intervenção no sentido de reduzi-la. Isso me leva a refletir sobre a concepção de normose de Weil (2000) em relação ao não acolhimento à dor.

Na perspectiva do SUS, pode-se pensar que ocorre uma convivência dos profissionais em relação ao valor que é atribuído à dor na cultura da maternidade. Mas é fundamental que as rotinas do hospital e o atendimento dos profissionais considerem as repercussões para o bebê e para a mãe ao viverem uma situação estressante e traumática causada por uma dor intensa. Nos dias atuais, com a evolução da tecnologia e do conhecimento, parece que esse tipo de sofrimento não mais se justifica.

#### 4.2.2.4 Na Sala de Parto

Na Sala de Parto, as mulheres vivenciam o penúltimo estágio de sua trajetória à parturição. Em um período mais curto de tempo, é exigido um novo processo de adaptação ao ambiente e aos profissionais.

Neste setor, as mulheres valorizam o acolhimento interpessoal, técnico e institucional interligados. Isso reforça as orientações da Organização Mundial da Saúde (1996) quando propõe que os profissionais que prestam assistência obstétrica devem desenvolver junto às parturientes tanto tarefas técnicas como de apoio emocional, com competência e delicadeza.

Desde o momento em que entram na Sala de Parto, **desejam ser**

aceitas, receber atenção e informação, expectativas de atendimento que estão presentes antes mesmo de sua internação no hospital e que as acompanham no puerpério imediato.

o desejo de ser aceita assume características peculiares na vivência do parto. A aceitação está alicerçada no processo de empatia dos profissionais, o que lhes possibilita compreender a vivência da dor e, conseqüentemente, aceitar as manifestações das mulheres. Além disso, a empatia possibilita que os profissionais compartilhem do significado que o nascimento assume para as parturientes.

Para muitas mulheres, o nascimento vai além do ato biológico.

*Eu gostaria muito que a gente conseguisse ter uma forma da criança nascer sem tanto sofrimento. Eu leio muita coisa a respeito, tem muitos tipos de partos, como parto na água, parto assim, parto assado. Não sei se num hospital público tu consegue chegar a uma evolução dessa. Mas alguma coisa um pouco mais humana. Eu acho uma coisa tão forte tu nascer com aquela luz, com aqueles gritado, com aqueles corte, com aquela bagunça, com aquela correria. Não sei se é possível mas eu gostaria que fosse diferente. Eu acho que talvez fosse melhor prá gente, depois que a gente chega a uma certa idade que a gente não sabe porque de tantas coisas que a gente é e o que a gente faz. Talvez isso seja conseqüência e a gente nunca levou muito a sério, né (Estela).*

o nascimento de um filho é um momento que tem significação muito especial para Estela. Distingue-se das demais mulheres pela sua compreensão essencialmente humana do nascimento. Mostra que o acolhimento vai além da satisfação de suas necessidades pessoais, pois vê o parto como um momento de sofrimento também para a criança. Preocupa-se com as repercussões desse momento sobre o futuro emocional do bebê. Suas preocupações são confirmadas pelos estudos de Grof (1987).



A concepção de Estela implica na exigência de acolhimento institucional, técnico e, principalmente, interpessoal integrados que promovam atendimento humanizado. **Indica a penumbra, o silêncio e a tranquilidade como condições indispensáveis para uma criança ser recebida,** preocupada com as possíveis repercussões futuras de uma experiência traumática de nascimento. Isso coincide com o pensamento de Odent (1984), que afirma ser o parto ideal aquele que ocorre num ambiente que proporcione às mulheres privacidade, intimidade, calma, liberdade para que tenham seu parto na posição desejada e com a presença do acompanhante de sua escolha. Para Odent (2000), as experiências precoces durante a vida fetal e no período em torno do nascimento podem determinar a capacidade das pessoas para amar a si próprias e aos outros.

A concepção de parto de Estela inclui atendimento referenciado pelo discurso emergente no modelo holístico de parto (Davis-Floyd, 1994).

A vivência do parto é um momento crucial que exige parceria compromissada entre as mulheres e os profissionais. Nesse momento, as mulheres reúnem e investem toda sua potencialidade para parir, apoiadas no acolhimento interpessoal e técnico com um único objetivo: o nascimento de seu bebê. Quando isto não acontece ou se dá de modo insatisfatório, as mulheres classificam-nos como inadequados, por frustrarem suas expectativas.

As mulheres **desconhecem o nome dos profissionais** que lhes assistiram. A identificação dos profissionais às parturientes, informando nome e função, pode ser um primeiro passo de acolhimento interpessoal. Este é um dos princípios básicos nas relações interpessoais, que nem sempre acontece.

*Eu não soube o nome do médico e acho isso importante porque se eu tiver que voltar e ganhar outro filho, eu não ganharia (riso) com ele. Com certeza (riso) (Miguelina).*

*E na hora da cesariana também faltou mais contato da médica que tava fazendo a minha cesariana. Depois eu nem fiquei sabendo quem foi a médica que fez a cesariana. Não fiquei sabendo nem antes, eu nem vi ela antes, nem vi depois. Então até hoje não sei quem fez a cesariana em mim (Sandra).*

A atenção dos profissionais é expressa pelo respeito, consideração e, principalmente, valorização durante o acolhimento. As mulheres esperam a presença qualificada, a ajuda, a comunicação, e que mostrem o bebê logo após o nascimento para o marido. Valorizam a presença qualificada dos profissionais na Sala de Parto, que é identificada pela demonstração de interesse genuíno.

*Mas aí então prá mim naquela hora ali, eu gostei do atendimento deles. O anestesista, o tempo todo colado conversando comigo prá eu não ficar nervosa, as médicas, também, as pediatras. Aí, na hora ali, foi tudo bem também (Andréia).*

Para as parturientes, demonstrar interesse inclui a coleta de dados sobre sua história de saúde e seu bem-estar. Encorajá-las durante o período expulsivo, elogiar seu comportamento, seu parto e seu bebê, falar de assuntos que distraiam *elou* façam rir, reduzem a intensidade da dor e tranqüilizam-nas.

*Acho que eles me trataram muito bem, conversaram comigo e perguntavam se esse nenê era bem desejado, fizeram umas pesquisa, perguntaram, tentaram se informar bem sobre a minha saúde, sobre a do bebê, se eu fumava, essas coisas tudo, né. E graças a Deus saiu tudo bem, mas é muito bem interessado com a gente. Eu acho que é um dos primeiros hospitais que se interessam mais pela pessoa mesmo, pelo paciente, acho que é aqui (Chiara).*

Algumas mulheres percebem a atenção recebida como similar à

atenção materna. O apoio amigável por parte dos prestadores de serviço à parturiente é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (1996).

*Aí ela ficou ali conversando comigo o tempo todo. Ai, tão boazinha, parecia que era mãe (riso) que estava ali comigo. Porque nessa hora a gente quer ter a mãe da gente, né (Chiara).*

Para Marta, carinho e atenção é o médico aliviar sua tensão enquanto realiza o parto.

*É que no momento que tu tá fazendo o parto, tu tá conversando com a mãe prá tentar acalmar. É assim que ele (o médico) fazia. Ele brincava, conversava comigo, né e fazia eu me ri prá não ter que tá sentindo tanta dor. Então ele fazia o parto, agarrava a minha mão, fazia as gurias (profissionais de enfermagem) ficá ali comigo, né. Então foi isso a atenção que ele deu. Não se preocupou só no parto, se preocupou em me acalmar junto. Então fez as duas coisa, me acalmava e fazia o parto dela junto. Daí depois a placenta demorou uns vinte minuto prá sai e ele dizia assim: "- Não, isso é normal, não te preocupa, não te assusta com nada. Isso é normal. Ela demora um pouquinho prá sai. n Daí ele foi conversando, mudando de assunto e perguntando o nome dela coisa assim, né. Dizendo assim: "- Ah como é bonitinha!" Foi me distraíndo, né... prá mim não ficar só pensando em coisas ruins, foi me distraíndo ali, né. Foi isso que eu gostei no atendimento (Marta).*

Fica evidente na fala de Marta que as mulheres esperam atendimento técnico e interpessoal simultâneos.

As mulheres percebem o ambiente de aprendizagem e a falta de privacidade em consequência da superlotação. Isso quer dizer que estão alertas ao número de pessoas, tentam identificar o cargo de cada uma, controlam suas atividades, assim como suas expressões fisionômicas.

*...eu percebi que tinham dois grupos. O grupo das pessoas que estavam aprendendo, por isso que talvez tivesse bastante gente. Porque tinha as pessoas que diziam assim: "- Ó fulana, isso daqui em tal momento tu tira. Isso daqui em tal momento tu repõe. Isso daqui a médica vai usar em tal momento. n Então*

*tinha os alunos e as enfermeiras. Tinha os alunos que estavam atendendo e cada um tinha a sua posição bem definida. E foram lá e executaram. E tinha uma que eu acho que era responsável pela comunicação, que ia verificava como tava o bebezinho e vinha me dizer. No mais assim eu percebi que tinham várias pessoas com várias funções. Todos sabiam o que estavam fazendo (Estela).*

As mulheres percebem a presença dos acadêmicos como "o grupo de pessoas que estava aprendendo", sob supervisão. Essa presença, apesar de muitas vezes invadir sua privacidade assume, ao mesmo tempo, papel importante no atendimento.

O respeito à privacidade no momento do parto é valorizado pelas mulheres como um modo de atenção.

*Outra coisa também que eu achei estranha foi que no momento do meu parto tinham as duas pacientes de frente prá Sala do Parto. Não tiraram elas dali e elas assistiram todo o meu parto. Isso aí eu já achei errado da parte do hospital. Eu acho que tinha que ter tirado as pacientes dali e não ter deixado assistir uma cena daquelas assim porque já sentiu dor, passou por tudo aquilo, porque elas já tinham ganho né. Elas estavam ali já prá ser levada prá sala de recuperação e deixaram elas no meio do caminho. Ficaram na frente da porta e assistiram tudo! Ouviram tudo o que eu falei. (Miguelina).*

O direito das mulheres à privacidade deve ser respeitado, mantendo-se o número mínimo essencial de profissionais na Sala de Parto (OMS, 1996).

A atenção concretizada pela ajuda é percebida quando as mulheres são auxiliadas na transferência da maca para a mesa de parto ou na realização da prensa abdominal, durante o período expulsivo.

No momento da passagem da maca para a mesa de parto, referem dificuldade para fazê-lo, devido à concomitância das contrações dolorosas e

dos "puxos"<sup>15</sup> involuntários, próprios desse período. Para elas, profissionais com força física suficiente poderiam auxiliá-las na passagem para a mesa de parto, isentando-as desse esforço.

*Quando eu cheguei na Sala de Parto tive que passar para outra cama. Isso é uma das coisas que me deixou agoniada, ter que fazer sozinha com pouca ajuda. Devia ter um enfermeiro que fosse prá ajudar numa hora que eu já cheguei muito fraca (Estela).*

A transferência em maca é muito comum na maioria das instituições hospitalares. Essa transferência causa desconforto às mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), o trabalho de parto normal pode ocorrer na própria Sala de Trabalho de Parto, não havendo necessidade de transferir a parturiente para outra sala quando se encontra em período expulsivo.

Durante a prensa abdominal, a ajuda dos profissionais às mulheres é importante.

*...eles podiam ter um pouco mais de iniciativa na hora de auxiliar no caso a mãe que tá ali. Na verdade não é muita coisa, é só forçar um pouquinho a cabeça, as pernas e evitar o sofrimento prá tantas pessoas que, provavelmente, passam por isso. Acredito que não seja só eu que seja assim "fiasquenta" chega lá na hora e perde as força, talvez mais gente passe por isso (Estela).*

A ajuda dos profissionais com prontidão é valorizada. Do mesmo modo a prontidão com que as mulheres são atendidas em suas solicitações.

*Chegou na hora que ela estava começando a fazer a força prá nascer, eu disse pro médico: a- Pára aí. Me ajuda doutor, me ajuda que o meu filho tá nascendo!" Ele estava lavando as mãos bem devagar, olhando prá mim, botou a luva na mão, botou a máscara (Miguelina).*

<sup>15</sup> Na linguagem obstétrica, "puxo" caracteriza-se pela vontade involuntária das parturientes de empurrar, de fazer força para o bebê nascer. Isso ocorre pela pressão do saco amniótico ou pela apresentação fetal sobre o colo dilatado e que por sua vez pressiona o reto.

Não atender o apelo das parturientes com prontidão, provoca insegurança. Elas podem entender isso como desconsideração, desrespeito ou desatenção. Essa situação pode ser ocasionada pela falta de um profissional exclusivo que permaneça junto a elas durante o período expulsivo.

As mulheres sentem-se consideradas e valorizadas quando recebem informação sobre o que está acontecendo no momento do parto. Querem participar, serem científicas das ocorrências.

Além de receberem informações sobre a evolução do parto, as mulheres também desejam orientação sobre o que fazer.

*o que mais me marcou foi que em vez de ajudar, de explicar ou perguntar se eu sabia o que fazer, eles me disseram o que eu não devia fazer, antes de perguntar ou de dizer o que eu devia fazer. Na Sala de Parto foi bastante tenso porque mesmo a gente tendo outro bebê, já tendo experiência, eu acho que naquela hora a gente não consegue lembrar (riso). Eu acho que se tivesse alguém que lembrasse né, o que a gente devia fazer, como devia ser... ajudaria bastante. Mais e o resto depois foi legal... quando se deram por conta, eu acho, né de que eu não sabia o que fazê... perguntei quando eu ia fazer (fazer a força). Daí explicaram, daí foi legal... (Lúcia).*

As mulheres reforçam a importância da orientação sobre o que fazer no período expulsivo, mesmo aquelas com vivência prévia. Elas relatam que esqueceram ou que não receberam orientação anterior. Pré-julgar o conhecimento das mulheres sobre o parto pelo fato de já o terem vivenciado pode impedi-las de participar.

*Foi prá mim como se fosse o primeiro. Inclusive na hora de tá ganhando eu comecei sentir as cólicas, dores depois de ter ganhado. E a médica perguntou: "- Mas não é o teu terceiro filho? Como é que tu não sabe das cólicas"? E eu respondi: "- Eu não sei como é que eu não sei" (Estela).*

A Organização Mundial da Saúde (1996) confirma essa expectativa das

mulheres ao destacar que a informação e a explicação são tarefas de apoio dos profissionais que atendem o parto.

As mulheres esperam receber orientação quando se transferem da maca para a mesa de parto, para evitar que o bebê nasça durante essa passagem.

*Daí no começo eu comecei a ficar nervosa, eu comecei a gritar (risos), não ia adiantar, né. É que eu tava com dor e eu não podia fazer força ainda né, sem me colocarem na mesa. Daí eu fiquei um pouco decepcionada porque me disseram: "- Se tu gritar não vai adiantar. " Mas se eu não podia gritar (risos), eu ia fazer força e o bebê ia nascer, e não podia nascer naquele momento. ...eu não sabia o que fazer porque o bebê já tava forçando né, e eu não conseguia... e eu não podia fazer força e eu não sabia o que fazer prá não fazer força prá que ele não nascesse e prá segurar, né, porque tava doendo muito... Eu esperava que alguém fosse me explicar: "- Bom, tu faz tal coisa prá ti consegui pelo menos passar da maca prá mesa de parto. " Daí foi um pouco assim meio decepcionante (Lúcia).*

É evidente o desconforto físico, a decepção e a insegurança de Lúcia por não receber orientação no momento dessa transferência. Por desconhecerem o que fazer ou por sentirem dor, as mulheres gritam durante o período expulsivo e isto não é aceito pelos profissionais como já referido anteriormente.

Miguelina também vive uma orientação contraditória e falta de informação sobre como proceder.

*No que ele terminou de colocar a máscara, não colocou nem o avental, porque a criança já estava quase caindo (riso). E ele gritou comigo: "- Não! Espera! Espera a pediatra!" Ora, a criança tá nascendo, não tem como segurar, a dor é horrível e ele "Espera a pediatra?" Eu entrei em pânico, né. Aí comecei a ficar nervosa, comecei a suar frio, a tremer porque eu não sabia o que fazia, não sabia se segurava, se eu fazia força (Miguelina).*

As contrações uterinas de forte intensidade e os "puxos" causam nas mulheres uma necessidade involuntária de forçar, de empurrar para baixo, o que favorece a expulsão do bebê. Chama atenção a atitude do profissional ao solicitar à Miguelina que suspenda a ação involuntária, sem informar a atitude indicada para minimizar tal sensação. Ela recebe uma ordem médica de interromper o processo de parturição que não pode cumprir. O médico não considera o processo fisiológico que ela vive, o que caracteriza uma situação vivida como não acolhimento.

Constata-se que as mulheres têm que se adaptar às rotinas do serviço ao invés dos profissionais atenderem às necessidades delas, especialmente no momento dos "puxos", em que não têm possibilidade de controlá-los e de impedir a continuidade do processo de expulsão do bebê.

Provavelmente, nessa situação, caso o bebê nasça sem a assistência prevista, resultando em complicação, a responsabilidade é atribuída à parturiente, e não aos profissionais, pela sua incompetência em não controlar os "puxos". Como decorrência, a parturiente se sentiria culpada por esse acontecimento.

O sentimento de culpa é vivido por algumas mulheres na Sala de Parto quando ocorrem falhas em seu desempenho. Na fala de Estela, é evidente quando refere medo de perder o bebê. Ela aponta a falha em seu desempenho como o motivo gerador de culpa.

*Então acabou acontecendo de ela passar um pouco da hora e eu não consegui fazer força na hora de ganhar, ela. Me sinto meio culpada por ela ter sofrido. Na hora de ganhar, a médica dizendo: a- Puxa! Faz força e puxa!" Eu não conseguia nem me segurar naquele ferro. Na hora me deu um pavor. Até agora ainda ela soluça. ...ela sofreu bastante na hora do parto,*



*nasceu bem pretinha e eu olho prá ela: "- Desculpa minha filha. Desculpa." Um sentimento estranho de culpa (Estela).*

Pelas falas das mulheres, percebe-se que elas entram no hospital com a expectativa de que o **processo de parturição seja compartilhado** e que tenham os **profissionais aliados com compromisso e com competência técnica**.

No entanto, assumem a responsabilidade individual pelo nascimento do bebê com comprometimento físico, identificando como causa desse resultado sua incapacidade de parir, de acordo com o modelo social esperado. Com essa compreensão, são responsabilizadas por um processo que não depende exclusivamente de si próprias mas, também, da competência dos profissionais. Para Davis-Floyd (1987), no modelo tecnológico do nascimento, quando algo sai errado, a culpa é da mulher. Nesse sentido, Osava (1997) confirma que em nosso meio hospitalar, a estratégia de acusar as mulheres quando algo vai mal é muito comum porque ninguém questiona as condições de seu parto. Verifico em minha experiência profissional, que esta estratégia eventualmente ocorre.

A culpabilidade das mulheres é histórica e mantida pela sociedade por mecanismos de inculcação social. Ao assumirem culpa individual, a própria sociedade se isenta da responsabilidade de oferecer as condições indispensáveis para que esse processo se desenvolva dentro dos padrões esperados. Sabe-se que as complicações que podem acontecer ao bebê independem das mulheres. Os fatores que podem interferir nesse resultado encontram-se no contexto sociocultural em que a mulher está inserida ou no próprio contexto hospitalar, conseqüência da baixa resolutividade, inadequação de procedimentos e condutas, entre outros. O que se constata é que muitas

iniciativas que devem ser do próprio hospital deslocam-se para as mulheres, que passam a pressionar e a lutar para que suas necessidades sejam atendidas.

**Está explícito nas falas das mulheres o tratamento desrespeitoso** que vivem na Sala de Parto quando os profissionais gritam ou quando não se dispõem a responder seus questionamentos ou não fornecem as informações solicitadas.

*Na hora de levar os pontos é que foi terrível porque eu perguntei prá médica se demoraria muito. Ela disse que sim. Aí eu perguntei o que era muito, prá mim ter uma noção mínima assim: "- Dez minutos?" E ela: "- Mais." Eu disse: "- Meia hora?" E ela ficou um pouco irritada comigo e disse que ela não tinha que me dizer. Aí eu perguntei quantos pontos mais ou menos. Ela disse que não sabia e que ela não tinha que me dizer aquilo. Aí eu comecei a chorar de novo porque eu me senti fragilizada de novo né, já tive aquilo né, e aí ela fala comigo daquele jeito assim. Eu achei desnecessário. Apesar de eu compreender que num hospital público né, com muitas pessoas com uma super lotação, sempre tem uma fila de espera enorme, tu não tem tempo prá ficar entrando em pormenores. Mas eu achei que ela poderia ao menos não ter sido estúpida (Estela).*

Estela vive uma forma de violência ao ser tratada com estupidez e, portanto, com rejeição e desrespeito.

Segundo Gauderer (1998), o poder médico traz consigo um status especial e prestígio único. Afirma que o profissional de saúde tem como motivação inconsciente de seu exercício profissional, o poder de sarar, curar e ajudar. O abuso desse poder pode se expressar pela falta de discussão mais ampla com o paciente sobre o seu estado de saúde, por se sentir ameaçado ao ser por ele questionado e pela radicalização, ao decidir sozinho o que é melhor para o paciente.

O parto pode ser um momento estressante também para os profissionais, pela preocupação com o bem-estar físico da mãe e do bebê. Além disso, na maioria das vezes, são os residentes e acadêmicos que atendem ao parto. Como aprendizes, nem sempre têm a habilidade técnica, a segurança e a tranquilidade suficientes para fazê-lo. Isso os leva a centralizarem sua atenção em aspectos fisiológicos da parturição. Esquecem os aspectos subjetivos das parturientes, que podem ser afetados negativamente pela sua atitude. E isso é percebido pelas mulheres, como na fala de Estela.

*Mas eu acho que ela poderia ter falado de um jeito diferente. Isso assim prá mim foi traumatizante. Por isso que eu fiquei tão angustiada com esse parto. Poderia ser mais equilibrado a informação. As pessoas têm o direito de saber na Sala de Parto... As pessoas falavam comigo como se eu fosse um objeto que tava numa linha de produção e que tava passando por um estágio que todos passam, todos vão passar e tem mais é que ficar quieta prá não atrapalhar os que tão atrás. Isso me deixou muito angustiada nesse caso, né (Estela).*

**As mulheres reconhecem o direito à informação e ao atendimento cortês e respeitoso.** Quando esse acolhimento interpessoal não ocorre, sentem-se desrespeitadas, desconsideradas e traumatizadas, pois os profissionais não respondem às dúvidas e aos questionamentos e as tratam com violência. Alguns profissionais são insensíveis ao momento que as parturientes estão vivendo e, pelas suas atitudes de rejeição, desatenção e de omissão da informação, potencializam os medos e as inseguranças das mulheres. Isso pode ser explicado pela formação dos profissionais da saúde apoiada no modelo tecnológico do nascimento e pela falta de consciência e de conhecimento de novas tendências na área da obstetrícia, que são baseados

em paradigmas emergentes.

Estela se percebe como um produto em uma linha de produção fabril, como uma máquina e não um ser, em função do atendimento que recebe. Critica a ênfase exagerada em aspectos fisiológicos e técnicos, em detrimento de aspectos psicossociais. Percebe que os profissionais super valorizam o nascimento de seu filho como um problema técnico o que, segundo Helman (1994), constitui-se em uma das características do nascimento da cultura ocidental. A percepção de Estela encontra ressonância no modelo tecnológico que é analisado nos estudos de Davis-Floyd (1987). Para essa autora esse modelo, na obstetrícia, é baseado na perspectiva cartesiana do corpo como uma máquina que concebe os profissionais da saúde como técnicos ou mecânicos que manipulam o corpo da mulher para produzir o bebê perfeito. As mulheres são consideradas incapazes de produzir esse bebê sem a sua assistência tecnológica, sendo tratadas apenas como um meio pelo qual se dá o nascimento do bebê. Em decorrência, a equipe de profissionais centraliza sua preocupação no bem-estar fetal.

Além do acolhimento interpessoal, as mulheres **percebem quando os profissionais têm competência técnica para atender o parto** tomando decisões que cada caso exigir com prontidão e resolutividade.

*Lá eu fui super bem atendida. Cheguei, foi rápido, tudo rápido. Me deitaram, já passei prá mesa de cesárea, já veio o anestesista, já aplicou a anestesia e já... em seguida... já... acho que não levou vinte minutos eu já tava com o nenê. E rápido assim a cesárea, não é uma coisa tão demorada. Parece que antigamente a cesárea levava uma hora. Agora é rapidinho. Tudo mais eficiente, mais... agilidade (Dora).*

As mulheres reconhecem a competência técnica quando os

profissionais decidem submetê-las à cesariana, realizando tal procedimento em um curto período de tempo.

**Elas esperam receber anestesia quando há indicação de parto com episiotomia.** Esta anestesia deve ser eficiente para o período da incisão e da sutura. Desejam, portanto, resolutividade na realização deste atendimento.

*Aí foi (pausa e suspiro), a parte que eu achei mais triste foi a parte de tomar a anestesia. Na verdade antes já, quando eu cheguei na hora antes de fazer as forças ali, a médica me anestesiou e me deu os cortes necessários prá poder sair porque ela é grandinha. Aí nesse momento eu já senti, eu gritava quando ela cortava porque eu tava sentindo os cortes. Eu acredito que tenha sido porque foi tudo muito rápido então não deu tempo de anestésiar e da anestesia fazer efeito prá mim não sentir o corte. Então ali já foi assim um susto prá mim. Eu senti aqueles cortes, eu não esperava por aquilo. E na primeira gravidez eu tive cortes, tive pontos também, mas eu não sentia. A anestesia funcionou na hora (Miguelina).*

Quando a anestesia não é eficiente o parto pode transformar-se em uma experiência traumática. Portanto, os profissionais precisam considerar os aspectos subjetivos da dor relatados pelas mulheres, visto que cada uma tem sensibilidade e reações diferentes à dor, como também necessitam avaliar a dose de anestésico a ser administrada, de acordo com as características de cada mulher.

As mulheres deste estudo que têm experiência prévia de parto vaginal **esperam ser submetidas à episiotomia** e, quando isso não ocorre, sentem-se surpresas e felizes. Marta e Miguelina surpreendem-se por não precisarem de episiotomia ou de sutura da laceração do períneo.

*Achei ótimo não precisar tá fazendo ponto e coisa assim, né. Ninguém acredita que eu não levei ponto. ...eu achei que uns pontinhos eu ia levar, né. Que aquela força que ela fez prá sair, né, achei que ia levar uns pontos ali, né. Achei assim maravilhoso, achei incrível mesmo (Marta).*

*Eu não recebi corte no parto. Da minha filha precisei ganhar um monte de pontos, né. Então eu imaginava também que fossem me cortar. Quando veio o médico e disse que eu não recebi nenhum ponto, aí subiu aquela alegria, né. Não vou ter preocupação de infeccionamento, nada. Super diferente! A sensação tri boa, sem corte é a mesma coisa que tu não ter nada. Isso nunca (riso) passou pela minha cabeça (Miguelina).*

Em nossa cultura, o parto vaginal é acompanhado de episiotomia. Isso pode ser considerado outra “normose”, segundo Weil (2000). A inserção rotineira da episiotomia na cultura do parto hospitalar é apontada por Riffel (1997) em seu estudo sobre este procedimento neste hospital. Atualmente, no HCPA busca-se eliminar a rotinização da episiotomia. Com isso, alia-se a proposta da Organização Mundial da Saúde (1996) que recomenda o uso limitado dessa intervenção somente quando há indicação para tal, pois não há evidências de seus benefícios quando o seu uso é rotineiro.

**Muitas mulheres sentem-se frustradas se submetidas à cesariana por terem a expectativa de parto normal.** Segundo Maldonado e Canella (1988) as mulheres podem sentir-se frustradas quando há quebra da expectativa relativa ao tipo de parto, como no caso de Andréia.

*E na hora da Sala de Cesárea então praticamente eu não vi mais nada direito. Prá mim, sinceramente, eu não gostaria de fazer cesárea. Porque eu acho que parto normal, além de ser melhor a recuperação, tu vê, também, o teu parto. Eu não vi nada, eu sinceramente, não gostei da reação porque foi muito rápido, rápido, rápido (Andréia).*

**As mulheres querem participar do processo de nascimento de seu filho,** quando submetidas a parto cirúrgico. Elas não são contrárias a este procedimento, desde que o atendimento lhes preserve espaço de participação durante o parto e de interação com o filho logo após seu nascimento.

Entre as razões das mulheres pela preferência ao parto vaginal à cesariana, é a possibilidade de verem o bebê nascer. Neste hospital, as mulheres submetidas a cesariana, na maioria das vezes, são impedidas de fazê-lo pois um campo cirúrgico é colocado para isolar a área operatória, bloqueando sua visão. Ver o nascimento de seu filho é um direito das mulheres, nem sempre concretizado.

Hentschel (1997) ao analisar os "Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno" - integrantes da declaração conjunta da OMS/UNICEF de 1989 - destaca que mostrar o bebê após seu nascimento às mães é um dos fatores que contribuiria para o sucesso da cesariana.

Entretanto, ver o bebê nascer durante a cesariana nem sempre é desejado por todas as mulheres.

*...da outra vez eu vi eles tirando o nenê e tudo. Porque vi eles passar a coisa né, o bisturi. E dessa vez não, dessa vez eles botaram o pano tapando para que eu não olhasse. Agora tá bem melhor, melhorou bastante, né (Magali).*

A preocupação com o bem-estar do recém-nascido, faz com que as mulheres queiram vê-lo imediatamente após o período de expulsão e receber informações sobre seu estado de saúde.

Mostrar o bebê à mãe é um componente do acolhimento interpessoal que as tranqüiliza, principalmente, quando há suspeita de alguma complicação.

*O nenê nasceu com problema né, já vi assim o nenezinho de longe que ela tava chorando, só que tava soluçando, tava se afogando, eu acho, com o líquido. Ela tava respirando líquido junto. Então o apgar dela no primeiro minuto foi de quatro e no quinto minuto foi oito. Então ela nasceu malzinha já, né. Eu já tive até que botá oxigênio também que eu já tava meio apavorada com o nenê. Mas aí me trouxeram: "- Ah dá um beijinho nela, mãe." Aí já me tranqüilizei (Sandra).*

*Aí em seguida que o nenê nasceu, ele nasceu chorando. O médico me deu notícia que ele estava muito bem e eu já fiquei mais calma, né. Que a minha preocupação como te disse, desde a semana passada, a minha preocupação toda era com ele. Toda, toda, toda, né. E gostei. E já veio a pediatra vê ele. Ela assim: "- Não, mãezinha, tu te acalma que tá tudo bem com o teu nenê, né". (Andréia).*

Se a expectativa de ter um bebê saudável e perfeito permanece da gestação à parturição, nada mais natural que as mulheres queiram certificar-se disso logo após o nascimento de seu filho (Maldonado; Canella, 1988). O nascimento de um bebê saudável representa, para as mulheres, o ápice de um processo de nove meses considerado agora, após o nascimento, como bem sucedido. Esse sucesso lhes outorga o direito ao reconhecimento social pela aprovação neste rito de passagem.

**Permanecer com seus bebês** na Sala de Parto, logo após o nascimento, não é uma expectativa de todas as mulheres. Justificam a atitude tanto pelo cansaço decorrente do trabalho de parto e sofrimento das dores do parto quanto pela sonolência e insegurança em deixar o bebê em seu colo.

*Depois me trouxeram um bebê lindo, maravilhoso... Botaram em cima, é um amor. Aí eu fiquei sonolenta. Fiquei muito sonolenta, daí o nenê foi pro berçário um pouco (Dora).*

*O nenê nasceu, aí já botaram o nenê no meu colo... Mas eu tava muito cansada assim com dor nos braços. Eu pedi prá tirarem né, porque eu tava com medo de deixar ela cair. E aí ela foi pro berçário... (Neusa).*

O estímulo do vínculo mãe e recém-nascido é importante (Maldonado; Canella, 1988), mas é indispensável os profissionais conhecerem os motivos pelos quais as mulheres não desejam permanecer com seus filhos. Com isso, evita-se os pré-julgamentos quanto à aceitação e à interação das mulheres



com seus bebês e, a imposição de um procedimento e/ou rotina considerados inadequados no momento.

**Mostrar o recém-nascido ao marido** imediatamente após o parto, ainda no Centro Obstétrico, é valorizado pelas mulheres como indicador de atenção do acolhimento interpessoal.

*Aí ficou ele que não me esqueço, não vou mais me esquecer o nome dele, do médico, o Antônio né, que me atendeu, as gurias também, que me atenderam muito bem depois ali, né. Ficaram ali em volta, tudo ali, aí pegaram ela já direto foram lá levar pro meu marido vê. Que é difícil né, tirá assim... nascê e levá na, na portaria prá eles verem né. Eles primeiro esperam, lavam, depois que levam ela né. Mas como ele (o marido) tava nervoso levaram ela prá lá (Marta).*

Gradativamente em nossa cultura emerge o valor de que o parto é um evento do casal, compartilhado pelas mulheres e seus maridos. Assim, a expectativa dessas mulheres inclui a oportunidade dos bebês serem apresentados aos maridos antes de serem encaminhados à Unidade de Internação Neonatal. Neste hospital, na maioria das vezes, os bebês são mostrados aos pais pela primeira vez naquela Unidade. Nesse caso, o acolhimento institucional não ocorre imediatamente, como é esperado pelas mulheres.

A **dimensão espiritual** também está presente no momento do parto como solicitação e como agradecimento pela ajuda divina recebida. As mulheres utilizam a sua religiosidade ao pedirem ajuda para terem forças no período expulsivo.

*“ - Meu Deus do Céu, meus Deus do Céu tem que nascer! Tem que fazer força!” Não era uma coisa muito comum, realmente era uma coisa que tinha urgência (Estela).*

As mulheres também utilizam sua religiosidade para agradecer a Deus quando a cesariana transcorre sem intercorrências, quando a dor desaparece ao serem anestesiadas e quando são bem atendidas,

*Aí cheguei na sala e fizeram a anestesia. Graças a Deus, foi a mesma coisa que tirar com a mão as dores, passou tudo. Ah, mas aqui eu fui muito bem atendida, graças a Deus (Chiara).*

Nas falas das mulheres, a dimensão espiritual que as acompanha em sua trajetória da parturição, não é considerada pelos profissionais que as atendem.

#### 4.2.2.5 Na Sala de Recuperação Pós-parto

As mulheres que se encontram no quarto período clínico do parto (Burroughs, 1995), da saída da placenta até a primeira hora após o parto, são encaminhadas à Sala de Recuperação Pós-parto, lhes sendo exigida nova adaptação tanto ao ambiente, como ao pessoal que as atende.

É rotina do Centro Obstétrico que as mulheres submetidas a parto normal permaneçam nesta sala por duas horas e, aquelas submetidas à cesariana, até completarem a recuperação anestésica. Após esse período, caso não ocorra nenhuma complicação pós-parto e haja leito disponível, as mulheres são encaminhadas, juntamente com os bebês, para a Unidade de Internação Obstétrica.

No período do pós-parto imediato, o útero pode não se contrair de modo permanente, tornando as mulheres sujeitas a hemorragia (Espírito Santo; Berni, 1997). Por esta razão, são verificados seus sinais vitais, a involução uterina e o sangramento vaginal, enquanto permanecem na SRPP. Também são avaliados as mucosas, as mamas e os mamilos, o períneo e os membros

inferiores. No caso de cesariana, além disso, as puérperas recebem assistência pós-operatória convencional. Nesse momento final da parturição, ainda persiste a manipulação do corpo das mulheres.

*Aí na Sala de Recuperação já tem uma outra enfermeira que cuida de ti. Ela fica analisando os teus forros né, prá ver o sangramento, te dá a medicação, te tira os teus sinais né, e te dá o lanche... (Neusa).*

Neste setor do Centro Obstétrico as mulheres percebem o acolhimento como importante e confirmam alguns indicadores de acolhimento técnico quando são submetidas a procedimentos, muitos deles permeados de acolhimento interpessoal. Observa-se que as puérperas valorizam o acolhimento interpessoal referindo-se aos profissionais de modo afetivo, quando recebem esse tipo de acolhimento.

*Mas elas são tudo simpática, a coisa mais querida. Tiveram paciência, brincavam com a gente, distraíam a gente, riam. Ali também eu não tive reclamação nenhuma. Prá mim foi bom. Aí depois eu descí pro quarto (Miguelina).*

A necessidade de acolhimento interpessoal com aceitação, atenção e informação que acompanha as expectativas e percepções das mulheres durante sua trajetória de parturição, também está presente no momento de pós-parto.

O acolhimento com **aceitação** é demonstrada pela atitude de empatia, cordialidade e paciência dos profissionais. As mulheres percebem que são tratadas com atenção quando os profissionais demonstram interesse autêntico e se mostram disponíveis para atendê-las, preocupados com o seu bem-estar e com o do bebê. E, ainda, quando estabelecem diálogo. Conversas e brincadeiras que distraíam as mulheres e que promovam o relaxamento de sua

tensão, são valorizadas como expressão de atenção e paciência.

A **informação** continua valorizada pelas mulheres nesse momento da parturição. O conteúdo dessa informação relaciona-se ao puerpério, ao bebê e a amamentação. Elas reconhecem, aceitam e esperam que, além da função de preservação da saúde, o hospital assuma a função educativa que lhe é inerente. Quando isso ocorre, o hospital lhes proporciona condições para torná-las independentes e competentes para desempenhar o papel materno.

*Na Sala de Recuperação as pessoas atenderam muito bem, sendo muito atenciosas, sempre explicando muito (Estela).*

As necessidades de natureza psicobiológicas das mulheres emergem de modo acentuado nesse momento do pós-parto e exigem acolhimento. Necessidades de sono e repouso, de nutrição, de alívio à dor, de higiene e de regulação térmica estão presentes em suas falas. Maldonado (1997), identifica as primeiras 24 horas pós-parto como o período de recuperação da fadiga do parto, sentindo-se as puérperas, geralmente, debilitadas e confusas, com intensa sensação de desconforto físico. Por essa razão, quando tais necessidades são contempladas pelos profissionais, pelo acolhimento técnico e interpessoal, as mulheres avaliam positivamente a assistência prestada.

**Percebem quando os profissionais se mostram disponíveis para atendê-las, preocupados com o seu bem e o do seu bebê e quando estabelecem diálogo.** Nesse tipo de comunicação inclui-se a conversa interessada, com assuntos que as distraiam e as façam rir. Os profissionais são empáticos com as mulheres e com sua vivência no puerpério na Sala de Recuperação Pós-parto. Miguelina faz uma avaliação positiva da SRPP porque os profissionais, além de atenderem suas necessidades de comunicação,

demonstram aceitação quando expressam simpatia e paciência.

*Acho que foi perfeito porque elas estavam toda hora examinando a gente, dizendo que se quisesse ir no banheiro, se não conseguisse caminhar, elas levavam, né. Se o nenê estava xixi ou cocô, elas levavam pro berçário (Miguelina).*

As mulheres **necessitam de acolhimento que proporcione repouso após o parto.**

*Aí entra na recuperação. Daí foi... acho que era umas cinco horas da madrugada... trouxeram ela. Já tinha passado o sono. Aí trouxeram o nenê... ficou um pouco comigo e me levaram pro quarto (Dora).*

Algumas mulheres **desejam manter seus bebês consigo**, outras não, dependendo do estado de recuperação em que se encontram após o parto. Segundo Ziegel e Cranley (1985), as mães após o parto podem estar exaustas, tensas e, muitas desejam dormir imediatamente. Por isso, é importante proporcionar ambiente favorável ao sono e ao repouso.

O bem-estar proporcionado pelo sono e pelo repouso varia de mulher para mulher. Andréia, submetida à cesariana e sob efeito da anestesia, sente-se logo recuperada e disponível para receber o seu bebê.

*Então, aí depois fui para a Sala de Recuperação e não demorou nem uma hora prá ele vim prá mim. Porque eu já estava me sentindo bem né. ...todo o tempo as moças conversando comigo, né (Andréia).*

Assim é fundamental que o acolhimento dos profissionais considere a singularidade de recuperação das mulheres.

No hospital do estudo, o bebê é trazido para junto da mãe após os procedimentos de rotina na Unidade de Internação Neonatal e se ambos apresentarem boas condições de saúde. Entretanto, algumas mulheres referem

*(Chã).*

desconforto por estarem ainda sob efeito da anestesia e ter que receber seu bebê. Por isso, identificam a imposição da companhia do bebê como não-acolhimento. Assim, mesmo sendo este um Hospital Amigo da Criança, é indispensável questionar as mulheres sobre seu desejo de permanecer com o recém-nascido e avaliar suas condições físicas antes de trazê-lo para junto de si. A rotina de trazer o bebê para a mãe visa diminuir o tempo de separação mãe-bebê, estimulando o vínculo e o aleitamento materno precoce – uma das estratégias para o aleitamento materno bem-sucedido.

Andréia e Dora apresentam reação diversa quanto à percepção sobre a anestesia, ao serem submetidas à cesariana. Isso comprova a singularidade da vivência de cada mulher também nesse aspecto, chamando atenção para a importância do acolhimento personalizado.

O acolhimento à **necessidade de nutrição no pós-parto é referido pelas mulheres.**

*Bom, todas elas foram muito atenciosas. Ainda foram às seis horas da manhã dá jeito em lanche prá mim. É que eu me queixei que tava com fome. Muito bom o atendimento (Elizabeth).*

*Então, saindo dali para a recuperação, perguntaram se eu me sentia bem, deram alimentação, tudo foi 100% (Estela).*

Para Espírito Santo e Berni (1997), muitas mulheres queixam-se de fome e sede após o parto. Além disso, as mulheres comentam o fato de que permanecerem sem se alimentar durante o trabalho de parto faz com que seu bebê já nasça com fome e, por isso, desejam amamentá-los.

*Aí levaram o bebê pro berçário pro meu marido ver e tudo, né. Ai depois trouxeram de novo porque ele já nasceu louco de fome coitadinho (riso). É que eu não comia fazia tempo (Chiara).*

O tempo de permanência na SRRP é atentamente controlado pelas puérperas. Essa percepção detalhada de tempo, já destacada na Sala Pré-parto, parece não se esgotar na Sala de Parto, continuando em sua vivência na Sala de Recuperação.

*...fui prá Sala de Recuperação, né. Ali eu fiquei quatro horas ali. Quando foi oito e meia da manhã eu fui pro quarto, né (Marta).*

Enquanto não há leitos vagos na Unidade de Internação Obstétrica, as mulheres permanecem na SRPP, como ocorre com Elizabete.

*Fiquei o dia inteiro na Sala de Recuperação porque não tinha leito. Prá mim foi normal, porque isso acontece em vários lugares. Pior seria se tivessem me mandado embora e se eles dissessem: “- Não, tu não vai ganhar a tua filha aqui.” E eu saísse no corredor ganhasse a minha filha, arriscando a minha vida e a da minha filha ainda (Elizabete).*

As mulheres reconhecem e compreendem que as maternidades freqüentemente estão lotadas, o que as obriga a permanecerem na SRPP além do tempo necessário para sua recuperação. Esse tempo pode variar de duas a vinte e quatro horas. Nessa situação, **aceitam o não-acolhimento institucional e não reivindicam seu direito a vaga na Unidade de Internação Obstétrica.** Sua atitude sugere acomodação ao atual sistema de saúde brasileiro, em que o direito de cidadania de acesso aos serviços de saúde de qualidade, ainda não se concretiza. A concepção de Weil (2000) nos leva a caracterizar essa situação como uma normose institucional, que prevalece nos serviços públicos de saúde.

A superlotação das maternidades gera repercussões na assistência à saúde a essas mulheres. Os profissionais deixam de lado a questão

interpessoal e privilegiam o acolhimento técnico.

*Eu não fiquei muito tempo na Sala de Recuperação mais eu acho que o atendimento foi normal. As enfermeiras me perguntavam se eu tava precisando de alguma coisa. Eu achei o atendimento um pouco tenso porque é muito automático. Elas perguntaram se eu tava sentindo alguma coisa, se precisava de alguma coisa. Por exemplo, eu falei que tava com cólica, elas me medicaram, né. Mas assim é aquela coisa muito, muito rápido, tudo muito... mecânico. Eu acho que mesmo assim, mesmo sendo muito mecânico eu acho que o pessoal cumpre né, faz a sua tarefa, mesmo sendo mecânico assim. Eu acho que pelo fato de serem muitas pessoas ao mesmo tempo, de repente né, não teria como ter um... dá um sentido prá o que se está fazendo. No caso, quando eu chego e pergunto né, como é que a pessoa tá, realmente eu tô interessada como ela tá, porque aquele é o meu trabalho. E eu acho que isso seria importante eu chegar e conseguir demonstrar prá outra pessoa... eu tô interessada em saber mesmo como é que tu tá. Não prá mim te dá o remédio mas sabê mesmo se tu tá te sentindo bem (Lúcia).*

Constata-se pela fala de Lúcia a **necessidade do acolhimento para aliviar a percepção dolorosa e expressar interesse genuíno**. Ela recebe acolhimento técnico e percebe o acolhimento interpessoal restrito pela impessoalidade e pela falta de interesse genuíno dos profissionais. Provavelmente, isso ocorra pelo grande número de puérperas que compartilham o acolhimento com Lúcia, levando os profissionais a não terem tempo suficiente para estabelecerem relação afetiva.

A atitude de submissão de Lúcia à ausência de integração entre o acolhimento interpessoal e técnico, é um exemplo da possível consequência que a falta de leitos gera nas maternidades. Esse problema crônico no sistema de saúde é vivido durante a permanência das mulheres no Pré-parto, quando ocorre não-acolhimento, pela ausência de integração entre suas dimensões. Cabe lembrar que outra consequência da superlotação é vivida pelas mulheres



quando lhes é impedida a internação, interferindo no acolhimento institucional esperado.

Ao entrarem na Sala de Recuperação, as mulheres iniciam a recuperação do estresse, cansaço e sofrimento vivenciado desde o início da parturição.

*Na Sala de Recuperação, de manhã, trocaram toda a roupa de cama prá mim, antes de eu deixar o bebê na cama. As meninas Aí fui prá Sala da Recuperação e disse assim: "- Ai, toda minha dor passou, né! Que paraíso que eu tô!" Aí perguntei pela nenê, disseram que ela tava na UTI. Aí comecei a chorar e disse prá ela: "- Pôxa vida, passei por tudo isso e ainda a nenê tá mal né." Aí comecei a chorar, deu depressão pós-parto mesmo. Ninguém conseguia fazer eu parar de chorar. Aí eu chorava, chorava e diziam assim: "- O teu nenê vai melhorar, tu também tá te recuperando." Aí depois eu me recuperei rápido até. Consegui me mexer bastante na Sala de Recuperação e vim cedo aqui para o quarto (Sandra).*

Sandra livra-se da dor após o nascimento do bebê e percebe a Sala de Recuperação como espaço seguro onde não tem mais sofrimento. Mas, ao receber a notícia de que o bebê se encontra na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, deprime-se e tem choro intenso.

Pela fala das mulheres, verifica-se a necessidade do acolhimento pós-parto estar alicerçado em uma avaliação de seu estado físico e psicológico. Esse estado resulta das vivências da parturição e se relaciona ao tempo de trabalho de parto, à intensidade da dor, ao tipo de parto, à qualidade do atendimento recebido e às condições de nascimento do bebê. As mulheres chegam na SRPP em estados diferenciados, e esta variabilidade pode se expressar por cansaço, exaustão, euforia, sonolência. Além disso, as mulheres podem estar sob efeito anestésico. Essas situações peculiares indicam a necessidade de acolhimento diferenciado.

**A organização e a limpeza da SRPP, inclusive do leito, são**

percebidas pelas mulheres e caracterizam acolhimento técnico e interpessoal. Como em outros momentos da parturição já referidos, também no puerpério as mulheres mostram-se atentas ao ambiente e à relação entre higiene e saúde, principalmente quanto à saúde do recém-nascido.

*Na Sala de Recuperação, de manhã, trocaram toda a roupa de cama prá mim, antes de eu deitar o bebê na cama. As meninas da limpeza sempre limpando, sempre a volta limpando, arrumando. A higiene é importante, ainda mais onde uma criança tá, recém nasceu né, tá correndo risco de ser contaminado por qualquer coisinha, né. Ali não, não tem como acontecer isso porque elas tão sempre, sempre em cima (Elizabeth).*

As mulheres **sentem-se satisfeitas quando percebem que os profissionais atendem sua necessidade de regulação térmica.**

*Aí veio uma moça, uma enfermeira ficou lá o tempo todo conosco. Atendia bem, botava o cobertor, eu estava louca de frio, conversava e dizia que o bebê era lindo. Mas graças a Deus me cuidaram bem (Chiara).*

Ziegel e Cranley (1985) referem que após o período de expulsão as mulheres, além de cansadas, queixam-se de frio, podendo inclusive apresentar tremores, havendo por isso, a necessidade de serem aquecidas, de ser-lhes proporcionando conforto.

Chiara também **valoriza a atuação dos profissionais quando conversam, elogiam o bebê e permanecem junto a ela.**

#### 4.3 Reavaliando a vivência da parturição hospitalar

Após a análise dos temas que emergem das vivências ao longo da trajetória da parturição, apresenta-se a análise das expectativas das mulheres quanto ao futuro, que surgem em decorrência da recente experiência.

A entrevista de pesquisa, pela sua natureza fenomenológica, por não se constituir em instrumento e sim em relação, transcende a coleta de informações e assume função de ajuda, de acolhimento interpessoal. Por essa razão, são também analisadas, apesar de não se integrarem inicialmente ao projeto desse estudo.

#### 4.3.1 Expectativas futuras de parturição

Algumas mulheres do estudo expressam expectativas sobre suas futuras parturições, influenciadas pela percepção do atendimento recentemente vivido.

Marta, Dora e Carmem **decidem não enfrentar outro processo de parturição, independente de sua experiência positiva.** Justificam que esta decisão não se refere diretamente à parturição, o que não significa que a vivência não seja valiosa, uma vez que suas necessidades fisiológicas, de segurança, de afiliação, de estima são atendidas pelo acolhimento institucional, interpessoal e técnico que o hospital proporciona.

Marta tem história prévia de dois natimortos. Seu trabalho de parto é dolorido. Entretanto, esperava que fosse rápido e sem intervenções. Seu parto é normal, sem episiotomia. Nesta vivência realiza dois sonhos: ter o bebê desejado, após quatro anos de tentativas, e ter um acolhimento durante a parturição. Isso se concretiza pela prontidão, atenção e carinho da equipe de profissionais de enfermagem e, em especial, do médico. A atuação do médico, segundo Buchabqui, Bertuol e Andrade (1995), provoca efeitos desejáveis porque ocorre uma "sintonia" entre o profissional e a paciente, o que ocorreu no caso de Marta. Para os autores, o atendimento obstétrico é especialmente

sensível para a relação médico-paciente. Acredito que as repercussões das perdas anteriores de Marta possam ser amenizadas a partir da vivência positiva nesta parturição.

Ao ser aceita, reconhecida e valorizada como ser humano, Marta tem satisfação máxima como resultado de sua experiência exitosa, pois nessa parturição seu bebê nasce saudável. Certamente, essa experiência tem implicações positivas tanto em sua vida pessoal, quanto na área reprodutiva. O atendimento as suas necessidades básicas, contempla a *assistência com a gratificação das necessidades humanas* (Watson, 1996), com completo acolhimento.

A satisfação de Marta com o atendimento faz com que recomende o hospital a outras mulheres. Apesar de satisfeita, não pretende ter outros filhos para se dedicar integralmente a este filho tão esperado. Neste caso, a percepção positiva do atendimento à parturição não é suficiente para determinar a decisão de futura parturição porque outro motivo constitui-se em fator decisório.

*Se tiver que fazê tudo aqui com ela (bebê), vai ser tudo aqui também, no mesmo lugar. Aqui é maravilhoso, é ótimo o atendimento. Aconselho a qualquer pessoa fazer o tratamento, o pré-natal aqui. É bom. Se pudesse (riso) ganhar de novo aqui eu ganhava. Por um bom tempo eu vou ficar com só ela. É bom ter, mais também é dolorido. Bah... é uma luta, né (Marta).*

A qualidade de sua vivência confirma que a escolha do hospital pode ser influenciada pela própria experiência das mulheres, conforme referido anteriormente.

Por outro lado, a vivência negativa de Chiara, Sandra e Estela determina suas expectativas futuras de não repetirem a atual experiência,

pois a situação traumática que vivem na parturição caracteriza uma crise e não uma transição existencial (Maldonado, 1997).

Estas mulheres deparam-se com a situação de não-acolhimento. Estela vive o atendimento permeado de violência. Percebe sua vivência como crítica, impondo escolhas futuras que contemplem outras condições. Apesar do não acolhimento vivido, **suas perspectivas incluem nova parturição, na qual decidirá sobre a escolha do hospital, do acompanhante e do tipo de atendimento desejado**, resguardando-se da não repetição da vivência negativa.

*Se tivessem me examinado, visto que eu já tava realmente quase ganhando, feito o procedimento, tivessem me poupado o tempo da parte mais teórica (coleta de dados) e tivessem me encaminhado lá na parte prática direto, estourado a minha bolsa, talvez tivessem me encaminhado antes para a Sala de Parto, me anestesiado e dado um tempinho prá pegar a anestesia. Talvez eu não tivesse sofrido tanto, tanta dor. O que mais me entristeceu, e por isso eu fiquei tão angustiada com esse parto, é que eu achei que ela (médica) poderia ter sido um pouco menos estúpida. Ela poderia ter sido um pouco mais carinhosa na hora de brigar comigo. Mas eu acho que ela poderia ter falado de um jeito diferente. Isso assim prá mim foi traumatizante. Por isso que eu fiquei tão angustiada com nesse parto. No próximo parto eu quero escolher prá onde eu vou, quem vai comigo, como vai ser o meu atendimento. Porque eu não quero passar por isso de novo. Eu não queria que tivesse acontecido dessa forma (Estela).*

A experiência de parturição de Sandra e de Chiara também se configura como uma crise, em consequência da intensidade da dor que experimentam, sem intervenção para aliviá-la. Além disso, o trauma vivido por Sandra inclui complicações apresentadas por seu bebê ao nascer. Esta crise repercute intensamente nas decisões das futuras parturições dessas mulheres.

Sandra e Chiara, primigestas, destacam a presença da dor desde o

início do processo de parturição e da peregrinação em busca de acolhimento hospitalar. Tentam, por várias vezes, sem sucesso, a internação hospitalar, queixando-se de contrações dolorosas, sem que os profissionais considerem-nas. Quando internadas, após vários dias de peregrinação, a dor é intensificada com a administração de ocitocina, não recebendo assistência para seu alívio. Após essa experiência traumática, são ainda submetidas à cesariana. Portanto, sua vivência da parturição como uma crise, decorre tanto de sua singularidade, como do tipo de acolhimento que lhes é prestado. Sua vivência de sofrimento interfere nas expectativas relacionadas ao acolhimento na próxima parturição.

*Se hoje eu tiver que engravidar de novo vou economizar durante não sei quanto tempo prá fazer uma cesariana direto. Não quero passar pelas dor de parto. Se eu tiver que passar não quero que induzam, ou se induzir, não quero com dor porque só depois que eu descobri que tem jeito de fazer parto sem sentir dor. Que minha cunhada fez isso mas só na hora de ganhar mesmo que ela sentiu dor. Aí se eu soubesse que tinha isso, teria pedido sabe. ...se tivesse outro nenê, talvez eu ganhasse de cesárea aqui, mas talvez eu pagasse. Porque se eu fosse esperar aqui que o atendimento pelo SUS seja bem feito, acho que eu vou ter que esperar toda a vida, porque eu acho que não vou encontrar um atendimento bom assim, a pessoa saber na hora certa (Sandra).*

Em situação idêntica à de Estela, Sandra **só aceita a hipótese de nova parturição se tiver a garantia de escolha do tipo de atendimento que deseja**, portanto diferente do recebido nessa trajetória.

Chiara **não se dispõe a ter mais filhos**, devido à crise vivida nessa parturição.

*Até hoje de manhã eu estava falando prá mãe que eu acho que eu nem penso mais em ter filho porque o que eu passei! Chegar em outro hospital, chegar ter outro filho, chegar outro dia no hospital e passar por tudo isso e aí depois ter o outro*

*bebê... Acho que eu fiquei meia traumatizada, um pouquinho pelas dores mesmo, pelos quatro dias que eu fiquei acordada com dor, por tudo que eu passei. Até meu marido ficou. Ele disse que: "- Deus me livre ter outro nenê (riso). Acho que as dores traumatizou bastante (Chiara).*

Pela experiência de Chiara constata-se que o atendimento sem acolhimento tem a força de anular todo um projeto de parturição e de maternidade futura.

Algumas mulheres, como Sandra e Chiara, não relacionam o intenso processo doloroso ao não acolhimento dos profissionais para aliviá-las da dor. Com isso, isentam os profissionais da responsabilidade de intervirem. Essa isenção pode se basear em desconhecimento de seu direito à analgesia peridural ou no desejo de vivenciar a dor, cujas razões já foram discutidas anteriormente.

O atendimento vivenciado por Estela, Sandra e Chiara evidencia a natureza traumática do processo de parturição. Esse processo, que poderia se constituir em uma transição existencial, passa a ser vivido como uma intensa crise, com repercussões futuras de parturição.

Vivências dessa natureza indicam a necessidade, além do fisiológico, do atendimento psicológico especializado no puerpério. Conforme a extensão da crise, esse atendimento poderá ter sua duração ampliada, a fim de minimizar as possíveis repercussões negativas causadas por esse tipo de experiência.

A reavaliação e conseqüente reconstrução da experiência de Marta, Sandra, Chiara, Estela e das demais mulheres, é oportunizada pela entrevista da pesquisa. Para minha surpresa, a entrevista assume função terapêutico-

educativa.

#### 4.3.2 A entrevista como acolhimento no puerpério

A entrevista de pesquisa caracteriza-se como um tipo de acolhimento às puérperas na Unidade de Internação Obstétrica, ao promover a reconstrução da experiência vivida pelas mulheres durante sua parturição. Assim, em decorrência do desvelamento que a entrevista propicia, pelas novas funções que assume, a análise da trajetória do atendimento às mulheres se expande para além do âmbito do Centro Obstétrico e, portanto, para além do objetivo desta pesquisa. A significação do conteúdo das expectativas e percepções justifica a inclusão destes dados no presente trabalho.

Para as mulheres, o puerpério constitui-se um período de reorganização pessoal feminina e de assunção do novo papel de mãe. Na cultura hospitalar, há expectativa de que as puérperas assumam com competência seu papel materno. Como consequência, o atendimento nessa Unidade, privilegia a recuperação física das mães e as orientações educativas que visam seu auto-cuidado e o cuidado ao recém-nascido.

Após o parto, as mulheres deste estudo necessitam reconstruir a experiência vivida, a fim de reorganizarem-se como pessoas e para futuras parturições. Inclusive para identificarem que tipo de atendimento não querem receber.

Ao relatarem sua experiência, **sentem-se aliviadas e valorizadas como pessoa, refletem sobre sua vivência, redimensionando sua compreensão sobre o vivido.** A entrevista é percebida por elas como um



**modo de receber ajuda.** Assim a entrevista é percebida por Estela, Chiara e Sandra, que viveram a parturição como uma crise, bem como para as demais mulheres que a vivenciam como uma transição existencial.

Na perspectiva de integrar-se ao acolhimento à parturição, a entrevista assume a função terapêutico-educativa, com quatro dimensões inter-relacionadas e presentes nas falas das mulheres: momento de desabafo, de valorização, de reflexão pessoal e de re-significação de compreensões sobre a experiência da parturição.

**A entrevista como momento de desabafo** é caracterizada pelas mulheres como um espaço para dizer o que pensam e sentem, o que estava “trancado” há muito tempo, como um momento de compartilhar suas vivências íntimas. Algumas, inclusive, agradecem pela oportunidade desse espaço.

*Às vezes, a gente quer ser entrevistada, né, às vezes tu fica sabendo que alguém foi ali chamar outra prá fazer a entrevista e tu não, né. Dessa vez é bom a gente se abrir com uma pessoa, né, direitinho. Porque parece que tem uma coisa trancada, tu não tem ninguém para conversar aquela intimidade. Se tu não tem intimidade com ninguém, tu não vai contar prá ninguém, né. Então, daí tu tem uma oportunidade de conhecer uma pessoa como você e dizer, né. Tem que dizer, abrir tudo que pensa. Achei uma maravilha (riso) ser entrevistada. Obrigada. Nunca tinha sido entrevistada antes (Carmem).*

*E deu prá conversar, desabafar, rever tudo e falar o que eu não poderia dizer prá outra pessoa então tô dizendo prá uma pessoa como eu já tivesse conhecido (Marta).*

*Prá mim foi um desabafo, difícil mas ajudou a diminuir a dor da experiência. Cada vez que eu conto isso prá alguém, diminui a minha dor da experiência (Sandra).*

Ao serem entrevistadas, as mulheres sentem-se valorizadas, porque são ouvidas com interesse, participam de um estudo, têm oportunidade de

contar o que viveram, falar pela primeira vez e propor mudanças ao atendimento.

*Eu me senti...sei lá, acho que normal, importante (riso), diferente. Porque eu não imaginava que queriam saber, se interessar tanto pelo que acontece com a gente dentro do hospital, né. Não que não seja interessante mas eu acho que... não sei. Me senti importante (Neusa).*

*Uma experiência nova porque eu nunca fiz (riso). Mas eu gostei e achei importante contar o que vivi. Foi super fácil (riso), nada constrangedor (Miguelina).*

*Me senti bem porque a gente pode falar tudo o que aconteceu, viveu. Então é importante que a gente converse prá que um dia isso venha ser avaliado e quem sabe outras pessoas não precisem passar pelo mesmo sofrimento que eu passei (Chiara).*

No puerpério, esse procedimento pode contribuir para o aumento da estima das mulheres.

A entrevista também serve como **momento de reflexão**, quando revivem e avaliam sua experiência. Algumas mulheres, ao resgatarem seu processo de parturição, percebem o momento da entrevista como uma oportunidade de elaborar os traumas vividos. Além disso, pode ser compreendida como um momento de auto-conhecimento e de auto-transformação. Essa reflexão pode, inclusive, auxiliá-las a se reorganizarem para futuras parturições.

*É importante que a gente fale tudo o que aconteceu, tudo o que eu vivi. É importante eu conversar contigo. De repente até fico menos traumatizada (riso). Quem sabe um dia eu posso pensar em ter outro bebê, mas não prá passar por todo esse trabalho. Eu acho que é bom, até alivia um pouco o trauma da gente. Na entrevista pude falar o que achei de errado, o que não achei (Chiara).*

*Prá mim foi um desabafo. Eu estava precisando botar prá fora para que eu mesma pudesse organizar e pensar tudo o que*

*aconteceu, para eu pensar para o próximo parto. Eu pude resgatar a anestesia, os pontos, a dor dos pontos (Estela).*

Durante a parturição o atendimento é centrado em aspectos técnicos, é fragmentado e outras dimensões das mulheres e de sua experiência consideradas. Nesse sentido, a entrevista serve para que as mulheres resgatem sua vivência e reflitam sobre si.

Em sua função de ajuda, a entrevista possibilita ainda a identificação das mulheres que vivem a parturição como uma crise, indicando a exigência de acompanhamento psicológico especializado. Conscientizo-me da situação de algumas mulheres que vivem esse tipo de experiência no decorrer de minha reflexão na fase de análise dos dados dessa pesquisa.

Após a parturição, o puerpério constitui-se em uma fase de reorganização pessoal das mulheres, quer seja vivida como crise ou como transição existencial (Maldonado, 1997).

Destaco a importância que essa oportunidade de análise e de reorganização pessoal assume na fase de puerpério das mulheres e que nem sempre o atendimento hospitalar a propicia. As mulheres necessitam espaço para falar da sua vivência de parturição e refletir sobre sua experiência, o que não se esgota durante o período da internação hospitalar. O atendimento à recuperação das puérperas, que se inicia na Sala de Recuperação Pós-parto, continua na Unidade de Internação Obstétrica, onde permanecem cerca de dois a três dias.

A entrevista também **proporciona conhecimento e compreensão sobre o processo de parturição**. Os relatos e indagações das mulheres, durante o diálogo, evidenciam ausência de informação, compreensões

equivocadas e dúvidas sobre o processo de parturição.

Em face disso, desligo o gravador ao término da entrevista e coloco-me à disposição para esclarecer suas dúvidas, transformando intencionalmente esse momento em espaço de aprendizagem sobre a parturição. Respondo às questões das mulheres, com elas retomo algumas de suas falas, discutindo e analisando seu conteúdo. Além disso, auxilio na amamentação, orientando-as quando necessário.

*Acho muito, muito interessante essa tua entrevista. Bem legal. E é a primeira vez que eu participo, né e tenho a oportunidade de participar e de esclarecer as dúvidas sobre o meu parto, né. Acho que muitas, muitas coisas podem ser mudadas, né (Andréia).*

Além da aprendizagem sobre o processo de parturição e seu papel materno, a entrevista oportuniza que as mulheres vivenciem momentos de desabafo, de valorização e de reflexão. Nesse sentido, essa entrevista de ajuda caracteriza-se como acolhimento, um espaço de apoio para refletirem e reelaborarem a própria vivência pregressa e preverem a futura.

A atitude de ajuda da entrevistadora acompanha as mulheres neste processo, examinando com elas alternativas que as ajudem compreender a experiência vivida e, ao re-significá-la, projetar seu futuro próximo ou remoto.

Tenho clareza que minha ajuda a essas mulheres ainda é insuficiente considerando minha pouca experiência com esse tipo de procedimento. Reflito sobre a importância do profissional ter preparo teórico-prático na realização da entrevista de ajuda, porque segundo Benjamin (1978, p. 14), "Ajudar é um ato de capacitação. O entrevistador capacita o entrevistado a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar."

A ênfase da entrevista de ajuda recai sobre o processo de crescimento pessoal do entrevistado (Wreen, 1978). Concordo, também, com o autor no sentido de que crescimento e mudança não se restringem apenas às mulheres entrevistadas, mas também se inserem em minha vida pessoal-profissional, em decorrência dessa experiência como entrevistadora.

## 5 REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO NA PARTURIÇÃO HOSPITALAR

Compreendo esta pesquisa como um ato de desconstrução da autoridade, como um ato de cuidado e como um ato de esperança, com a intenção de "...tornar visíveis aqueles que têm sido silenciados historicamente" (Silva, 1997, p.77), de "...abrir e ampliar os espaços para novas formas de consciência e de ação no mundo..." e de "...retratar de forma crítica as coisas como são, mas também como poderiam ser, buscando estratégias para mudanças" (ibidem, p.78).

O estudo proporciona uma nova forma de consciência sobre o fenômeno do atendimento hospitalar durante a parturição, agora identificado como acolhimento, a partir das expectativas e das percepções das mulheres. Além de retratar este fenômeno como ocorre em seu ambiente natural, o hospital e, de desvelar a palavra das mulheres, historicamente silenciada, proponho algumas estratégias que podem contribuir para a concretização do acolhimento esperado e percebido na trajetória da parturição.

Passo a utilizar a expressão "palavra das mulheres" em lugar de "fala das mulheres" em seu significado freiriano que expressa a dimensão de direito

de pronunciar sua palavra como pessoa/mulher/cidadã (Freire, 1997).

Os resultados desta pesquisa emergem gradativamente com a reflexão que realizo, durante a análise e a interpretação da palavra das mulheres que vivenciam a parturição hospitalar. As etapas ideográfica e nomotética de análise do método fenomenológico da pesquisa, favorecem o caminho para o processo de construção do significado do fenômeno do acolhimento hospitalar à parturição.

A compreensão deste fenômeno é inspiradora de algumas estratégias que possam contribuir para que o acolhimento se concretize a partir da palavra das mulheres. Tais estratégias apontam para a importância do ouvir a palavra das mulheres e da reconceptualização de práticas de acolhimento hospitalar.

Os resultados deste estudo podem beneficiar o processo de reflexão sobre concepções e práticas dos profissionais do HCPA, especialmente do Centro Obstétrico, como também de instituições formadoras de profissionais e prestadoras de serviço na área da saúde. A reflexão permanente é exigência de um hospital-escola que tem compromisso com a educação formal dos profissionais da saúde e com a educação continuada de seus funcionários.

A filosofia dessa instituição hospitalar, que orienta o pensar e o fazer de seus profissionais, também pode encontrar apoio nos resultados desta pesquisa para avançar em sua proposta de qualidade.

A ampliação da base científica do conhecimento na área obstétrica e a socialização dos resultados são outras contribuições deste estudo. Atualmente, muito se tem discutido sobre a temática da humanização do parto e do nascimento. Em decorrência, novas propostas de humanização da assistência

à parturição assumem relevância em nosso país.

Além disso, nessa trajetória como pesquisadora, as aprendizagens significativas de crescimento humano e profissional que realizo repercutem em minha docência universitária, nas dimensões da pesquisa, do ensino e da extensão.

### **5.1 Ouvindo a palavra das mulheres**

Da palavra das mulheres surge a necessidade de resgate do direito de acesso aos serviços de saúde de qualidade, em sua fase reprodutiva, em que o respeito a sua multidimensionalidade, singularidade, necessidades, expectativas e percepções ocupam posição central. Nesse sentido, a educação para a parturição pode significar um caminho.

A palavra das mulheres é pouco ouvida, considerada e investigada em nossa sociedade, principalmente daquelas procedentes de classes sociais menos favorecidas. Isso pode ser explicado pela natureza discriminatória e não equânime do poder entre homens e mulheres e entre as diferentes classes sociais. Situação idêntica é vivida pelas mulheres na instituição hospitalar, que só recentemente, pela busca de qualidade e de humanização, volta-se ao usuário como centro do processo de cuidado, investigando suas expectativas e percepções.

Neste estudo, a palavra das mulheres desvela o que esperam e percebem sobre o acolhimento durante a parturição. Resgata sua perspectiva, na maioria das vezes relegada pelos profissionais e pela instituição hospitalar.

Os resultados da presente pesquisa, confirmam dados da literatura



sobre o acolhimento hospitalar, sendo que alguns coincidem com a investigação de Gualda (1993), Santos (1998) e Simões (1998) que buscam compreender a vivência de mulheres brasileiras durante a parturição. Tais resultados alinham-se também à proposta de humanização da assistência ao parto da Organização Mundial da Saúde (1996), também assumida pelo Ministério da Saúde.

Nesta pesquisa, o fenômeno acolhimento é estudado desde antes do início da parturição no hospital, completando-se durante a trajetória das mulheres nos diferentes setores do Centro Obstétrico - da Portaria do hospital à Sala de Recuperação Pós-parto. Inclui também o acolhimento proporcionado pela entrevista da pesquisa na Unidade de Internação Obstétrica, apesar deste setor não integrar a proposta inicial do estudo.

A investigação é realizada em cada um dos setores do hospital, percorridos pelas mulheres em sua trajetória. Como resultado, o acolhimento é situado no tempo e no espaço desse hospital-escola e desvelado o acolhimento esperado antes da parturição, o percebido na vivência desse processo e suas repercussões em futuras parturições.

A compreensão da amplitude temporal do fenômeno do acolhimento pela análise antes, durante e depois da trajetória de parturição, inclui vivências das mulheres em sua recente parturição no HCPA, vivências pregressas também em outros hospitais e a vivência da entrevista pós-parto.

Assim, a pesquisa constitui-se em mais uma aproximação ao fenômeno do acolhimento hospitalar na parturição, avançando no resgate de sua totalidade, segundo a ótica de 14 mulheres.

Durante a trajetória de parturição, as mulheres valorizam o acolhimento, integrado em sua dimensão institucional, interpessoal e técnica, com ênfase na dimensão interpessoal. Tal concepção encontra base de sustentação no paradigma holístico a serviço das mulheres, dos bebês e da família, em uma abordagem terapêutica/educativa, essencialmente humana e multidimensional que enfatiza a humanização e o crescimento pessoal como metas do acolhimento.

Nesse estudo, acolher na dimensão interpessoal pressupõe aceitação, atenção e informação, e relaciona-se às atividades expressivas que, segundo Waldow (1998), são valorizadas na cultura brasileira. A dimensão técnica coincide com as atividades instrumentais. Inclui-se a dimensão institucional como contextualizadora de ambas.

A palavra das mulheres apresenta indicadores do acolhimento e do não-acolhimento e mostra suas repercussões não só para si como para seu bebê.

Antes de internarem no hospital, as mulheres têm expectativas claras e definidas para a sua parturição e sobre o modo como desejam ser acolhidas.

As mulheres não chegam ao hospital como uma "tábula rasa". Antes de ingressarem no hospital, são portadoras de necessidades, singularidades e experiências que determinam suas compreensões e expectativas e que, conseqüentemente, influenciarão suas vivências na parturição.

Esperam que sua parturição ocorra sem intercorrências, seja normal, rápida e dolorosa, até o suportável. Além disso, esperam o acolhimento institucional que se concretiza pela sua internação no hospital escolhido, pela

disponibilidade de recursos humanos, materiais e técnicos e pelas normas e rotinas que garantam a qualidade do atendimento. O acolhimento interpessoal é valorizado na expectativa de que os profissionais expressem aceitação e atenção e ofereçam informação que as auxiliem a se contextualizar no tempo e no espaço do hospital e a apoiar sua experiência de parturição. A dimensão técnica, integrada ao acolhimento interpessoal, é também esperada e se expressa pelos cuidados especializados eficientes e eficazes dos profissionais.

Se atendidas suas expectativas prévias pelo acolhimento institucional, interpessoal e técnico de modo integrado, pode-se afirmar que a instituição e seus profissionais estão preocupados com as necessidades básicas das mulheres, acolhendo-as e participando do esforço de humanizar o atendimento à parturição.

Consideram todos os profissionais com os quais interagem no hospital como provedores de acolhimento por perceberem-nos parte importante de sua trajetória. No entanto, valorizam sua presença qualificada em termos técnicos e interpessoais.

Assim, os funcionários da Portaria do hospital, bem como as secretárias administrativas, apesar de não fornecerem acolhimento técnico especializado na área da saúde, incluem-se também nessa presença, juntamente com os demais profissionais.

Os resultados da pesquisa comprometem todos os funcionários do hospital com o acolhimento às mulheres. Remetem também à necessidade de preparo especializado não só em suas respectivas áreas técnicas, como na interpessoal e institucional, para que seja garantida não a uniformização mas a

integração e a unidade das ações respeitando-se a singularidade de cada profissional.

Ao entrarem no hospital, a Portaria é o primeiro setor no qual as mulheres recebem atendimento, que pode se caracterizar como acolhimento ou não-acolhimento.

Pela sua natureza e funções, constitui-se em setor importantíssimo, por proporcionar a primeira experiência de acolhimento, tanto institucional, como interpessoal e técnico. Pode ser considerada como o “cartão de visitas” do hospital. Portanto, exige a presença efetiva de um profissional adequadamente selecionado e treinado sobre as normas de admissão ao Centro Obstétrico e com compreensão sobre o momento da parturição, que pode ser vivido pelas mulheres como de crise. Sua importância não pode ser desconsiderada ou relegada, nem a sua atuação ser isolada na trajetória de parturição das mulheres.

Idêntica importância tem a secretária administrativa do Centro Obstétrico pelo papel que desempenha na recepção das mulheres. A importância dos trâmites burocráticos do acolhimento institucional não pode ser priorizada em detrimento ao acolhimento interpessoal e técnico que a situação exige.

A mais importante expectativa das mulheres é internar no hospital escolhido e não serem mandadas embora após a consulta na Emergência Obstétrica. É nesse setor que se define o acolhimento ou não-acolhimento institucional das mulheres.

A internação percebida como uma possibilidade de acolhimento

interpessoal e técnico, significa livrar-se da "via crucis" da peregrinação, atendendo assim a necessidade de segurança e aceitação. A busca ao hospital é vivida como um momento crítico em que as mulheres sentem-se ameaçadas em sua sobrevivência e na de seu filho. Preocupam-se com as complicações que poderão advir, caso a internação não se efetive.

As mulheres vivenciam o não-acolhimento quando, na Portaria, percebem impedimento velado de acesso ao Centro Obstétrico ou quando, após a consulta na Emergência Obstétrica, são mandadas embora por não terem indicação de internação hospitalar. Isso ocorre porque seu critério para internação não coincide com o dos profissionais.

A escolha do hospital pelas mulheres é consistente por se fundamentar em critérios de qualidade que atendem suas expectativas de acolhimento relacionados às necessidades de segurança e bem-estar. No entanto, nem sempre o desejo de internar no hospital escolhido pode ser atendido. Apesar do SUS garantir a vaga hospitalar para a assistência ao parto, não garante que ocorra no hospital escolhido pelas mulheres. Isso marca negativamente o início de sua parturição, por não conseguirem que lhes sejam oportunizadas as melhores condições e recursos para si e para seus filhos. As mulheres deste estudo consideram-se acolhidas quando internam no HCPA, esta internação é para elas fonte de satisfação.

As mulheres esperam ser internadas e, portanto, acolhidas desde o momento em que inicia sua parturição. Para elas, esse processo inicia-se no momento em que surgem os primeiros sinais e sintomas do período premonitório da parturição, acrescido de certezas de que o período gestacional

chegou ao fim. A partir dessas evidências, as mulheres buscam o hospital escolhido para receberem acolhimento especializado. No entanto, essa necessidade não é percebida pelos profissionais devido aos critérios estabelecidos para a internação hospitalar. Esses resultados apontam para a necessidade de uma revisão desses critérios médicos na busca do atendimento às expectativas das mulheres e da humanização do processo de parturição. Isso inclui a consideração dos sinais e sintomas destacados pelas mulheres bem como outras evidências de sua multidimensionalidade como a intuitiva, psicológica e, especialmente, as evidências decorrentes das sensações dolorosas vividas.

Uma das constatações deste estudo é que as mulheres ao ingressarem no hospital apresentam informações insuficientes sobre o processo de parturição. Fica evidente que as orientações recebidas durante a gestação e a vivência em parturições prévias não são suficientes para enfrentarem esse momento com tranquilidade e segurança.

Essa constatação também leva a compreender o significado que tais sinais e sintomas da parturição assumem para elas, de modo especial as sensações dolorosas que variam segundo a singularidade de cada mulher. Sendo evidentes e palpáveis, se contrapõem à orientação "teórica" do médico da Emergência Obstétrica, com quem não estabeleceu vínculo anterior e, conseqüentemente, nenhuma relação de confiança. Isso é originado pela impossibilidade das mulheres serem acompanhadas por um mesmo médico desde a gestação até o parto.

Mesmo legitimando o conhecimento médico, as mulheres apoiam-se

em suas experiências prévias de parturição e na evidência desses sinais e sintomas ao buscarem o hospital. Percebem-nos como indicadores de internação e relegam a orientação médica na consulta da Emergência Obstétrica, que muitas vezes é destituída de informação e de argumentos convincentes. Salieta-se que neste momento de acolhimento, a orientação médica precisa concorrer com a evidência física, com a reduzida informação das mulheres e, principalmente com sua forte motivação de garantir sua sobrevivência e a de seu filho. As mulheres concebem a parturição hospitalar como uma patologia que necessita da intervenção médica, o que leva as mulheres à exigência imediata de internação, já que, segundo sua percepção, o processo de parturição concretamente desencadeou-se.

Assim, no momento da consulta na Emergência Obstétrica, quando seus critérios de internação não coincidem com os da equipe médica, as mulheres percebem-se rejeitadas, sozinhas, sem parceiros e desamparadas, algumas vezes, em pânico por não saberem o que fazer frente a esse evento, temendo por sua saúde e pela de seu bebê. Essa vivência de não-acolhimento pode precipitar uma crise, acrescida da peregrinação em busca de internação hospitalar, iniciando sua vivência de não-acolhimento institucional, gerador de frustração, sofrimento e até desespero.

Mulheres e maridos vivem solitários esse momento, não sabendo a quem recorrer. Desde o início de sua parturição, as mulheres necessitam compartilhar sua vivência, esperando ajuda e atenção não só para alívio das sensações dolorosas insuportáveis.

Algumas mulheres utilizam estratégias para garantirem a internação e

protegerem-se do não-acolhimento manifestando sua dor de modo escandaloso. Outras procuram o hospital em trabalho de parto avançado para garantir a internação ou a liberdade de movimento durante o trabalho de parto. A busca tardia pode expor as mulheres e o bebê a riscos.

Os profissionais e o hospital só prestam acolhimento sistemático do momento em que as mulheres internam no Centro Obstétrico, mesmo apresentando sinais e sintomas indicadores do início de sua parturição. Quando não têm indicação de internação, as mulheres sentem-se desconsideradas. Por isso, é de fundamental importância que os profissionais considerem as parturientes além de sua dimensão fisiológica. O conhecimento de suas expectativas, sentimentos e percepções sobre a parturição, de suas vivências pregressas de acolhimento, bem como de sua educação para a parturição, podem favorecer as decisões dos profissionais sobre o modo de acolhê-las desde o período premonitório, evitando expô-las e a seus filhos a situações de risco e às amargas experiências de peregrinação.

Uma proposta de acolhimento às mulheres no período inicial da parturição é necessária e constitui-se em um desafio técnico e administrativo a ser enfrentado pela instituição hospitalar se deseja humanizar o atendimento na Emergência Obstétrica.

As mulheres valorizam a presença qualificada dos profissionais do hospital, dos acadêmicos, do marido, principalmente quando percebem sensações dolorosas na Sala de Trabalho de Parto. Incluem também a parceria com Deus, quando a vivência da dor de parto se apresenta insuportável. Apesar de assumirem papéis muitas vezes distintos, esses parceiros são



integrados no acolhimento esperado e percebido pelas mulheres como aqueles que as apoiam para que a parturição transcorra em menor tempo, com menor sofrimento, sem complicações e em uma perspectiva humanizadora. As mulheres não desejam ficar sozinhas especialmente durante as dores de parto.

Robertson (1999) considera que muitas mulheres necessitam de companhia e de local seguro durante o trabalho de parto para que seu corpo faça o resto. Para a autora, qualquer pessoa que atenda as mulheres são consideradas como pessoa-suporte, cuja tarefa é oferecer-lhes apoio, criando local seguro para o nascimento com proteção e privacidade para as mulheres e uma atmosfera de permissividade e aceitação. O papel dessa pessoa requer sensibilidade e amor para apoiar a vivência das parturientes (id., 2000).

Os profissionais e, principalmente os acadêmicos de enfermagem e de medicina, quando interagem e estabelecem vínculo com as mulheres, são capazes de descentrarem a preocupação com seu desempenho técnico e com a própria aprendizagem, identificando-se como autênticos parceiros, e promovendo o acolhimento interpessoal.

Acredito que a parturição é um momento que exige parceria compromissada e amorosa. No entanto, o estabelecimento desses vínculos constitui-se em desafio para os profissionais e para as mulheres, devido ao curto período de tempo em que as mulheres permanecem no Centro Obstétrico, à variedade e à troca de profissionais a cada turno e a sua trajetória por diferentes setores. Essa situação exige dos profissionais e das mulheres adaptação constante e rápida.

Neste estudo, são identificadas algumas situações de não-acolhimento

vivenciadas pelas mulheres em seu percurso de parturição que podem ser caracterizadas como de violência institucional (Nogueira, 1994). A ausência de intervenção técnica em face da dor intensa manifestada pelas mulheres e o mau-trato psicológico durante o trabalho de parto e na Sala de Parto são alguns exemplos. Os efeitos dessas práticas de não-acolhimento que incidem sobre os direitos humanos merecem reflexão institucional.

A maioria das mulheres percebe a parturição como centrada em aspectos fisiológicos e espera que o acolhimento atenda suas necessidades básicas e favoreça a evolução do processo de parturição. O acolhimento às necessidades fisiológicas, de segurança e de amor é valorizado. As necessidades de auto-estima e de auto-realização parecem ter pouca significação na vivência de parturição das mulheres, porque o acolhimento que lhes é prestado pouco contribui para seu crescimento como pessoa, mulher e cidadã.

Essa situação pode ser compreendida pela vivência das mulheres como "máquina" do nascimento e pela intensa experiência de dor a que são submetidas durante o trabalho de parto. Isso leva-nas a viverem esse momento de modo solitário, sem intervenção dos profissionais que não utilizam método farmacológico ou não-farmacológico para aliviá-las. As mulheres concentram sua atenção e seus esforços para suportar a dor e destacam o acolhimento técnico e interpessoal para tornar a experiência dolorosa suportável ou para eliminá-la.

Os profissionais legitimam o mito da dor de parto, pouco intervindo para aliviá-la. O acolhimento técnico e interpessoal para alívio à dor só ocorre

quando as mulheres são submetidas à cesariana.

A dor é um dos elementos marcantes na trajetória da parturição, por esse motivo o acolhimento necessita considerá-la e incluir procedimentos no atendimento que viabilizem intencionalmente seu alívio com prontidão e resolutividade.

A desconsideração da dor, da singularidade das mulheres ao vivê-la, das manifestações fisiológicas e psicológicas que expressam nesse momento, de sua história pregressa de parturições e de sua vivência inicial nessa parturição, é reveladora de uma compreensão fragmentada do processo de parturição. Esse processo é visto como descontínuo no tempo, sendo suas conexões ignoradas entre o antes, o durante e o depois. Os profissionais concebem as mulheres como universais e a-históricas e demonstram compreensão reducionista da parturição e de sua multideterminação.

Ao não investigarem a vivência pregressa das mulheres determinantes de suas expectativas e percepções, os profissionais não conseguem compreender o processo de parturição na sua totalidade, assim como não valorizam esse conhecimento como fonte de qualificação do acolhimento. Igualmente deixam de se integrar à filosofia investigativa que orienta as atividades do hospital-escola onde se inserem.

Cabe ressaltar a importância do conhecimento dos fatores determinantes da percepção dolorosa, da consideração à singularidade das mulheres e de seu direito de se manifestarem livremente frente à dor.

No processo de parturição, a dor de parto ainda se constitui em problema nuclear a ser investigado e melhor compreendido. Acredito que o

desconhecimento sobre esse relevante componente da parturição e a desconsideração pelas mulheres pode transformar a vivência desse processo de uma transição existencial (Maldonado,1997) para uma crise, com sérias repercussões para o bebê e para a decisão de futuras parturições.

O modelo holístico abre possibilidades à investigação e à utilização de procedimentos não farmacológicos, ainda pouco explorados no âmbito hospitalar. Experiências inovadoras que contemplam a humanização do parto e nascimento como a de Odent (1984), Balaskas (1993) e Leboyer (1996), demonstram possibilidades de novos modos de parir, de nascer e de acolher. A prática do parto domiciliar, bem como modelos de parturição e de acolhimento, em outras culturas, experiências recentes com "doulas" por exemplo, podem também contribuir para a construção de novas propostas de acolhimento à parturição, desde que trazidos para a investigação, análise e vivência dos profissionais, especialmente dos acadêmicos.

Na ausência de uma concepção holística do processo de parturição e de uma concepção multidimensional das parturientes, os profissionais detêm-se nos aspectos fisiológicos, concebendo as mulheres de modo unidimensional e a parturição como um processo fragmentado.

Durante a trajetória de parturição hospitalar, as mulheres percebem o acolhimento que considere sua multidimensionalidade - física, psicológica, intelectual, intuitiva e espiritual. No entanto, elas próprias, poucas vezes colocam tais dimensões a serviço de sua parturição de modo consciente e intencional. Parece concentrarem-se na dimensão fisiológica, pouco utilizando as demais para apoiá-la nesse processo. Isso aponta para a importância da

educação para a parturição propiciar vivências pessoais significativas que promovam o auto-conhecimento e a utilização das potencialidades das mulheres como facilitadoras de seu processo de gestação e de parturição.

Apesar do pouco tempo de interação dos profissionais com as mulheres, de suas singularidades e das peculiaridades do processo de parturição, cabe refletir como ocupar os espaços educativos disponíveis durante a parturição.

As constatações provocam uma reflexão profunda sobre o tipo de formação dos profissionais da área obstétrica que atendem as mulheres. Parece que não há uma auto-reflexão sobre o significado que esses profissionais atribuem à dor, como vivem, a própria dor ou como percebem a dor das parturientes. Esta compreensão pode evitar que se utilize mecanismos de defesa projetivos em sua relação com a parturiente.

Na Sala de Parto, as mulheres esperam acolhimento que as auxiliem na superação das dificuldades da experiência de parturição. O ápice dessa experiência é vivido no momento do nascimento de seu filho, quando sua tarefa social é cumprida com êxito, ao nascer um bebê saudável e sem malformações. Essa situação da mulher como produto secundário da parturição é apontada por Davis-Floyd (1994) que refere ser o bebê perfeito o produto final desejado pela sociedade.

Durante o processo de parturição, há profissionais que pouco se preocupam em saber como as mulheres estão vivenciando esse processo, pois decidem sobre o atendimento a ser prestado, a partir de suas próprias referências. Não identificam as mulheres como sujeitos e nem a si próprios

como parceiros, apropriando-se indevidamente desse processo, impedindo-as de viverem essa etapa da parturição e do nascimento de seu filho como um momento de plenitude humana.

As mulheres assumem e vivem sozinhas sua gestação e no momento da parturição são desapropriadas do poder, que é por elas delegado aos profissionais que pouco fazem para restituir-lhes.

A maioria das mulheres não espera ter o controle de sua parturição, deseja ter informações sobre o que está acontecendo consigo e com seu bebê e sobre o modo de participar, buscando adaptar-se ao modelo hospitalar esperado. Perdem a liberdade de expressar seus sentimentos em face da dor mas não reivindicam o apoio de que necessitam nesse momento. Não desejam ficar à margem desse processo mas se entregam aos profissionais, reconhecendo sua dependência aos seus saberes e fazeres, esperando, também serem acolhidas, com informação, com aceitação, atenção.

Ao decidirem pela institucionalização de seu parto, essas mulheres delegam ao hospital e aos profissionais a responsabilidade pelo seu atendimento. Em sua maioria, legitimam sem questionarem as práticas a que se submetem, por acreditarem que tais procedimentos fazem parte desse processo.

No entanto, as mulheres percebem que alguns profissionais preocupados quase exclusivamente com o acolhimento técnico vivem esse momento como de apenas mais um parto, sem empatia suficiente para compreender o significado de "dar à luz".

A responsabilidade técnica e humana dos profissionais em relação à

parturiente e o bebê são justificativas de sua abordagem paternalista e intervencionista. Os desafios para desconstruir essa relação de dependência, situam-se em proporcionar às mulheres espaço privilegiado à educação para a parturição nas instituições de saúde que as acolhem durante o pré-natal, o parto e o pós-parto.

É necessário que os profissionais atentem para não transformarem o acolhimento esperado pelas mulheres em instrumento de manipulação e sim libertador e educativo, inspirando-se na proposta emancipatória de Freire (1997). Nesse momento em que as mulheres encontram-se fragilizadas, espera-se que os profissionais não coloquem as relações interpessoais esperadas a serviço da "manipulação adocicada", assistencializando-as, mantendo a dominação, anestesiando o pensamento. Promover o diálogo com as mulheres na perspectiva de Freire (1983) é um caminho que significa fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, estabelecer uma relação horizontal e de confiança mútua.

Nesse sentido, tanto a filosofia e a política de assistência do hospital, como o fazer interpessoal e técnico dos profissionais, são desafiados a realizarem uma ação conscientizadora, apoiando as mulheres em seu processo de transição para a consciência crítica. Com isso, integram-se à tarefa educativa de promoção pessoal/social das mulheres. O acolhimento durante a trajetória da parturição pode se constituir em um dos espaços para o aumento da auto-estima das mulheres, culturalmente desvalorizadas.

Considero que a sociedade e a cultura hospitalar condicionam a participação das mulheres à supervisão dos profissionais. Acredito também que

as mulheres, mesmo inconscientemente, ainda legitimam sua função de objeto social do parir, não reivindicam sua participação e autonomia para além dessa visão instrumental e dependente. Entregam-se aos profissionais que com elas não estabelecem parceria. Consideram-se auxiliares de um processo comandado pelos profissionais, sendo sua tarefa a de apenas “fazer o que lhes é dito para fazer”, submetendo-se a relações autoritárias e dependentes. Com isso, é reforçada a desqualificação de seu conhecimento popular e de sua incapacidade de fazerem leitura de seu próprio processo de parturição.

A vivência das mulheres na Sala de Recuperação Pós-parto traz compreensões sobre o acolhimento hospitalar. Essa vivência constitui-se em uma busca inicial de recuperação fisiológica e psicológica da experiência vivida durante a parturição. Em decorrência, o acolhimento técnico integrado ao interpessoal assume importância nesse período inicial do puerpério, que se prolonga no Alojamento Conjunto e, posteriormente finaliza quando do retorno das mulheres a sua residência.

As mulheres permanecem apenas poucas horas nesse setor e os profissionais são desafiados a diagnosticarem suas necessidades e com prontidão e resolutividade apoiarem sua recuperação. Para tanto, necessitam de conhecimento, experiência, habilidade, sensibilidade e acuidade suficientes para garantirem um acolhimento adequado a cada mulher, que expressam necessidades psicofisiológicas e psicossociais. É evidente, que mesmo considerando as rotinas, o acolhimento não pode ser padronizado, igual ou universal para todas as mulheres.

Outro resultado importante da pesquisa, relaciona-se ao significado do



acolhimento no puerpério, inicialmente restrito ao Centro Obstétrico. A vivência neste setor e, posteriormente, durante a entrevista da pesquisa na Unidade de Internação Obstétrica, mostra que o acolhimento às mulheres não pode centrar-se somente em sua recuperação fisiológica e nas informações para assumirem seu papel de mãe.

Em curto período de tempo, as mulheres deixam de ser grávidas, tornando-se parturientes e, em seguida mães, sem que lhes seja oportunizado viverem um momento de reflexão terapêutica e educativa sobre sua vivência na parturição. Por conseguinte, necessitam não só resgatar o processo vivido como também compreendê-lo, reelaborá-lo, principalmente, no caso daquelas mulheres que vivem a parturição como uma crise. Estratégias de acolhimento que incluam a atenção aos processos de reorganização psicológica na perspectiva de pessoa, de mulher e de cidadã, parecem importantes, desde que se caracterizem como uma relação efetiva de ajuda.

Os resultados da pesquisa ainda indicam que as mulheres percebem situações de não-acolhimento quando suas necessidades e expectativas não são atendidas.

Durante sua trajetória hospitalar e, de modo especial, nos diferentes setores do Centro Obstétrico, demonstram medo, insegurança, nervosismo que podem ser amenizados ou exacerbados pelo não-acolhimento dos profissionais.

No entanto, as práticas de acolhimento ainda não são totalmente exigidas pelas mulheres que não as reivindicam como direito. A assistência à saúde é ainda tão precária em nossa sociedade, que as mulheres se

contentam quando encontram uma vaga no hospital para parir seu filho e não são mandadas embora. A maioria expressa profundo agradecimento por esse “favor que lhes foi concedido”. Penso que é por esse motivo que não se sentem no direito de reclamar, questionar e, muito menos de exigir. Aceitam impedimentos, maus-tratos, discriminação, desconsideração, falta e/ou omissão de informações sobre o processo que estão vivendo para garantirem o atendimento durante o nascimento de seu filho. Suportam o não-acolhimento que até pode provocar a vivência da parturição como uma crise e não uma transição existencial, situação essa que poderia ser evitada pelos profissionais e pelas rotinas do hospital.

O não-acolhimento é identificado pelas mulheres quando não se percebem como o centro da atenção, vivendo a experiência do atendimento com ênfase em aspectos fisiológicos e técnicos, de modo fragmentado, desumano e, algumas vezes, com violência. O não-acolhimento tem suas concepções justificadas no paradigma mecanicista e materialista de nossa cultura ocidental, que por sua vez fundamenta o modelo tecnológico e biomédico da parturição. Nessa perspectiva, a parturição é concebida como um processo patológico que depende da intervenção dos profissionais. O que se constata é coerência entre as práticas de não-acolhimento apontadas pelas mulheres e os referenciais que lhes dão suporte e que as legitimam.

No entanto, mesmo as mulheres percebendo esse modelo equivocado, incapaz de atender suas necessidades básicas e suas expectativas, se submetem a tais práticas. A maioria submete-se e as justifica, outras ainda assumem a culpa individual quando ocorrem complicações decorrentes dessas

práticas. Nesse sentido, a sociedade se exime da culpa social pelas repercussões da precária assistência à saúde que proporciona às mulheres.

As práticas de não-acolhimento são consentidas pela posição de inferioridade em que se percebem e são percebidas no âmbito hospitalar. A desqualificação, a dependência e a submissão que vivem na sociedade, acrescidas da reduzida educação para a parturição, justificam sua atitude de convivência com essa situação.

A educação para a parturição preenche a lacuna constatada nessa pesquisa, a da insuficiente informação e formação das mulheres sobre a parturição. Além disso, pode desmitificar a cultura da dor de parto, apontar novas possibilidades para que essa experiência dolorosa e seu acolhimento não sejam vivenciados de modo desumano. Proporciona também a informação consistente que, segundo Hallgren et al. (1995), promove o sentimento de compreensividade, de administrabilidade e de significado de sua experiência.

A educação para a parturição pode resgatar o senso de valor e importância das mulheres ao viverem sua parturição, promovendo sua autoestima por identificarem, segundo Mackey (1995) seu próprio desempenho como um dos mais importantes ou o mais importante componente da experiência de nascimento de seu filho. Segundo Robertson (1999), promover o empoderamento, ou seja, o poder individual das mulheres e de seus companheiros, instrumentalizando-os com habilidades consideradas úteis na organização do nascimento de seu filho, adequado as suas necessidades e a seu papel de pais.

No entanto, essa educação é indispensável não só durante as

consultas de pré-natal e nos cursos de preparo para o parto, como também durante a parturição e o puerpério.

Acredito que com a institucionalização do parto, institucionaliza-se também o conhecimento sobre a parturição. Daí a necessidade da educação para esse processo ser assumida também pelo hospital. Não podendo o hospital desenvolver com exclusividade todas as tarefas educativas, necessária se faz sua integração com outros níveis de atenção à saúde e com organizações da comunidade, para dar cobertura à demanda de gestantes e puérperas em nossa realidade. Importante é que essa oportunidade possa ser oferecida aos casais grávidos trabalhadores adaptando-se a suas condições sócio-econômicas e culturais, em locais, dias e horários acessíveis garantindo-se assim a democratização de oportunidades. Além disso, a participação de acadêmicos da área da saúde em propostas dessa natureza assume também, importância educativa ao viabilizar a concretização do compromisso social dos acadêmicos e da própria Universidade. Experiências dessa natureza em outros hospitais-escola, já referidas, comprovam resultados positivos.

## **5.2 Reconceptualizando práticas**

Os resultados da pesquisa comprometem todos os profissionais do hospital com o acolhimento às mulheres. Remetem também à necessidade de preparo especializado não só em suas respectivas áreas técnicas, como na dimensão interpessoal e institucional, garantindo-se a integração entre os profissionais e a unidade de ação em torno do acolhimento.

As constatações resultantes deste estudo provocam uma reflexão profunda sobre o tipo de formação dos profissionais da área obstétrica que

atendem as mulheres. Gualda (1993) refere que os profissionais tomam decisões baseadas em seu conhecimento profissional adquirido em sua vivência e em seu critério de valor, culturalmente transmitido.

Junqueira e Tsunehiro (1988), recomendam a reflexão dos docentes de hospital-escola sobre o momento do parto como espaço de ensino - aprendizagem, evitando-se que em nome do ensino seja institucionalizado o desrespeito às mulheres. A questão ética é de valor fundamental na formação dos acadêmicos e dos profissionais em serviço.

O HCPA, como hospital-escola, assume compromisso com os acadêmicos da área da saúde que encontram no Centro Obstétrico espaço de aprendizagem sobre a parturição e seu acolhimento.

As práticas de acolhimento dos profissionais necessitam ser modificadas. Para isso, é fundamental ouvir a palavra das mulheres, é necessária uma mudança de atitude que, segundo Gualda (1994, p.335-336),

"...implica numa vontade consciente de recodificar o saber cientificamente aprendido, reconhecer o sistema cultural contextualizado e trabalhar com os nossos clientes nas soluções possíveis para as dificuldades encontradas no momento do parto."

A Organização Mundial da Saúde (1985) recomenda a modificação nas atitudes da equipe como um dos requisitos para que a humanização do parto e do nascimento se efetivem. Recomenda também a inclusão de técnicas de comunicação e de novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento em programas de treinamento profissional.

Considero que a mudança de atitudes se realize pela educação formal

e continuada dos profissionais e pela qualidade educativa das vivências cotidianas no contexto hospitalar. Isso pode acontecer na medida em que seus referenciais sejam reconstruídos a partir da inspiração no paradigma holístico e vinculados com a realidade hospitalar em nosso país. Nesse momento, busca-se a transição do modelo biomédico e tecnológico da parturição para o modelo holístico.

A perspectiva de Morin (2000) sobre o "ensino educativo" pode inspirar a ação educativa com vistas à mudança de atitude dos acadêmicos e profissionais da saúde. Esse tipo de ensino, segundo o autor, tem a missão de "...transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo um modo de pensar aberto e livre" (ibidem, p.11). Indica que a aptidão da mente humana para contextualizar e integrar precisa ser desenvolvida e não atrofiada pelo ensino, como uma possibilidade para superar o conhecimento fragmentado que só serve para o uso técnico e para um pensamento que não considere a condição humana no âmago da vida, na terra, no mundo e, incapaz de enfrentar os desafios de nossa época.

Para Morin (2000), o desafio de nossa época é de reformar o pensamento para que permita respostas que o momento exige e para a ligação entre a cultura científica e a humanística, ainda dissociadas. Segundo o autor, esta reforma não é de programa mas de paradigma relacionada as nossas possibilidades de organizar o conhecimento, na qual a reforma do ensino está profundamente comprometida.

A potencialidade do modelo holístico no acolhimento à parturição ainda