Ana Verônica Rodrigues da Silva

**O suporte institucional à parturiente: a dimensão interpessoal no
contexto da assistência ao parto**

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Departamento de Saúde Materno-Infantil
para obtenção de Grau de Doutor Nível Doutorado

Orientador:

Prof. Titular Arnaldo A . Franco de Siqueira

São Paulo
2004

Agradecimentos

Agradeço aos deuses da luz, meus guias espirituais, que me concederam a bênção da vida e do bem viver, essenciais para a travessia do percurso até aqui.

Minha enorme gratidão

A todas as mulheres, que me permitiram compartilhar do seu precioso momento a caminho de dar à luz à vida infante.

Às doulas, que me ofereceram generosamente seu tempo para as entrevistas.

Ao Prof. Arnaldo A. F. de Siqueira, pela orientação competente, atenta, respeitosa e sábia com que me acompanhou na trajetória acadêmica de tantos anos.

À Profa. Ana Cristina Tanaka, que me ensinou, esclareceu, conversou, encorajou nos desafios do caminho percorrido.

À Dra. Maria Isabel Baltar e Dra. Maria José Osis, pelas importantes e fundamentais sugestões que tornaram este trabalho melhor.

À Dra. Ruth H. Osava pelas contribuições, acolhimento na maternidade e pelos ensinamentos dados com a grandeza de sua prática profissional.

À Regina Rocha, amiga-irmã, pela presença generosa e reasseguradora, com as leituras e conversas, nos inícios e no seguir deste trabalho.

Ao grande amigo, Prof. Ângelo Brás, pelos seus ótimos conselhos para a feitura deste trabalho e pela amizade afetuosa de sempre.

À Profa. Luziane Avellar, pelos momentos em que pudemos trocar idéias com afeto e com muito humor.

Às obstetrizes Ana, Cida e Yuki, com quem também muito aprendi sobre as coisas da parturição.

À Daniela, pelo carinho, disponibilidade e paciência atenciosa com que me ajudou em muitos momentos desta caminhada, no trato visual do trabalho e no crucial momento da impressão.

Às “meninas” da Biblioteca desta Faculdade, Liliane, Afra, Antônia, Gisele, pelo solícito e eficiente auxílio. Especialmente à Márcia, pelo seu empenho resolutivo nas buscas difíceis, nas muitas vezes em que precisei.

À Maria Lúcia, pela sensibilidade e excelência de suas orientações na procura das referências difíceis de encontrar.

À Márcia e à Renilda, do Serviço de Aprimoramento, pela eficiência e ajuda solidária nos caminhos formais dos papéis.

À Elba e à Iara, pela constante atenção.

Aos demais amigos que, de um modo ou de outro, me estimularam a prosseguir.

Dedico este trabalho

aos meus filhos, Ana e Felipe, mestres primeiros nos saberes do parir,

à Daniela, nora e filha do coração,

a minha avó, Vicentina, que me ensinou quase tudo,

(in memoriam)

ao meus pais, sempre presentes,

à Regina, querida amiga e irmã de escolha.

O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto

ÍNDICE

1	Introdução	1
1.1	Assistência ao parto	3
1.2	Relações interpessoais nas práticas de saúde	19
1.3	O suporte institucional à parturiente	32
2	Hipótese	38
3	Objetivos	39
3.1	Geral	39
3.2	Específicos	39
4	Aspectos teórico-metodológicos	40
4.1	Acerca do problema	40
4.2	Procedimentos metodológicos	43
5	Aspectos éticos	58
6	Dados situacionais	59
6.1	Parturientes	59
6.2	Provedoras	61
6.3	Instituição	62
7	Sobre os dizeres	65
7.1	Os dizeres sobre si	66
7.2	Os dizeres sobre a presença do outro	73
8	As falas como discurso	96
9	Considerações finais	113
10	Referências bibliográficas	116

ANEXOS

RESUMO

Rodrigues AV. **O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto.** São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

As questões relativas ao parto e sua assistência apresentam-se como problemas relevantes de saúde pública. O enfrentamento das adversidades presentes na assistência à saúde materna tem envolvido diversas iniciativas resultando em avanços em várias direções. Os estudos sobre as práticas assistenciais em saúde vêm tematizando questões como a influência considerável da dimensão relacional na qualidade dos cuidados prestados. Este trabalho aborda tal dimensão no contexto da assistência ao parto.

Hipótese. Os efeitos benéficos de suporte emocional/psicológico oferecido às mulheres, durante o trabalho de parto e parto, dependem da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre os agentes envolvidos na situação.

Objetivo. Descrever e analisar pontos de conexão entre as vivências das parturientes durante o trabalho de parto e parto e o suporte oferecido.

Aspectos metodológicos. Estudo descritivo, qualitativo, utilizando técnica de entrevista semi-estruturada com parturientes e provedoras de cuidados (doulas) e observação de rotinas em maternidade de São Paulo, em 2004.

Resultados. Verificou-se a relevância e a valorização das relações interpessoais no processo da parturição. Processo este referido pelas parturientes como experiência de elevado grau de estresse com vivências de dor, medo, angústia e ansiedade. Identificou-se também disposições subjetivas, entre as doulas, de solicitude, acolhimento e diálogo no exercício de provimento dos cuidados.

Considerações finais. A análise dos dados possibilitou considerar o espaço relacional, intersubjetivo, como lugar de interlocução marcada pela escuta das demandas e de acolhimento dos processos vivenciados configurando-se, assim, como recurso equivalente àqueles prescritos como tecnologias apropriadas na assistência ao parto.

Descritores: Parto, trabalho de parto/psicologia, qualidade dos cuidados de saúde, acompanhantes de pacientes, doulas.

ABSTRACT

Rodrigues, A.V. – **Supporting the childbearing woman: an interpersonal dimension within the context of childbirth care.** São Paulo, SP, Brazil: 2004. [Doctorate Thesis – University of São Paulo School of Public Health].

Issues related to childbirth and its appropriate care represent a relevant part of the public health concerns. When dealing with the various adversities that appear in the practice of the maternal health care, professionals of the area have launched many initiatives that resulted in advancements in various directions. Studies carried out on health care practices have been focusing questions such as the considerable influence of the dimension of interpersonal relationships on the quality of the services rendered. This paper approaches such dimension in the context of the childbirth care. **Hypothesis:** the beneficial effects coming from the emotional/psychological support provided for women during labor and birth depend on the quality of the interpersonal relationships established among the agents involved in the situation. **Objective:** The target of the present study is to describe and analyze the existing connecting points between the childbearing women's experiences during labor and birth and the support they are provided for. **Methodological aspects:** This paper comprehends a qualitative/descriptive study that uses semi-structured interview techniques among with childbearing women and caregivers (doulas), besides observation of routine practices in maternity hospitals of São Paulo city. **Results:** Both the relevance and valorization concerning interpersonal relationships during the process of parturition were verified, such process being described by childbearing women as an experience that brings about a high degree of stress, with pain, fear, anguish, and anxiety playing important roles. During the provision of care, subjective dispositions of solicitude, acceptance, and dialogue were also detected among doulas. **Final considerations:** Data analysis enabled us to consider the intersubjective space of relationships as the point where interlocutions take place, being marked by the listening of the childbearing women's demands and the acceptance and reassurance of the processes they are experiencing, thus characterizing it as a

resource equivalent to those prescribed as technologies appropriate to the birth care.

Descriptors: childbirth, labour/ psychology, health care quality, doula.

1 Introdução

Notas iniciais

A idéia desse estudo remonta à experiência no processo de investigação das mortes maternas efetuada na região Norte do município de São Paulo – Distrito da Freguesia do Ó – durante os três anos em que fiz parte do Comitê de Estudos e Prevenção da Morte Materna. O trabalho aí realizado trouxe à tona algumas reflexões que, por sua vez, foram objeto da Dissertação de Mestrado “Comitê de Mortalidade Materna do Estado de São Paulo: trajetória e vicissitudes”, orientada pelo Prof. Arnaldo A. F. de Siqueira e apresentada ao Departamento de Saúde Materno- Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O cotidiano do processo de investigação da morte materna me levou a, entre outras coisas, oferecer um atendimento grupal às gestantes de um dos Centros de Saúde da região de abrangência do referido Distrito de Saúde. O diálogo e as vivências compartilhadas nessa experiência trouxeram questões que, somando-se àquelas surgidas no processo de estudo do referido Comitê moveram minhas preocupações na direção de uma investigação sobre as contingências em torno do parto, aproximando-me da perspectiva das parturientes.

Dentre essas contingências poderia situar: o medo do parto e de suas dores, temores de que algo não corresse bem (má formação do feto, condições de saúde do bebê, por exemplo); a desinformação sobre o processo fisiológico da gestação e o significado das modificações do corpo durante a gravidez; os possíveis sentidos de alguns estados emocionais que podem ocorrer nesse período; desconhecimento sobre o trabalho de parto e parto (sinais e evolução) e dos direitos enquanto parturiente; sentimentos de insegurança advindos de incertezas quanto ao seu atendimento institucional.

A experiência adquirida com o atendimento às gestantes, com a investigação das mortes maternas e com o processo de trabalho do referido estudo do Comitê permitiu, por um lado, um contato constante com os problemas que cercam a assistência à mulher

no ciclo gravídico-puerperal. Por outro lado, a aproximação com a literatura sobre o tema, que tem mostrado a relevância do conhecimento sobre o percurso histórico da assistência nesse campo revelando os avanços, as limitações e a compreensão tanto das circunstâncias como das conseqüências da insatisfatória qualidade da assistência à gestação e ao parto nos dias de hoje.

1.1 Assistência ao parto

A literatura sobre as questões relativas ao parto e sua assistência vem pontuando situações estudadas que se configuram como problemas relevantes de saúde pública: altos coeficientes de mortalidade materna em todas as regiões do país, as altas taxas de cesárea, o déficit de leitos de maternidade, pré-natal pouco qualificado, a precária organização do sistema de saúde, entre outros.

O conhecimento que vem sendo historicamente construído em torno do parto não pode ser redutível apenas ao domínio da Medicina, como se poderia supor quando se leva em conta os avanços técnico-científicos dessa área e a condição hegemônica de seu discurso e de suas práticas.

Outros saberes no campo das Ciências Humanas tais como da Antropologia, Psicologia, História, Sociologia também vêm contribuindo fortemente, com seus aportes, para o desvelamento de aspectos e dimensões, mais recentemente estudados, que, ao pôr em pauta outras e diferentes perspectivas à compreensão de paradigmas e práticas deles decorrentes, por vezes confrontam-se, por vezes integram-se aos conhecimentos já estabelecidos. Assim, tal diálogo que implica no confronto de idéias e práticas vem propiciando, ora pela convergência, ora pela divergência, a apropriação dos diferentes pontos de vista pelos diversos agentes sociais – e as próprias mulheres – envolvidos e interessados no melhor equacionamento da questão. E o conhecimento construído nesse movimento dialógico entre os saberes poderá certamente constituir-se como elemento subsidiário e valioso para a formulação de políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas para a assistência à saúde materna.

As numerosas publicações sobre o tema, na perspectiva dos saberes mencionados, dialogando entre si e oferecendo contribuições mostram a amplitude, as interfaces e a relevância do problema, sobretudo se se considerar a potencialidade desses aportes como subsídios às políticas públicas nesse setor e sua incidência no âmbito das práticas assistenciais na direção da boa qualidade a que têm direito as mulheres.

As deficiências na atenção à saúde materna inscrevem-se no quadro geral do padrão de atenção à saúde da população e, como tal, refletem concepções e práticas das políticas públicas do setor. Tomando-se como referência alguns marcos históricos na trajetória recente das políticas de saúde pode-se observar que a construção da noção de saúde como um direito da cidadania – direito de todos e dever do Estado – foi fortemente mobilizadora desenvolvendo-se, no Brasil, no decurso das décadas de 1970 e de 1980, tendo sido consubstanciada na Carta constitucional de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde, que consolidou os princípios e diretrizes (LOS) da universalização, integralidade da atenção, da equidade, da descentralização, já formulados em iniciativas anteriores como as propostas das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983 e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (COHN et al. 1991, COHN e ELIAS 1996).

Além de instituir a saúde como direito de todo cidadão, a Constituição, no artigo 198 que cria o Sistema Único de Saúde, estabelece suas diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera governamental; o atendimento integral abrangendo a assistência curativa e atividades assistenciais preventivas; a participação da comunidade, isto é, a prática do controle social sobre os serviços públicos de saúde e sua atividades. Prevê a integração no Sistema das instituições privadas, em caráter complementar. Quanto ao financiamento, a Constituição define o aporte de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios (CARVALHO e SANTOS 1995; COHN e ELIAS 1996). Para a implementação do Sistema foi criado o arcabouço legal através de decretos, portarias, normas e leis procedentes das três esferas de governo. Entretanto, quase cinco anos depois de vigência da Constituição e três anos após a aprovação da Lei Orgânica do SUS (LOS) é que foi possível avançar com a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB) em 1993, que regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços, estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde no âmbito do SUS e definiu as diretrizes para investimentos no setor (COHN e ELIAS 1996).

Esse breve retrospecto é revelador, na ótica dos direitos sociais, da magnitude dos avanços alcançados no campo da saúde. Do ponto de vista do suporte jurídico-legal, passos importantes e fundamentais foram dados para o cumprimento dos dispositivos constitucionais. Todavia, a despeito das conquistas logradas, a situação precária da

assistência na rede pública, confrontada com os avanços institucionais do setor saúde, revela-se contrastante.

De acordo com BERQUÓ (1998), a insuficiência de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) aliada à resistência a mudanças e à inércia da máquina administrativa, em todos os níveis – geral e local – são parte das dificuldades que geram a insatisfatória e iníqua situação de saúde básica da população. Cabe mencionar a referência da autora à não implantação da assistência à saúde reprodutiva nos padrões da integralidade da atenção nos serviços de saúde da rede pública dos quais 75% da população brasileira é demandatária e dependente (BERQUÓ 1998).

Importa assinalar que as questões específicas da atenção à saúde materna, sendo uma dimensão dos cuidados com a saúde reprodutiva, situam-se também no contexto dos marcos conceituais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja proposta representou avanços na abordagem da saúde da população feminina. OSIS (1994, 1998) refere as dificuldades de toda ordem – morosidade, desacertos no nível do planejamento e das medidas práticas, são algumas delas – na implementação efetiva do PAISM em todo o país. É preciso lembrar, uma vez mais, que as dificuldades constatadas na implantação desse Programa refletem as adversidades de todo o sistema público de saúde (OSIS 1998).

O descompasso entre a política de saúde fundada nos preceitos constitucionais que proclamam a assistência à saúde como direito garantido pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a situação de insuficiência operacional do sistema, tanto do ponto de vista da absorção da demanda, como do ponto de vista de sua organização, isto é, a integração, a regionalização e a hierarquização dos serviços, são questões examinadas por TANAKA (1995) que mostra em seu estudo a incidência desse descompasso sobre a qualidade da atenção que se presta à saúde materna.

No que tange à assistência obstétrica e ao parto especificamente, a autora coloca a situação paradoxal que representou a crescente institucionalização do parto no país, a partir do final da década de 1960, com a extinção do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a universalização do direito ao acesso aos serviços proclamado na Constituição Brasileira de 1988. Nesse período, o acesso da gestante à rede hospitalar para o parto se dava de acordo com a condição de ser ou não vinculada ao Instituto Nacional de Previdência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INPS/INAMPS). As gestantes previdenciárias tinham assegurada a sua assistência ao parto nos serviços da rede conveniada ou contratada pelo Instituto e aquelas gestantes do grupo social de baixa renda excluído do mercado formal de trabalho, não previdenciárias, acessavam os serviços da rede pública, filantrópica e das instituições de ensino (hospitais-escola). A situação de crise de financiamento do setor saúde, conjugada a uma maior demanda verificada no setor público levou ao paradoxo apontado pela autora que diz: “(...) paradoxalmente ao direito legal, a não diferenciação da clientela pelos serviços acarretou maior dificuldade de internação das parturientes nos hospitais filantrópicos e conveniados/contratados com o INAMPS” (TANAKA 1995, p.39).

O agravamento da falta crônica de leitos públicos intensificou, a partir desse momento, a busca feita pela própria gestante, muitas vezes sem êxito, por um atendimento hospitalar para seu parto caracterizando uma situação cunhada por Tanaka de “peregrinação para a morte”. Em sua análise dos dados do “Estudo da mortalidade materna na região Sul do Município de São Paulo: análise preliminar” (SIQUEIRA e cols. 1991), a autora observou que das 52 mortes maternas causadas por “complicações próprias e associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério, 55,1% tiveram de peregrinar até a morte” (TANAKA 1995, p.40).

Os casos relatados e analisados são exemplares como expressão da desqualificação da assistência materna, desqualificação essa que passa, entre outras questões, pela lógica da produção e da produtividade que tem regido esses serviços comprometendo a qualidade do atendimento; pelas insuficiências gerais do sistema de saúde e a desarticulação entre os diferentes níveis repercutindo nas condutas adotadas no período gravídico-puerperal que, muitas vezes, têm sido inadequadas (TANAKA 1995).

Ainda com relação aos problemas de acesso ao leito obstétrico – problema este que implica graus de complexidade no equacionamento do número e distribuição de leitos – DINIZ (2001), em seu estudo que envolveu a observação direta do atendimento em duas maternidades na cidade de São Paulo, durante o ano de 2000, identificou algumas dificuldades dos serviços observados, no tocante à oferta de leitos, tais como: na agilidade da comunicação dos leitos disponíveis, entre os profissionais envolvidos no atendimento “desde a porta até a sala de parto” (p. 177); na contenção da demanda

como estratégia preventiva à superlotação visando, com tal estratégia, o não comprometimento da qualidade do atendimento, como também a regulação da carga de trabalho dos profissionais. A autora sugere a coexistência, difícil de demarcar, das práticas de contenção da demanda e mesmo de recusa de assistência por razões infra-estruturais, ou seja, precariedade das condições relativas aos recursos humanos e materiais dos serviços, por um lado e, por outro, essas mesmas práticas como sendo decorrentes “do exercício de uma cultura institucional de pouco cuidado com o acesso, que pode vir a comprometer qualquer proposta de assistência, pois, pode ter como consequência a peregrinação por leitos” (DINIZ 2001, p. 179).

A variabilidade dos critérios de internamento entre as instituições e entre os profissionais, quanto aos parâmetros clínicos considerados apropriados para a admissão no serviço (trabalho de parto latente e fase ativa, por exemplo), bem como a associação e necessária conjugação da disponibilidade dos leitos obstétricos com os respectivos leitos perinatais e os de puerpério, são apontados também como questões adicionais complicadoras para o problema do acesso aos leitos obstétricos (DINIZ 2001). A autora ressalta, entretanto, que a central de vagas, em funcionamento na cidade de São Paulo, tem sido útil na referência de casos de pacientes de baixo e médio riscos, porém verifica-se ainda o preocupante déficit de vagas para os casos de gravidez de alto risco.

A situação de déficit na oferta de leitos obstétricos, no âmbito do país, ainda apresenta as dificuldades mencionadas por Tanaka e Diniz, segundo análise do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). No que diz respeito à sistematização da assistência obstétrica, o Ministério também refere a dissociação e descontinuidade das atividades da rede de serviços do nível da atenção básica e as dos hospitais como problemas que ainda permanecem. Um exemplo dessa situação, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, é o não acompanhamento da gestante durante o período final da gravidez – fase em que há riscos de agravos à saúde – dada a prática usual dos serviços de dar “ 'alta' ao redor do oitavo mês” (p.18).

Importantes aspectos para a reflexão sobre a assistência obstétrica no país foram indicados na discussão apresentada por FAÚNDES e CECATTI (1991) sobre o aumento da incidência de cesárea no Brasil. Buscando identificar fatores que poderiam estar influenciando essa tendência, crescente no país, os autores empreenderam investigação com base em dados disponíveis em estudos diversos, como os da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1981, os do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no período 1970-1980, entre outros. Dentre os condicionantes para a alta das taxas de cesárea foram apontados pelos autores: a conveniência do médico na preferência pela intervenção programada, por questões de tempo investido e crença na segurança do procedimento; “fatores institucionais”, entre os quais, a política de pagamento do INAMPS, que financiava, no período 1970-1980, três quartos dos partos realizados pagando um valor menor para o parto normal por referência ao valor da cesárea.

A política de financiamento da assistência hospitalar ao parto referida por TANAKA (1995), FAÚNDES e CECATTI (1991) que subvalorizava o parto normal, foi objeto de redefinições, a partir do final dos anos 1990, com medidas estabelecidas em portarias pelo Ministério da Saúde. De acordo com dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), o parto normal foi procedimento de maior frequência e o segundo maior em impacto financeiro no ano de 1999.

Dessa forma, um conjunto de portarias*, editadas entre os anos de 1998 e 2001, dispunham sobre pagamento percentual máximo de partos cesarianos em relação ao número total de partos de cada hospital vinculado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e tratavam da adequação dos limites de partos cirúrgicos nos hospitais das redes estaduais.

Além desse, outro aspecto que merece atenção no trabalho de FAÚNDES e CECATTI (1991) é a importância dos fatores socioculturais no aumento da incidência das taxas de cesárea. Dentre as questões presentes na reflexão dos autores, e que são de interesse para o presente estudo, destacam-se: o medo da dor durante o trabalho de parto e parto, a idéia de lesões anatômicas e fisiológicas que seriam provocadas pelo parto normal e o conceito, largamente difundido, de que o parto vaginal traz riscos para o feto. Tais idéias, segundo os autores, tornaram-se prevalentes entre as mulheres parturientes e entre os médicos (FAÚNDES e CECATTI 1991).

O medo da dor do parto aparece também mencionado pelas mulheres que participaram do estudo de MORAES e GOLDENBERG (2001). Vale notar que na abordagem sobre a ascensão da prática de cesárea os autores referem, como um dos

* Ver portarias MS/GM n. 2.816 de 1998; n.865 de 1999; n.466 de 2000; n.426 de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

eixos explicativos desse fenômeno, a dimensão cultural dessa prática – “o plano da cultura da cesárea”. Em seu estudo os autores verificaram a valorização da cesárea entre os docentes da Faculdade de Medicina local, pela mídia impressa da cidade onde o estudo foi realizado e por um significativo contingente (41,1 %) das mulheres entrevistadas (excetuando-se aquelas, 13,7%, que optaram por esse tipo de parto por indicação médica precisa). Os autores afirmaram endossar a importância do acesso à analgesia para o parto normal.

O acesso à analgesia tem sido reconhecido como um direito e foi previsto como procedimento pagável na portaria GM/MS/2.815, de 1998, como uma das ações de política pública de redução de cesáreas e de fomento ao parto vaginal. Entretanto, a disponibilidade desse procedimento para os partos normais nos serviços públicos enfrenta questionamentos e controvérsias (DINIZ 2000; SOUZA 2003).

O enfrentamento das adversidades presentes na assistência à saúde materna e das distorções nas práticas de saúde no ciclo gravidez-puerpério tem envolvido, como já mencionado, estudos, pesquisas e iniciativas de órgãos governamentais brasileiros, organismos internacionais, universidades, centros de pesquisa e da sociedade civil através de associações de profissionais e dos movimentos sociais organizados (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento-REHUNA, Amigas do Parto, Doulas do Brasil, entre outros).

Exemplo dessas iniciativas, de grande repercussão mundial, foi a intensa mobilização pelo combate à mortalidade materna – considerada como um sensível indicador de saúde – tendo como marco importante a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco (*Safe Motherhood Conference*), em Nairobi, no final dos anos 1980, que criou e impulsionou, durante os anos 1990, diversas medidas e iniciativas, nos âmbitos nacional e internacional, relativas à assistência à saúde reprodutiva e à atenção ao parto (RODRIGUES 2000; RODRIGUES e SIQUEIRA 2003). Importa salientar que tais medidas se consubstanciaram em compromissos firmados pelos países signatários das resoluções desta e de outras Conferências que se seguiram, ao longo da década de 1990, cujas linhas mestras alcançaram o âmbito das políticas públicas; da legislação; dos programas e serviços de saúde reprodutiva; capacitação dos recursos humanos; educação da população; vigilância e avaliação; investigação e financiamento (PAHO/WHO 1990; OPS/OMS 1996).

As estratégias e metas consubstanciadas nos programas e planos de ação dos países membros da Organização Mundial de Saúde mostram as interfaces das políticas públicas da área de saúde com as políticas dos demais setores que integram as responsabilidades do Estado.

Assim, os esforços para responder aos desafios colocados pela Iniciativa para a Maternidade Segura, lançada em Nairobi há mais de uma década, têm revelado também que

(...) Uma das lições mais importantes aprendidas durante esse tempo foi a de que se a maternidade segura depende enormemente do fornecimento e do uso dos serviços de saúde reprodutiva de boa qualidade, ela deve também incluir estratégias para dar às mulheres o poder de ter acesso à educação e à informação, ao emprego e a outros recursos. Em resumo, alcançar a maternidade segura significa gozar plenamente dos direitos humanos das mulheres (Van Look 2003, p.5).

De acordo com PITANGUY (2003), a interferência de fatores de ordem política no campo da saúde impõe que sua abordagem leve em conta as múltiplas interações entre saúde e os diversos aspectos da vida em sociedade que recobrem as circunstâncias existenciais do indivíduo.

(...) O que gostaria de ressaltar é que, para compreendermos este binômio saúde/enfermidade devemos ter em conta que o corpo a ser acolhido e tratado tem as marcas físicas e psíquicas de sua inserção social. E ter presente que também os processos de diagnóstico, acompanhamento e de tratamento incorporam valores e relações de poder vigentes na sociedade (p. 2).

Para essa autora, o enfoque dos direitos humanos para as questões específicas da vida social das mulheres poderia ser pensado como o resultado do entrecruzamento de processos sociohistóricos coincidentes como, por exemplo, a democratização político-institucional do país e a ampliação da pauta internacional dos direitos humanos, processos esses que, por sua vez, permitiram uma intensa e sistemática participação dos movimentos de mulheres na gestão pública (PITANGUY 2003).

O crescente interesse dos vários segmentos, antes mencionados, tem produzido inúmeras contribuições e proposições na direção da superação dos problemas e do aprimoramento da assistência obstétrica no país. As políticas públicas específicas dessa área e/ou as demandas para que sejam aprimoradas vêm orientando ações e iniciativas nas diversas esferas institucionais, governamentais e não-governamentais.

No plano internacional destaca-se o Programa de Maternidade Segura, da Organização Mundial de Saúde (OMS), adotado pelo Ministério de Saúde (MS), cujos parâmetros encontram-se divulgados na publicação “Oito passos para uma maternidade segura” voltada para os profissionais envolvidos com a saúde reprodutiva feminina e com a assistência à criança (MS 1995).

Além dessa, como referência orientadora para a promoção do parto humanizado nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde publicou o documento “Assistência ao parto normal: um guia prático”, da OMS (1996) que descreve, analisa e comenta temas e processos relativos ao trabalho de “parto normal” e às questões sobre a assistência obstétrica. Identificando práticas freqüentemente utilizadas o documento apresenta normas para o que denomina “boas práticas” no manejo do processo do trabalho do “parto normal”. Tomando como referência evidências científicas e consensos de peritos em obstetrícia a OMS propõe uma definição do que seria um parto normal e apresenta recomendações relativas a esse tipo de parto, classificadas em categorias, designadas de acordo com seu grau de adequação e aceitabilidade.

A OMS (1996) assim concebe o parto normal:

Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições (p. 4).

Quanto às recomendações, agrupadas em categorias, a OMS (1996, p. 1) refere :

A Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

B Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

C Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;

D Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

É interessante notar que, embora a questão do bem-estar materno percorra todos os itens tratados no documento, os aspectos emocionais no recorte das relações interpessoais são especificamente mencionados nas considerações sobre alguns métodos de alívio da dor no trabalho de parto – “quase todas as mulheres sentem dor durante o trabalho de parto” (...) “uma tarefa importante do parteiro é ajudar as mulheres a suportar a dor durante o trabalho de parto” (p.14). As recomendações enfatizam, além do apoio, os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor do parto. Os aspectos emocionais também são referidos nas recomendações relativas ao planejamento do parto que deve ser feito em conjunto com a gestante e família durante o pré-natal. Quanto ao local do parto, o documento chama a atenção para as características físicas e de acolhimento relacional favoráveis ao bem-estar psicológico das mulheres e, nessa mesma direção, traz observações quanto aos cuidados imediatos com o recém-nascido que incluem a promoção do contato mãe-bebê logo após o nascimento (OMS 1996).

Outra publicação de referência é o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), que divulga os conceitos princípios e parâmetros da atenção à saúde materna estabelecidos no “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” e orienta, com recomendações detalhadas, práticas a serem adotadas, desde o pré-natal ao puerpério. Ressalte-se que o referido documento aborda, entre outras questões, o tema do acompanhamento – ou “suporte psicossocial” – das mulheres durante o trabalho de parto na perspectiva do direito, já instituído por lei e reconhecido, mas não praticado sistematicamente no país. Com base em estudos sobre a prática de suporte continuado, destaca os benefícios da presença constante do acompanhante de escolha da mulher. O documento também faz referência específica ao acompanhamento realizado por pessoa – a doula – designada e treinada para esse fim pela instituição de saúde ou pela comunidade. O Ministério da Saúde assim propõe como atribuições da acompanhante treinada (p. 67):

Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante:

- *orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações;*
- *favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;*
- *auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;*
- *orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;*
- *estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo;*
- *apoia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.*

Adicionalmente são referidas atribuições relativas à transmissão de informações à parturiente sobre toda a seqüência do trabalho de parto e parto, aos procedimentos e intervenções necessários, bem como àqueles adotados após o nascimento incluindo orientações para o aleitamento.

Verifica-se, na esfera governamental, no âmbito do Poder Executivo, o delineamento de uma política de alcance nacional, a partir do final dos anos 1990, para toda a rede de serviços vinculada ao SUS. Assim, pontua-se outras iniciativas e medidas do Ministério da Saúde (além daquelas quanto ao financiamento já mencionadas), visando a melhoria da assistência obstétrica, com portarias editadas ao longo de 1998 tais como: a portaria GM/MS n. 2.815 que reconhece a realização de assistência ao parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra.; as de n. 3.016, n. 3.482 e n. 3.477 normatizando ações para o estabelecimento de programas de referência hospitalar, nos estados, para a gestação de alto risco (MS 2001).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, através de um conjunto de portarias* em que normatiza os diversos componentes do atendimento, norteado pelos parâmetros da humanização no atendimento estabelecendo, também, uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (MS 2001).

* Ver portarias MS/GM números 569; 570; 571; 572 (MS 2001).

Observam-se também medidas, no âmbito legislativo, entre as quais encontram-se a lei estadual nº 10.241, de 1999, que trata dos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, assegurando a presença do pai nos exames pré-natais e no acompanhamento do parto; a instituição da Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna, requerida em 1996, que apresentou relatório conclusivo, em agosto de 2001, com uma extensa lista de recomendações relativas a assistência à saúde materna ao Poder Executivo Federal e outras esferas.

Pode-se também destacar outras iniciativas, no âmbito da sociedade civil, como: o Dossiê “Mortalidade Materna” (TANAKA 2000); o Dossiê “Humanização do Parto” (DINIZ e CHACHAM 2002), ambos lançados pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; a cartilha “Direitos Humanos das mulheres na gravidez e no parto” contendo detalhadas e valiosas informações destinada aos profissionais de saúde (COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE/DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA – FACULDADE DE MEDICINA-USP s.d).

Todas essas iniciativas denotam avanços em várias direções: no âmbito do conhecimento técnico-científico; na esfera legislativa, isto é, o marco jurídico-legal que dá sustentação aos direitos sociais; no âmbito sociopolítico, isto é, da participação da sociedade, que vem crescentemente construindo a partilha na formulação das políticas públicas através do debate e do compromisso ético com a qualidade da assistência à saúde materna.

Na perspectiva do aperfeiçoamento das práticas de cuidados de saúde na assistência ao parto, o presente estudo se propôs a contribuir para o fortalecimento de práticas relacionais que visem o apoio emocional à parturiente.

Direitos Humanos e Direitos Reprodutivos

Do ponto de vista de sua formalização, as noções de direitos humanos e de direitos reprodutivos pertencem a contextos sociais e temporais distintos, de acordo com ZURUTUZA (2001). Assinala a autora que, embora o século XVIII tenha sido um importante marco no processo histórico de construção da noção de direitos humanos, com as revoluções francesa e norte-americana, foi no século XX que se construíram os

consensos mundiais e os instrumentos de proteção e implementação de mecanismos para garantir o cumprimento desses direitos, através da criação das Nações Unidas em 1945. Foi também nesse século, segundo a autora, que os direitos humanos alcançaram uma formidável institucionalização e expansão.

De acordo ainda com ZURUTUZA (2001), o reconhecimento de fenômenos sociais contingentes aos momentos históricos posteriores conformaram mudanças nas sociedades revelando aspectos dos direitos humanos que os tornaram cada vez mais abrangentes, de tal sorte que à *segunda geração* dos direitos humanos (direitos econômicos, sociais e culturais) foi agregada uma, assim chamada, *terceira geração*, referida aos direitos coletivos ou difusos (direito à paz, ao desenvolvimento sustentável e outros).

Para a autora, a magnitude de tais mudanças, especialmente aquelas provocadas pelo avanço do movimento mundial de mulheres, colocaram novas e outras problemáticas ao campo teórico dos direitos humanos, sendo a relação entre indivíduo-comunidade-Estado expressão de uma dessas problemáticas, particularmente no terreno dos direitos sexuais* e reprodutivos, os quais ainda não estão, citando as palavras da autora, “totalmente resolvidos enquanto direitos humanos e cujas múltiplas relações e interdependências ainda estão pouco esclarecidas” (p. 189). Nessa mesma direção seguem os pensamentos de PIOVESAN e PIROTTA (1998) quando referem os dilemas virtualmente colocados pela “interação entre os indivíduos, agentes institucionais e normatividades sociais, que repercute no exercício da sexualidade, no processo de gravidez e parto e na negociação da criação dos filhos” (p. 172).

Autores como CORREIA e PETCHESKY (1996); PIOVESAN e PIROTTA (1998); CORREIA e ÁVILA (2003) concordam que historicamente os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais são proposições da contemporaneidade. Para CORREIA e PETCHESKY (1996), as origens das noções de integridade corporal, autodeterminação e reivindicações das mulheres por suas prerrogativas nas questões da fecundidade remontam às lutas em torno das questões reprodutivas, desde o século

* Sobre o processo de construção da noção de direitos sexuais ver CORREIA e ÁVILA. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ E. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp; 2003.

XVII com os “movimentos feministas de controle de natalidade que se desenvolveram principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1830” (p. 151).

CORREIA e PETCHESKY (1996) ainda ressaltam que as relações entre o direito à autodeterminação e as condições de saúde da mulher, bem como as relações de tal direito com o contexto social mais geral, nos aspectos econômicos e políticos, foram preocupações que ganharam impulso com a emergência dos movimentos pela saúde das mulheres na Ásia, América Latina, Europa e América do Norte, entre o final dos anos 1970 e início dos anos 1980. CORREIA e ÁVILA (2003) sublinham que a noção de saúde integral configurou-se como conceito apropriado para articulação dos temas específicos da condição feminina – “a questão da mulher” – às proposições dos direitos de cidadania. Enquanto reivindicação política as questões pertinentes à “saúde da mulher” redundou em demandas para o Estado, fossem as de natureza jurídica como, por exemplo, a legalização do aborto e da contracepção, fossem aquelas voltadas para os serviços de saúde como, por exemplo, as reivindicações pela qualidade do pré-natal e da assistência ao parto; pelo acesso às informações de processos fisiológicos e procedimentos médicos e pela mudanças nos padrões usuais da relação médico-paciente.

Do ponto de vista conceitual, vale mencionar a definição adotada, pela primeira vez, segundo CORREIA e PETCHESKY (1996), de direitos reprodutivos constante em documento (Relatório do Brasil) sobre a Conferência do Cairo, em 1994 (apud CORREIA e ÁVILA 2003):

[...] os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (FNUAP e CNPD, s.d., parágrafo 7.3)

Ainda no plano conceitual, cabe também apresentar algumas possibilidades de entendimento dos alcances que a definição desses direitos pode remeter. Desse modo, na referência de PIOVESAN e PIROTTA (1998) são assim percebidos:

Pode-se afirmar que os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana. Esse conceito compreende o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle da natalidade, quanto para a procriação sem riscos para a saúde (p.168).

CORREIA e PETCHESKY (1996), admitindo a existência de diversidades e tensões presentes no campo conceitual desses direitos, propõem como perspectiva o que segue:

Definimos o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e de recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura (p. 149).

A construção e o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos e, por conseguinte, como direitos sociais constituíram-se como processos sociohistóricos nos quais observam-se avanços como os que ocorreram nas diversas Conferências Mundiais das Nações Unidas, especialmente as Conferências sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994; a Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social, em Copenhague, em 1995 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz, em Beijing, também em 1995 (CORREIA e PETCHESKY 1996; PIOVESAN e PIROTTA 1998).

Para PIOVESAN e PIROTTA (1998), a Conferência do Cairo representa um marco na evolução dos direitos reprodutivos, pois que “ineditadamente, 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos” (p.170). Entretanto,

CORREIA e ÁVILA (2003) ponderam que, embora os programas de ação dessas Conferências representem “compromisso moral” dos países signatários, por não terem, esses compromissos, a estatura jurídica de tratados e convenções internacionais, requerem uma posterior tradução para os sistemas jurídicos normativos das nações, necessitando, portanto, a formulação de legislações nacionais que os incorporem.

Pode-se entender que os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos vinculam-se também, de acordo com esses autores, à expansão dos seus significados que passaram a incorporar, tanto um conjunto mais amplo de necessidades, quanto o aprofundamento da compreensão dos fatores estruturais da sociedade que intervêm no exercício desses direitos.

Como discurso presente no debate público, o conceito de direitos reprodutivos e sexuais tem, na perspectiva colocada por CORREIA e ÁVILA (2003), também compartilhada pela pesquisadora do presente estudo, se constituído instrumento importante para “renomear terrenos e questões”. Operação esta, de ressignificação necessária aos processos de transformação das representações e práticas sociais. Assim,

“(...) À luz do conceito de 'direitos reprodutivos e sexuais', o aborto e a homossexualidade deixam de ser crime, o parto e a contracepção deixam de ser questões estritamente médicas, a mortalidade materna deixa de ser um problema epidemiológico (ou tragédia pessoal). Num contexto como o brasileiro (...) essa nova maneira de nomear domínios, até então pensados como circunscritos à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos, é fundamental para alterar representações, práticas e relações de poder e normas” (p.27).

1.2 Relações interpessoais nas práticas de saúde

Uma importante questão que vem sendo apontada nos estudos sobre as práticas assistenciais em saúde é a que se refere à influência considerável da dimensão relacional, dos sujeitos implicados nessas práticas, na qualidade dos cuidados prestados.

CAPRARA e FRANCO (1999), tematizando a questão da relação médico-paciente – termo emblemático para as relações interpessoais no campo da saúde –, chamam a atenção para a promissora possibilidade de se repensar tal interação no contexto dos estudos que vêm sendo desenvolvidos na antropologia médica, na tradição da filosofia hermenêutica e das abordagens comunicacionais. A reflexão sobre a humanização da medicina, mencionada pelos autores, conduz ao reconhecimento da dimensão da sensibilidade na comunicação com o paciente, considerando-o em sua inteireza física, psíquica e social e não apenas como uma entidade biológica. CAPRARA e FRANCO (1999) afirmam ser este um novo desafio para a medicina, cujo enfrentamento engendraria novas práticas. Desafio este, afirmam os autores, que passa pela discussão da complexa relação teoria-prática no contexto do conhecimento científico, tensionada, ainda mais, pelos fatores sociopolíticos que determinam o processo saúde-doença. As palavras de Cassel (apud CAPRARA e FRANCO 1999, p.648) refletem a magnitude de tal desafio:

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.

A noção de pessoa se faz também presente nas palavras de GOSLING e TURQUET (1994) ao descreverem os objetivos do programa de formação para clínicos generalistas na Clínica Tavistock :

O objetivo de nosso programa de formação é, antes de mais nada, dar assistência ao clínico geral no trabalho com seus pacientes: ajudá-lo a compreender as múltiplas relações pessoais que intervêm em sua prática, sejam as relações dos pacientes com seu meio familiar ou profissional, sejam as que tem consigo mesmo. Em suma, trata-se de ajudar o médico a tratar o paciente

como pessoa. Nosso objetivo é favorecer o médico na aquisição de uma maior competência em sua atividade profissional, no que se refere às relações pessoais. Segundo o nosso ponto de vista, essa “competência” é feita de lucidez e flexibilidade no uso da interação entre médico e paciente. Esta competência comporta dois elementos: por um lado, maior sensibilidade para os fenômenos relacionais, por outro, uma melhor compreensão de seu significado (p. 54).

Da miríade de temas, questões, problemas teóricos e técnicos afeitos ao universo das relações interpessoais, estudados pelas ciências designadas genericamente por Humanidades, o tema da relação interpessoal na situação específica de prestação de cuidados de saúde recoloca-se no contexto da produção teórica e crítica dos discursos e práticas de saúde em uso na contemporaneidade. Tais relações quando não ignoradas são deslocadas para um lugar marginal considerando as prerrogativas do conjunto de procedimentos, rotinas e condutas que orientam os atos, médicos e não-médicos, usuais nos serviços de saúde, em geral.

CAPRARA e FRANCO (1999) assinalam, em breve retrospecto situado em anos recentes, que a partir das contribuições do médico e filósofo Karl Jaspers, na década de 1950, o tema vem se desenvolvendo. Segundo os autores, Jaspers enfatizou, em suas reflexões, a recuperação dos aspectos subjetivos da comunicação entre o médico e o paciente, negligenciados pela medicina que estava voltada para “a instrumentação técnica e objetividade dos dados” (p. 64).

Nos anos 1960, a discussão sobre o tema foi ampliada, de acordo com Caprara e Franco, pelas contribuições dos estudos da psicologia médica e da psicanálise, mencionando também o trabalho dos grupos Balint. Os autores destacam o pioneirismo dos estudos na área da sociologia da saúde, nas décadas 1960-1970, que introduziram no debate as questões da qualidade da assistência, incorporando as opiniões do paciente sobre a atenção recebida, e a defesa dos direitos do paciente-consumidor.

Para as décadas de 1980-1990, os autores salientam a presença de estudos sobre o tema da relação médico-paciente na perspectiva antropológica, analisando a influência das interpretações e opiniões, crenças, valores e práticas culturais dos pacientes e familiares sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento prescritos.

Segundo Caprara e Franco, o tema tem sido focalizado, na contemporaneidade, como elemento decisivo para uma melhor qualificação do serviço de saúde. Nos estudos atuais são destacados, como desdobramentos importantes da questão, aspectos como: a personalização da assistência; a humanização do atendimento; o direito à informação; o grau de satisfação do usuário dos serviços de saúde; o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina; o aconselhamento (*counseling*); o consentimento informado.

No campo do conhecimento das ciências humanas, os desenvolvimentos da Psicologia e da Psicanálise têm contribuído largamente para o aprofundamento, compreensão e consciência da complexidade desse universo. Universo este que remete às noções de subjetividade e de seus correlatos como intersubjetividade, sujeito, indivíduo, pessoa, que serão tratados mais adiante.

Autores como Winnicott e Balint destacaram-se, entre outros pontos, pelo estreitamento do diálogo de suas elaborações teóricas e técnicas com outros saberes. O reconhecimento da consistência de suas proposições levaram à incorporação de idéias que influenciariam, de modo renovador, as práticas de saúde, em âmbitos distintos dos espaços psicanalíticos de onde provieram, notadamente aquelas vinculadas à clínica médica e pediátrica.

Donald Woods Winnicott, médico e psicanalista inglês, orientou sua formação para a pediatria e psicanálise. “Minha experiência clínica é variada. Nunca me desliguei da prática pediátrica, que foi meu ponto de partida. Tem sido valioso para mim manter contato com a pressão social que, como médico em um hospital infantil, forçosamente encontro” (WINNICOTT 1988, p. 63).

As explorações teóricas inaugurais de Winnicott do espaço intersubjetivo aportam elementos para o entendimento do caráter estruturante desse espaço na constituição subjetiva do indivíduo. Segundo ROUDINESCO (1998), os conceitos centrais de Winnicott, a partir de 1945, integram um “sistema de pensamento fundado na noção de relação” (p.784). A importância atribuída por Winnicott à qualidade da comunicação entre a criança e o ambiente como fator estruturante no desenvolvimento do indivíduo parece colocá-lo em sintonia com a visão que concebe a construção da subjetividade no campo relacional.

O caráter estruturante (e de organizador do ego) dos processos relacionais nas elaborações teóricas de Winnicott permite identificá-lo, dentre os autores que se

ocuparam com o tema como, nas palavras de STOROLOW (2000), “o primeiro a explorar o espaço intersubjetivo” (p. 98).

As noções de mutualidade, *holding*, na teorização de Winnicott, são consideradas eixos importantes para a instauração de práticas de saúde referenciadas na dimensão relacional. Seus aportes na abordagem da interação humana vêm se constituindo em referência orientadora para o acolhimento e suporte oferecidos aos usuários dos serviços de saúde (O'DONNELL 1995).

WINNICOTT (1994) formulou a noção de mutualidade para falar da experiência de comunicação de estados afetivos que se estabelece entre a mãe (ou substituto materno) e o bebê, desde os tempos iniciais do nascimento, e que resulta das “identificações cruzadas” de ambos. Observa que os caminhos que levam à “experiência de mutualidade” são diferentes para cada um. Para a mãe, as trajetórias pessoal, familiar e cultural oferecem elementos identificatórios com a condição do bebê e com as suas necessidades. Para o bebê, apenas a potencial capacidade para aceder às “identificações cruzadas” dessa experiência de mutualidade, dada pelas suas disposições inatas. Diz Winnicott: “o único passaporte com que o bebê chega às barreiras alfandegárias é a soma das características herdadas e tendências inatas no sentido do crescimento e desenvolvimento” (p.199). Na visão de Winnicott, a habilidade da mãe em adaptar-se às necessidades do bebê desempenha papel importante na experiência de mutualidade e a expressão “identificações cruzadas” está referida à capacidade de colocar-se em sintonia e em empatia com o outro (ABRAM 2000).

Referindo-se aos comportamentos observados, como gestos e olhares que o bebê dirige à mãe ou substituto enquanto está sendo amamentado, WINNICOTT (1994) assinala que os processos intercomunicacionais que acompanham o provimento dos cuidados da mãe para com o bebê “têm a natureza de comunicações silenciosas” realçando, assim, um aspecto da linguagem do cuidado materno cujo código integra a linguagem não verbal. Diz ele:

(...) a fim de esclarecer nossos conceitos podemos com utilidade colocar-nos a pensar em termos de comunicação. (...) É difícil ficar seguro a respeito de tais assuntos através do instrumento da observação de bebês. (...) Com doze semanas, contudo, os bebês já podem fornecer-nos informações com as quais podemos

fazer mais do que adivinhar que a comunicação é um fato” (...) Desta maneira, assistimos concretamente a uma mutualidade que é o começo de uma comunicação entre duas pessoas (p. 197-198).

A idéia do indivíduo marcado pela condição de dependência absoluta em relação ao ambiente no começo da vida, não apenas confere uma notável importância aos modos como o meio ambiente apresenta-se ao sujeito e aos efeitos dos aspectos ambientais sobre ele, como impõe que este seja visto como um fator que joga papel relevante na constituição subjetiva do sujeito, nesta fase. O bebê “é um fenômeno complexo que inclui o seu potencial e *mais* o seu meio ambiente (...) a importância do meio ambiente para o bebê – quando há uma dependência quase absoluta – é tal *que não podemos descrever o bebê sem descrever o meio ambiente* (WINNICOTT 1994, p. 196-197).

A comunicação primitiva que se estabelece, compreendendo a possibilidade de levar à adequação das respostas maternas (ambiente) às necessidades da criança, formam o conceito de *holding* * na teorização de Winnicott. O termo *holding* em sua elaboração teórica pode ser entendido como uma função presente em situações sociais diversas, cujas bases remontam à fase de completa dependência do bebê humano ao ambiente, fase esta que Winnicott chama também de “fase de *holding*”. Para ABRAM (2000) “a idéia de Winnicott de um ambiente de *holding* suficientemente-bom inaugura-se com a relação mãe-bebê dentro da família, e expande-se para outros grupos sociais” (p. 137). Nas situações de prestação de cuidados físicos e psicológicos, a noção de *holding* pode ser também tomada como funções de suporte e manejo e, no caso particular das terapias psicanalíticas, isto inclui os atos no trabalho interpretativo do analista.

Os pontos de contato dos pensamentos de Winnicott e de Balint, afora a inserção institucional de ambos na Sociedade Britânica de Psicanálise e na *Tavistock Clinic*, se fazem notar pelo diálogo de seus conceitos e técnicas com as práticas nos cuidados de saúde fora do *setting* psicanalítico, estrito senso.

* “Uma ampliação abrangente da palavra “sustentação” [*holding*] permite que este termo descreva tudo o que uma mãe faz no cuidado físico de seu bebê,” (WINNICOTT 1994, p. 201) .

Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, desenvolveu, a partir dos anos 1950, na *Tavistock Clinic*, seminários semanais com um grupo de médicos clínicos generalistas (médicos de família) que marcaram as relações entre a medicina e a psicanálise de modo decisivo, na opinião de MISSENARD (1994). “Os grupos Balint permitiram, aliás, estender a técnica psicanalítica a uma melhor compreensão das relações entre os médicos e os doentes, notadamente em terreno hospitalar, nos serviços de pediatria e de medicina geral. Também contribuíram para a humanização dessas duas disciplinas” (ROUDINESCO 1998 p.48). Opinião também compartilhada por WINNICOTT (1994) que, em 1958, a respeito da clássica obra, de autoria de Balint, “O médico, seu paciente e a doença” afirmou: “Este livro pode revelar-se pioneiro. Não é a respeito da psicanálise, mas interessa ao psicanalista em seu relacionamento com o público em geral. (...) Balint faz uma tentativa específica de ampliar o campo de ação da psicanálise e assim fazer por utilizar o potencial que existe na clínica geral” (p. 335).

O trabalho realizado nos seminários, que se configurou como pesquisa e formação, manteve-se sob coordenação de Balint por seis anos (BALINT e NORELL 1978). Um dos objetivos da pesquisa desenvolvida nesses grupos foi a investigação das possibilidades terapêuticas no exercício da clínica geral pelos médicos de família (incorporando posteriormente os médicos especialistas), bem como os riscos, do que Balint denominou a “droga médico” (BALINT 1988).

Os problemas de ordem psicológico-afetiva diagnosticados nos pacientes usuários dos serviços clínicos e que demandavam cirurgias ou outras intervenções médicas, os custos desses serviços e a ineficácia desses procedimentos, em muitos casos, foram situações, mencionadas por BALINT (1994), que tornaram o assunto da formação dos médicos clínicos nas técnicas psicoterápicas em tema de relevância para a saúde pública. Assim, foram formados os grupos para os seminários – conhecidos como Grupos Balint – sendo caracterizados basicamente como atividades de pesquisa, sem, no entanto, perderem seu caráter de formação. Todavia, Balint colocou-se preferencialmente como coordenador do grupo de pesquisa do que como educador que ensina “(...) A formação dos médicos se tornará não mais um ensino de partes escolhidas de nosso [dos psicanalistas] saber e de nossa arte, mas um projeto de pesquisa com o intuito de descobrir o que é necessário aos médicos se quiserem fazer psicoterapia, elaborando com eles a resposta às suas necessidades” (p.14).

As questões pertinentes à relação médico-paciente foram o tema central das discussões nos seminários, tendo como eixo a investigação dos efeitos dos sentimentos recíprocos desta parilha na dinâmica do seguimento clínico. Um dos focos do trabalho recaiu na exploração do fenômeno contra-transferencial – a “implicação afetiva”, motivações e reações do médico –, na discussão da sua interferência nos atos médicos e de seu potencial como fator terapêutico no manejo dos casos (BALINT 1988, 1994). A expressão “droga-médico” vem desta compreensão e, de acordo com GELLY (1994), Balint “buscava descobrir a farmacologia do remédio-médico (...) este medicamento muito antigo, cujas virtudes terapêuticas haviam sido mais ou menos ocultadas (...) pelos progressos espetaculares da quimioterapia e da cirurgia” (p.29).

Caberia aqui esclarecer que, o fenômeno da contratransferência inscreve-se no campo conceitual da Psicanálise e sua definição está estreitamente conectada ao importante conceito de transferência nesta disciplina. De acordo com LAPLANCHE e PONTALIS (1970), o termo transferência não é exclusivo do léxico psicanalítico e, em geral, implica um sentido de transporte, de deslocamento. Na Psicologia, é utilizado para referir-se à transferência perceptivo-sensorial, transferência de sentimentos; no campo cognitivo, como transferência de aprendizagem, entre outros exemplos. Na Psicanálise, designa “um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos” (ROUDINESCO 1998).

Dentro do arcabouço teórico de muitos autores pode-se verificar derivações embasadas no fenômeno transferencial observando-se, ao mesmo tempo, uma enorme plasticidade que este conceito adquiriu entre as diversas teorias e tendências desenvolvidas na Psicanálise, a partir das formulações de Freud e Ferenczi. – que, segundo Roudinesco, introduziram o termo, de modo progressivo, entre 1900 e 1909. Entretanto, é geralmente reconhecido que a *transferência* cumpre importante função sendo “o terreno em que se joga a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este” (LAPLANCHE e PONTALIS 1970, p. 669).

Igualmente plástico e controverso é o conceito de contratransferência, cuja delimitação apresenta variações sendo, para muitos autores, designado como “tudo o

que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento” e limitando-se, para outros autores, “aos processos inconscientes que a transferência do analisando provoca no analista” (LAPLANCHE e PONTALIS 1970, p. 147).

É importante observar que, de toda maneira, o fenômeno transferencial é reconhecido como um aspecto inerente às relações humanas podendo-se levar em conta, na qualidade de recurso técnico, suas manifestações nas práticas de cuidados, como têm mostrado as investigações teóricas e metodológicas no campo da Psicanálise.

Muitos autores assinalam, como um dos resultados relevantes das contribuições de Balint, a promoção do debate sobre as práticas médicas, reposicionando o lugar das relações interpessoais na dinâmica das consultas e dos seguimentos clínicos nos serviços de saúde (GELLY 1994; MISSENARD 1994; SAPIR 1994).

GOSLING e TURQUET (1994), em sua longa e detalhada apresentação sobre a formação de médicos, inspirada na experiência dos Grupos Balint, sublinharam a importância do acolhimento compreensivo, por parte do médico, daquilo que o paciente tenta comunicar, permitindo um diálogo em que possa expressar-se para além do sintoma como, por exemplo, falar de si, das eventuais dificuldades no trabalho, dificuldades com a família, entre outros assuntos. Este seria um dos resultados que os autores pretendiam com a formação proposta, mencionando também outros prováveis ganhos como a redução de exames complementares desnecessários, a diminuição do risco de iatrogenias e a atenuação de angústias do paciente. “Desta maneira o médico redescobre sua humanidade e serve como mediador entre seus pacientes e as técnicas e atitudes médicas desumanizadas que conheceu em seus estudos e que encontra de novo na maioria dos consultórios de especialistas” (p. 104).

Seguindo o pensamento de Winnicott e Balint, no que diz respeito ao lugar das relações interpessoais nas interações sociais, marcadamente naquelas interações que implicam provimento de cuidados, pode-se presumir que as suas contribuições guardariam afinidades com temáticas, crescentemente presentes no debate sobre as práticas médicas e de saúde, como a questão da humanização da assistência, especialmente da assistência ao parto.

A dimensão relacional, de caráter humanístico, no sentido colocado pelos autores citados poderia ser vislumbrada nas reflexões presentes em estudos brasileiros, no campo dos cuidados de saúde.

Por oportuno, cabe notar que o Programa de Saúde da Família (PSF) – formulado oficialmente em 1994, expandindo-se expressivamente, em âmbito nacional, a partir de 1995 – em muitos dos locais onde foi implantado vem construindo práticas assistenciais diferenciadas, marcadas pelo enfoque no relacionamento acolhedor entre o profissional de saúde e o paciente, segundo alguns autores (VIANA e DAL POZ 1998; SENNA 2002). CONILL (2002), que procedeu a uma avaliação do PSF em Florianópolis, através de estudo de equipes do Programa distribuídas por cinco postos de saúde nas diversas regiões da cidade, pontuou a presença dos agentes de saúde como “a grande visibilidade do PSF” (p. 201). Na análise do perfil das práticas dos postos de saúde que integraram sua amostra foi predominante a referência à humanização dos cuidados; à postura do médico e à mudança no atendimento pela atuação do agente comunitário. Nas palavras da autora “(...) Os agentes e o PACS* são responsáveis, em grande parte, pelos efeitos positivos na integralidade em função das visitas e acompanhamento. (...) Acumulam-se evidências apontando para a viabilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional” (p. 201).

Doutor, aqui está o seu chapéu, este foi o título-tema do discurso de formatura da turma de médicos, da qual fez parte um dos participantes do estudo de SCHRAIBER (1993), lembrando a alusão ao momento da despedida da visita domiciliar realizada pelo médico, muito freqüente no exercício da profissão, nos anos 1930-1955 – período histórico que integra o estudo da autora. É possível tomá-lo como emblemático de uma relação interpessoal com o paciente, além dos limites do consultório, subsistente no contexto histórico da pesquisa, constituindo uma das características da prática profissional de então, como diz a autora: “No início da vida profissional dos nossos entrevistados, porém, é uma forte presença do atendimento no domicílio que caracteriza a medicina” (p. 87).

A “medicina do domicílio”, a “medicina do 'chamado' ” seriam, assim, conforme Schraiber, uma das expressões da dimensão personalista da prática médica da época, vez que tal modelo de atendimento apresentava-se intimamente ligado à pessoa do médico. Tal modelo, ainda de acordo com a autora, posto que solicitava do médico atenção constante, seria paradigmático da “disponibilidade plena do médico”, característica esta, favorecedora de representações da profissão à maneira de um

* Programa Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde.

sacerdócio. A “jornada ilimitada” seria, para Schraiber, uma das regras da liberdade que distinguia o trabalho do médico em relação a outros tipos de trabalho vigentes na sociedade de então. De todo modo, é possível conjecturar que as relações interpessoais engendradas nesse modelo caracterizavam-se, também, por uma proximidade do médico com o contexto social da vida do paciente, ainda que este se constituísse, como afirma a autora, em “objeto do controle técnico do médico” pois que, o atendimento domiciliar integrava o conjunto de dispositivos do serviço centrado na clínica de consultório privado, dentro dos parâmetros da “medicina liberal”.

Não se trata aqui de ajuizar favoravelmente as modalidades de relação médico-paciente deste período que, certamente, se estabeleciam em conformidade com a prática fundada no saber e na pessoa do médico, e de acordo com os parâmetros vigentes do trabalho médico, no contexto histórico estudado por Schraiber. Trata-se, apenas, de pontuar o envolvimento que o acompanhamento mais direto enseja abrindo possibilidades ao diálogo no contato pessoal.

Concordante com Schraiber, no tocante aos fatores intervenientes nas alterações dos modos de prestação de serviços realizados no domicílio, PORTER (2001) assinala que o declínio deste modelo de atendimento ocorreu, ao redor dos anos 1950, com a expansão das especialidades nos cuidados médicos, combinada à crescente institucionalização do atendimento. Tal modelo foi emblematicamente descrito por Joseph Collings: “ (...) É um absurdo tentar recuperar o conceito do século XIX, de o médico velhinho e bondoso, enfiado em seu paletó grosso e seu chapéu de seda, assentado durante toda a noite ao lado do paciente, esperando passar a crise de pneumonia ou aguardando a chegada do primogênito” (apud PORTER 2001, p. 145).

O descentramento da figura do médico, desta e de outras práticas, provocado pelas transformações da organização do trabalho médico, tendo como um dos eixos a crescente incorporação de tecnologia, faz pensar nas questões costumeiramente colocadas nos debates que se travam sobre o tema da humanização em que, muitas vezes, se estabelece a defesa e valorização das relações humanas como contraponto ao domínio intrusivo da tecnologia no campo da saúde.

Embora polissêmico, o termo humanização tem nas relações humanas o seu centro de referência quando se fala, por exemplo, em “humanizar” as cidades, empresas, escolas ou hospitais. No contexto da saúde, a abordagem do paciente dentro

dos princípios e valores humanísticos tem sido associada ao cuidado sensível, centrado na pessoa e nas relações interpessoais.

A idéia do paciente como pessoa e não como uma doença ou um “caso” remonta, segundo PORTER (2001), ao final do século XIX e constituiu-se como “doutrina”, no âmbito dos cuidados primários, no período de 1880 até a Segunda Guerra Mundial. “(...) O paciente poderia não encontrar ajuda em remédios, embora eles fossem administrados, de qualquer forma, mas apoiados no suporte psicológico dos médicos. No ato de ver o paciente como uma 'pessoa' e não apenas como um 'caso de doença', o médico tornava-se capaz de se aproximar dele de uma forma simpática e compreensiva, o que já era uma forma de tratamento” (p. 143).

A valorização da pessoa do paciente ou do “lado humano do paciente” emerge, de acordo com PORTER (2001), como crítica ao chamado “nihilismo terapêutico”, dominante na medicina acadêmica dos anos 1840 que, desacreditando dos recursos farmacológicos da época, defendia a função da medicina mais como de pesquisa científica do que a de curar doenças.

Para o autor, o “movimento do 'paciente como pessoa’” surgiu dentro dos parâmetros da ciência médica européia “entre médicos cuja finalidade principal era curar, muito mais que raciocinar anatômica e fisiopatologicamente” (p. 143). Em seu breve inventário de médicos identificados com tais princípios, Porter segue citando exemplos de professores que se tornaram conhecidos pelos seus ensinamentos. Diz o autor: “(...) um dos mais notáveis deles, Willim Osler, incorporou tais valores humanísticos ao atendimento dos pacientes, ensinando-os aos estudantes de medicina (...), afirmando que 'o bom médico trata a doença, mas o grande médico trata do paciente portador da doença’” (p. 144).

Em obstetrícia, segundo DINIZ (2001), o termo humanização aparece em trabalhos de obstetras, datados do início de século XX, referido à proteção e diminuição do sofrimento na assistência ao parto com o uso da narcose e do fórceps. A autora sublinha a diversidade de acepções no uso do termo por profissionais; formuladores e gestores de políticas públicas; administradores de hospitais públicos e privados; movimentos sociais; mídia; consumidores.

PAGE (2001), em sua palestra na Conferência Internacional Sobre a Humanização do Parto, em Fortaleza, no ano de 2000, opõe a medicalização ao parto

humanizado referindo-se à abordagem medicalizada do parto como rituais tecnocráticos e industrializados. A autora alude a dificuldades do parto humanizado em “sociedades tecnocráticas” (*technocratic societies*), colocando o cuidado individual e contínuo e a relação interpessoal como pontos focais na atenção humanizada ao parto.

O sentido de humanização do parto para setores do movimento social organizado, como a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) e Rede Nacional Feminista de Saúde é o de

uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social, material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência (DINIZ e CHACHAM 2002, p. 14).

Além de polissêmico, os debates em torno dos sentidos que assumem o termo humanização, no âmbito da obstetrícia, parecem indicar que as dissensões resultam de visões que se antagonizam, não só em relação às práticas obstétricas utilizadas, mas visões que remetem a representações sociais, portanto construídas historicamente, sobre o processo saúde-doença e seus determinantes e, dentro desse espectro, sobre a saúde da mulher, o parto e seus significados, suas dores e temores. Tais representações, por certo, expressam o caráter político das relações sociais e, no seu interior, relações de classe, de gênero, de etnia, de raça.

A noção de humanização de atendimento ao parto é assim referida por J. Yunes, que a compreende como:

um 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 (OMS 1996).

O Ministério da Saúde, aduzindo algumas observações, refere que o “conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis” (MS 2001).

Conforme sugerem DINIZ (2001) e TORNQUIST (2002), a humanização do parto como movimento social, reunindo grupos feministas e profissionais, emerge, no Brasil, no final dos anos 1980, identificado com as críticas ao modelo dominante de atenção ao parto e ao nascimento. “Embora o Movimento tenha surgido em países como EUA, França e Inglaterra, desde a primeira geração o Brasil fez parte da rota de seus ideólogos” (TORNQUIST 2002, p. 486).

De acordo com TORNQUIST (2002), em termos gerais, convergindo com as recomendações da OMS, o movimento defende:

incentivo ao parto vaginal; ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outro/a acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas” (p.483).

1.3 O suporte à parturiente

Sufrimento, dor, agonia, provação, terror, morte são termos historicamente associados às vivências do trabalho de parto e do parto. Os temores e inseguranças da mulher, que emergem durante a gravidez, não costumam ser objeto de cuidado na atenção ao pré-natal. Ao contrário, “são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa sua gravidez” (FAÚNDES e CECATTI 1991, p. 156). Os autores mencionam ainda a importância de um trabalho psicológico que a assistência no pré-natal poderia oferecer visando o fortalecimento emocional da mulher para o parto.

O suporte emocional e social no ciclo gravídico-puerperal, especialmente durante o trabalho de parto e parto, tem sido referido e valorizado em diversos estudos como um fator importante na qualificação da assistência materna. Em diversos países, com diferentes modalidades de suporte institucional, os estudos realizados têm encontrado impacto positivo de tal suporte na experiência emocional da mãe, na evolução do trabalho de parto e parto, nas condições de saúde do bebê (MATERNITYWISE 2003).

HODNETT (2002) afirma, com base em ampla revisão de estudos (*Cochrane Database System Review - Library Cochrane*)* comparando experiências de suporte continuado com experiências de atendimento habitual ou rotineiro, que os resultados foram mais favoráveis nos grupos de mulheres que receberam o apoio continuado dos profissionais de saúde ou leigos. Como exemplo de alguns desses resultados favoráveis, a autora apontou que em todos os estudos pesquisados (um total de 14 estudos envolvendo mais de 5.000 mulheres) a presença constante do acompanhamento dos provedores de cuidados, durante o trabalho de parto e parto, reduziu a probabilidade de medicação para alívio da dor; da cesariana; Apgar de 5 minutos menor que 7; associação entre apoio contínuo e leve redução no tempo de trabalho de parto.

* *The Cochrane Collaboration*, organização internacional cuja missão é elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados. Fundada em 1993, conta atualmente com centros de referência em diversos países como Brasil, Reino Unido, Alemanha, Estados Unidos.

Em revisão e análise qualitativa envolvendo 137 estudos sobre fatores que influenciaram a avaliação de mulheres das suas experiências de trabalho de parto e parto, HODNETT (2002) assinalou que o alívio da dor com medicação e as intervenções médicas no parto não se revelaram tão óbvia, direta e poderosamente influentes quanto o foram as atitudes, os cuidados recebidos e a qualidade da interação entre a mulher e os provedores de cuidados. A autora adverte, no entanto, para que não se subestime o papel que a dor e o alívio da dor com analgesia desempenham na avaliação das mulheres sobre sua experiência com o parto.

Com base em revisão* de estudos, LOWE (2002) relata ensaio clínico randomizado envolvendo 617 nascimentos em Centros de parto e 613 em Hospitais, na Suécia, cujos resultados, baseados em análise de dados sobre a experiência do parto, coletados dois meses após o parto, revelaram que, embora as parturientes dos Centros de parto tenham reportado maior intensidade da dor do que aquelas que tiveram seus partos nos hospitais, mostraram-se não menos satisfeitas com a qualidade da experiência do parto e com o seu envolvimento no processo, do que as mulheres que pariram nos hospitais. Para Lowe, esses achados destacam, não somente a distinção entre intensidade e atitude em relação à dor experimentada, mas também que a qualidade da experiência do parto independe da disponibilidade de intervenções farmacológicas sobre a dor.

O fenômeno da dor do parto – poderoso personagem na cena do nascimento – e todo o conjunto de percepções, sensações, temores, sentimentos e emoções ao redor dele inscrevem-se na dimensão subjetiva (esfera afetivo-emocional, cognitiva, história de vida); fisiológica (esfera somática); sociocultural (pertencimento e identificação com os valores e práticas de um dado grupo social), socio-institucional (relativos ao sistema de saúde e aos seus provedores) de cada mulher (LOWE 2002). Para a autora, diferentemente de outras experiências de dor, aguda ou crônica, a dor do parto não é associada com qualquer patologia.

A amplitude e as relações do imbricado conjunto das questões ligadas à dor do parto foram abordadas por LOWE (2002) na revisão, citada acima, de numerosos estudos realizados por diferentes autores em diversos países.

* Revisão sistemática apresentada ao Simpósio *The Nature and Management of Labor Pain*, promovido pelo programa *Maternity Wise* da *Maternity Center Association* (CATON et al. 2002).

Com relação ao que chamou “experiência privada da dor do parto”, a autora discutiu os variados fatores, e suas correlações, envolvidos nos processos fisiológicos, psicossociais e ambientais da dor do parto.

No tocante aos fatores psicológicos, Lowe, analisando o papel da ansiedade no aumento da dor durante o trabalho de parto, refere o reconhecimento, como normal, da presença de um certo nível de ansiedade nas mulheres nesta situação, e como nocivo, níveis considerados excessivos, uma vez que nesta condição a ansiedade pode modificar inclusive os mecanismos fisiológicos da dor do parto. Afirma a autora que a influência dos processos fisiológicos e seus interligados mecanismos no desencadeamento da dor do parto, em muitas mulheres, tem sido abordada no contexto onde se entrelaçam várias dimensões da experiência de cada mulher com o parto.

Relativamente aos fatores ambientais, Lowe afirma que eles devem ser reconhecidos como capazes de afetar de tal maneira a experiência da mulher parturiente que um maior e melhor conhecimento de suas relações com a dor do parto pode levar a intervenções que a auxiliem no enfrentamento da dor. Assim, a noção de ambiente inclui: a comunicação verbal e não-verbal entre as pessoas; a filosofia que orienta os procedimentos e as práticas dos provedores; a qualidade do suporte oferecido e percebido pelas mulheres; o grau de estranhamento com o ambiente (equipamentos, mobiliário, barulhos, iluminação, temperatura, dimensões do espaço e sua adequação para movimentação, deambulação).

Os traços culturais e étnicos, ainda segundo LOWE (2002), têm sido sugeridos como variáveis significativas para a experiência das mulheres com a dor do parto. No entanto, conforme a autora, em estudos realizados em países como Estados Unidos, Austrália, Kuwait, Alemanha, entre outros, não foram encontradas diferenças nos relatos das mulheres desses países com respeito à intensidade da dor.

O conhecimento sobre a natureza da dor do parto e o seu manejo apresenta-se, em muitos estudos, sob debate e controvérsias, sobretudo no tocante à segurança dos procedimentos e efetividade dos métodos usados (CATON e col. 2002).

O acervo histórico dos modos de enfrentamento da dor encontrado na literatura mostra, por um lado, um grande e variado repertório de conhecimentos, rituais e técnicas disponíveis em culturas diversas e em conformidade com seus contextos

históricos. Por outro, entende-se que tal patrimônio revela também a busca incessante para a superação da dor e do sofrimento contingentes à existência humana.

Na historiografia dos modos de nascer no Ocidente muitos autores, como LOUDON (1997), situam em meados do século XIX, o uso de anestesia no parto, por James Y. Simpson em Edimburgo, Grã-Bretanha, por volta de 1847. Usando éter no início e posteriormente clorofórmio, sua técnica foi rapidamente adotada em outros países, mas contestada por obstetras de Londres que acreditavam na possibilidade de acarretar efeitos nocivos, como convulsão.

Na história mais recente, isto é, a partir dos anos 1950, o uso de técnicas comportamentais para minorar as dores do parto tornando-o uma experiência mais satisfatória foram largamente disseminadas pelos obstetras Dick-Read e Lamaze e pelos autores que propunham a psicoprofilaxia do parto utilizando os métodos da corrente reflexológica da Psicologia Experimental (LANGER 1986; TORNQUIST 2002).

De acordo com LANGER (1986), tais métodos tinham em comum um processo de trabalho prévio com a futura parturiente que consistia no esclarecimento dos processos fisiológicos do parto; treinamento de exercícios para as fases do trabalho de parto; estabelecimento de contato prévio entre a mulher e quem iria atendê-la durante o parto.

Seguindo essas mesmas preocupações na busca de um parto mais prazeroso outros obstetras formaram a chamada segunda geração do “Parto sem Dor, nos anos 1960, porém identificada com o “espírito libertário” dessa época, como relata TORNQUIST (2002). Assim, segundo a autora, foram incorporados aos momentos da parturição e nascimento “valores individualistas/libertários”, notadamente aqueles relativos à sexualidade da mulher, à presença e acompanhamento do pai em todo o processo, desde a gestação, e à concepção que afirmava o feto e o bebê como sujeitos com sua individualidade.

Tornquist assinala ainda que obstetras como Frédérick Leboyer, Michel Odent e Moysés Paciornik incorporaram esses ideais em suas experiências com partos e suas obras tiveram ampla difusão no Brasil. Para a autora, esse percurso histórico, delineado a partir da década de 1960, poderia ser entendido como um antecedente do Movimento

pela Humanização do Parto e do Nascimento, cuja emergência, no Brasil, Tornquist situa a partir do final dos anos 1980.

O tema da dor do parto, bem como as possibilidades do seu manejo, são de grande interesse para o presente estudo, uma vez que fatores adicionais a tornam de tal modo insuportável que o momento do nascimento é convertido em algo aterrorizante levando, por exemplo, muitas mulheres à escolha do parto cirúrgico quando este não está claramente indicado, do ponto de vista obstétrico (FAÚNDES e CECATTI 1991). Nesse sentido, é um tema transversal deste estudo por referência à sua forte e considerável presença nas demandas de alívio endereçadas aos que promovem os cuidados, marcando as relações interpessoais entre aqueles que partilham as vivências das lides com a parturição.

Mas não é só a adesão ao parto cirúrgico a única consequência que se pode observar como efeito do medo da dor. Dor esta que não foi ainda sentida, no caso das primíparas ou que já foi experienciada, no caso das múltiparas. A literatura aponta outros efeitos ou sinais do medo da dor, ainda que eles não derivem para ações concretas como, por exemplo, buscar um parto cirúrgico. Para SOIFER (1992) e NORONHA (1997), as idéias de morte, de aniquilamento, de fragilidade, de desfalecimento, tornam-se bastante vívidas e são mais fortes quanto mais se aproxima a hora do parto. Tais idéias e pensamentos são fontes, eles mesmos, de ansiedade e contribuem enormemente para a elevação do grau de angústia e de constrangimento psicológico levando as parturientes ao que se costuma chamar de “descompensação”.

Vale considerar que, levar em conta a eclosão de aspectos psicogênicos durante o trabalho de parto e parto – que, por sua natureza e grau de intensidade, assumem o caráter de descompensação ou de desestabilização psicológica – não significa interpretá-los com o crivo da psicopatologia ou de outras teorias normalizadoras do comportamento humano. As práticas interpretativas fundadas nesses princípios parecem aproximar-se daquelas práticas medicalizantes do ciclo gravidez-puerpério e que vêm sendo consideradas inadequadas.

A perspectiva de análise deste estudo está identificada com a visão do lugar privilegiado que ocupa a escuta compreensiva dos emergentes aspectos psicológicos e emocionais, em um momento específico e especial da vida das mulheres (e dos

homens). O lugar, portanto, das relações interpessoais e suas potencialidades na travessia desta situação.

Hipótese

2 Hipótese

Os efeitos benéficos do suporte emocional/psicológico oferecido às mulheres durante o trabalho de parto e parto dependem da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre os agentes envolvidos na situação.

Pressupõe-se que este relacionamento, com suas nuances, é um dos determinantes da qualidade da influência sobre os significados atribuídos pelas parturientes às suas vivências na situação de trabalho de parto e parto.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar pontos de conexão entre as vivências das parturientes durante o trabalho de parto e parto e o suporte oferecido na instituição de ocorrência do estudo.

3.2 Objetivos específicos

Identificar formas de suporte proporcionadas às parturientes.

Caracterizar o grau de domínio, do ponto de vista do conhecimento e do poder, da parturiente sobre a situação por ela vivida no decorrer do trabalho de parto e parto.

Aspectos teórico-metodológicos

4 Aspectos teórico-metodológicos

4.1 Acerca do problema

O diálogo com os dados e as reflexões presentes nos estudos que vêm sendo desenvolvidos instigaram outras questões sobre a assistência à saúde materna que este estudo pretendeu investigar. Questões estas que se desdobraram em outras mais com a experiência, na qualidade de atividade curricular, de quase um ano na maternidade de ocorrência do estudo observando e interagindo com mulheres em trabalho de parto e durante o parto.

Assim, as aproximações ao problema permitiram formular algumas indagações em torno de qual seria lugar da interação provedor de cuidados-paciente na presença de fatores estressantes como, por exemplo, dor intensa, medo do que vai acontecer, estranhamento com o ambiente, suspensão temporária do contato de pessoas com quem se construiu laços afetivos, entre outros.

Seria possível dizer que, em determinadas condições como trabalho de parto prolongado, doloroso, complicado, a qualidade da interação provedor de cuidados-paciente teria alguma influência no alívio do mal-estar vivido? Qual seria o grau de escolha que as mulheres que parem nessas condições teriam, em qualquer dos estágios do trabalho de parto?

É razoável supor que a dor do parto caracterizando-se como um fenômeno natural porque fisiológico seria, portanto, inevitável e passageira? Ou seria, ao contrário, um fenômeno que, ao longo do tempo histórico, foi sendo carregado de significados, desnaturalizando-se, para reconfigurar-se com outros sentidos no imaginário social, como “prova da resistência feminina”; na referência religiosa, uma “provação”; ou como ponto de vulnerabilidade da mulher às intervenções medicalizantes?

A esse propósito TORNQUIST (2002) levanta interessante discussão sobre a concepção dicotômica dominante “no sistema de pensamento ocidental, racionalista e cartesiano” (p. 489) que, opondo natureza-cultura, oferece substrato a uma certa vertente da crítica ao modelo medicalizado de atenção ao parto, levando a uma

polaridade, dessa vez invertida, “positivando a dimensão tida como natural” (p. 488). A autora remete a discussão para uma perspectiva (por ela mencionada) construcionista que propõe entender a experiência da parturição no campo do simbólico, isto é, “perceber a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural que se fazem presentes no ritual do parto” (p. 489).

As questões e reflexões aqui esboçadas permitem identificá-las como tentativas de apreensão de aspectos de uma realidade que se apresenta, por certo, tão vasta quanto multifacetada e não transparente. Impõe-se, portanto, um recorte reconhecendo-se a presença das interferências da pesquisadora e dos agentes envolvidos na pesquisa em contraposição à idéia de neutralidade na construção do conhecimento da realidade social (MINAYO 1994). Assim, duas dimensões despontaram como possibilidades de se constituírem eixos norteadores na busca da compreensão do universo que se pretendeu apreender.

Uma dessas dimensões situa-se na ordem da subjetividade que permeia a relação entre sujeitos, uma vez que o lugar que ocupa o elemento intersubjetivo nos modos de prover os cuidados de saúde constituiu-se objeto central do estudo. Uma outra ordem de preocupação que se estabeleceu como foco de interesse do estudo diz respeito à dimensão ético-política presente na vida dos sujeitos. Desse modo, caberia a abordagem das relações interpessoais também nessa ótica, uma vez que estas inscrevem-se e são expressões de relações sociais mais amplas.

Como uma primeira referência., pode-se entender que, em linhas gerais, falar em subjetividade significa falar em sujeito. Falar em sujeito significa falar em linguagem.

Os significados que assumem a categoria subjetividade são tão diversos quantas são as teorias que vêm sendo historicamente elaboradas produzindo conceitos e explicações sobre sua gênese, formação, estruturação, processo este operado nos registros filosófico, metapsicológico, epistemológico. São inúmeras as contribuições das ciências humanas, notadamente no campo da Psicologia e da Psicanálise, que se distinguem por suas referências aos paradigmas científicos e filosóficos nos quais têm sua ancoragem.

A compreensão derivada das formulações teóricas ancoradas na Fenomenologia apresentam-se como adequadas para constituir-se em suporte às incursões deste estudo

em busca da apreensão dos sentidos possíveis quanto aos aspectos recortados da realidade investigada, especialmente aqueles concernentes ao papel das relações interpessoais nos cuidados de saúde. Desse modo, os postulados centrados na noção de formação subjetiva estruturada e desenvolvida no contexto relacional constituíram-se em instrumentos válidos para examinar a situação delimitada pela pesquisa.

Assim, a abordagem de questões relativas à ordem da subjetividade deste estudo coloca-se na perspectiva que entende a noção de sujeito imerso no campo social. Tal perspectiva aponta para a concepção historicista da formação da subjetividade, isto é, que considera a interferência de “fatores contingentes ao tempo histórico a que pertencem os indivíduos” em sua estruturação (BARROS e OLIVEIRA 2003 p. 404).

Dessa forma, compartilha-se as reflexões de FIGUEIREDO (1995) sobre as questões de padrões de sociabilidade, processos de individuação e de pertinência social na formação subjetiva ou nos modos de subjetivação, que observa : “(...) É claro que a existência de indivíduos numa sociedade individualista não é jamais efetivamente a-social. A crença em indivíduos preexistindo à sua inserção e desenvolvimento em enquadres sociais determinados é uma das ilusões em oposição às quais a sociologia veio se constituir no século XIX” (p.29).

4.2 Procedimentos metodológicos

Desenho do estudo

O estudo realizado caracterizou-se como um estudo descritivo e analítico valendo-se de metodologia qualitativa

Coleta de dados

Os dados produzidos pelo estudo foram obtidos por meio de entrevistas com parturientes e provedores de cuidados e de observação livre, direta e participante das interações e dinâmica das rotinas da instituição de ocorrência da pesquisa.

A entrevista como fonte de dados tem sido largamente utilizada em estudos e pesquisas em ciências humanas, entre estas a Psicologia, Antropologia, Sociologia, História, sendo mesmo considerada como técnica privilegiada de coleta de informações em pesquisas na área das Ciências Sociais (TRIVIÑOS 1987; MINAYO 1994). Todavia, para THIOLENT (1987), tal *status* deve conferir ao seu uso a criticidade devida, pois esse autor enfatiza a necessidade da problematização da entrevista com vistas a garantir uma adequada avaliação de seus limites, alcances e implicações. “(...) Nesses termos o problema é tanto sociológico quanto epistemológico, ambos os aspectos reunidos numa preocupação de metodologia das ciências sociais” (p.81) .

Como uma técnica de coleta de dados assume, entretanto, características diversas que dependem de certas condições estando as subordinada, quais sejam: os objetivos a serem alcançados; o marco teórico que recorta o objeto em estudo; a metodologia empregada na investigação (BRIOSCHI e TRIGO 1987; RIGOTTO 1998). Assim, de acordo com tais condições, a entrevista pode apresentar-se sob variados formatos e denominações como, por exemplo, entrevista diretiva, não-diretiva*; centrada (*focused interview*); estruturada, semi-estruturada; fechada, aberta ou livre (THIOLENT 1987; TRIVIÑOS 1987; MINAYO 1994). A técnica da entrevista pode também adquirir variadas características como aquelas indicadas na literatura relativa à

* denominação amplamente empregada nas práticas psicoterapêuticas de orientações teóricas diversas, entre as quais a prática de aconselhamento de Carl Rogers (MICHELAT 1987).

História Oral que propõe definições para distintas modalidades tais como história de vida, depoimento pessoal, relatos de vida, biografia, autobiografia (KOMINSKY 1984; QUEIROZ 1987; BRIOSCHI e TRIGO 1987; RIGOTTO 1998).

Do ponto de vista conceitual, a entrevista é discutida sob um amplo espectro de questões (TRIVIÑOS 1987; MINAYO 1994). Para MINAYO (1994), o debate passa por um largo leque de aspectos que vão desde o problema da fidedignidade do entrevistado ao tema do caráter da interação social estabelecida entre o pesquisador e o respondente. A autora centra esta discussão em dois aspectos que retiram a suposta assepsia da entrevista como técnica neutra de coleta de dados para lançá-la em um campo de conflitos e contradições. Um desses aspectos refere-se à questão dos critérios de representatividade da fala individual. O outro diz respeito ao caráter conflitivo inerente às interações sociais que colocam os envolvidos na situação de uma entrevista, por exemplo, em uma relação assimétrica que deve ser, adverte, reconhecida como um dado condicionante da pesquisa, deve ser “compreendida e assumida criticamente em todo o processo de construção do saber” (p. 115).

As observações de BRIOSCHI e TRIGO (1987) seguem nessa mesma direção ao discutirem questões metodológicas no uso de relatos de vida. De acordo com as autoras, o diálogo presente no processo de investigação que põe em relação sujeito-objeto do conhecimento, portanto em qualquer modalidade de entrevista, implica no estabelecimento de interações nas quais entram em jogo intencionalidades distintas, bem como determinantes de classe, formação cultural, profissional e demais aspectos.

Vale destacar ainda a contribuição de THIOLLENT (1987) no debate sobre a suposta neutralidade dos instrumentos de pesquisa usados nas Ciências Sociais. Um dos temas para o qual o autor volta sua atenção trata da questão relativa à pretensa neutralidade metodológica. Em diálogo com o pensamento de autores diversos Thiollent discute a problemática reafirmando o caráter inerente da presença, em cada técnica utilizada, de pressupostos teóricos, uma vez que, diz ele, “toda técnica é uma 'teoria em atos' ” (p.44)*. Tal condição impõe, para o autor, o constante controle metodológico da técnica pelo pesquisador.

Os aspectos sublinhados por THIOLLENT (1987) em sua discussão sobre as possibilidades metodológicas da entrevista, com destaque para a entrevista não-diretiva

* “teoria em atos” expressão de Bourdieu citada por THIOLLENT (1987).

no contraponto ao caráter restritivo das entrevistas dirigidas, levam à percepção da necessária apresentação de uma problemática ao entrevistado, o que implica em limites à não-diretividade. Discussão esta, aliás, em que o autor amplia o debate para falar da perspectiva da não-diretividade na condução das técnicas de coleta de dados usadas nas ciências sociais.

No tocante ao problema dos critérios de representatividade da fala individual, anteriormente mencionado, seria pertinente lembrar que a discussão dessa temática articula-se estreitamente com a questão da representatividade do indivíduo no contexto da diversificada gama de expressões do fato social. À indagação sobre as condições em que os indivíduos representam e em qual medida ele fala em nome próprio, MINAYO (1994) propõe a possibilidade de se considerar a coexistência dessas duas dimensões, isto é, observa-se a um só tempo a revelação, por meio da entrevista, de “modelos culturais” internalizados que expressam, por sua vez, a historicidade e especificidade das relações sociais. Assim é que, diz a autora, os depoimentos devem ser contextualizados tomando-se em conta a condição de classe social, sexo, geração e demais pertinências grupais. Seguindo sua argumentação acrescenta: “é a constelação das diferentes informações individuais vivenciadas em comum dentro de um grupo, que permite compor o quadro global das estruturas e das relações onde o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e da particularidade das determinações” (p.113). A compreensão da representatividade do indivíduo nestes termos “tem, portanto, que ser completada com as variáveis próprias tanto da especificidade histórica como dos determinantes das relações sociais. E também dentro do próprio grupo ou comunidade alvo da pesquisa” (p. 113).

Com tais premissas a autora atenta para a possibilidade da palavra/fala individual ser “reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta- voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p. 109-110). O potencial da palavra/fala individual, assim entendido, confere à entrevista um lugar de notável valor como instrumento de coleta de informações. A autora segue reafirmando o lugar distintivo da comunicação entre agentes sociais concebendo-a como um modo

privilegiado de interação e chama a atenção para a sua “densidade enquanto fato social” (p. 109).

Nesse sentido, entende-se que as narrativas produzidas através da entrevista permitem alcançar a dimensão social e coletiva contida na experiência individual (RIGOTTO 1998). O alcance da dimensão sociocultural pela via da experiência individual é também colocado por MICHELAT (1987) que entende a entrevista como um dos modos de apreensão e reconstituição dos laços do indivíduo com a cultura, uma vez que aquele, em seu processo de socialização interioriza, sob o crivo de sua singularidade, padrões culturais do grupo social ao qual pertence *.

BRIOSCHI e TRIGO (1987) mencionam, a propósito da entrevista no contexto do método biográfico, a escuta de “um *discurso* no qual o sujeito fala da *representação* que tem dos fatos de sua vida, ele em suma 'se conta', segundo suas categorias de valores e códigos temporais” (p. 636). Operar a escuta nessa direção demanda colocá-la na perspectiva do campo dos estudos das representações. Aqui parece ser esclarecedora a assertiva de SCHRAIBER (1995) “basear a investigação na produção de um pensamento sobre a experiência vivida significa centrá-la nas representações dos sujeitos” (p. 65).

É oportuno ainda destacar a idéia examinada por SCHRAIBER (1995) de “reconstrução do vivido” que se apresenta como experiência resultante da intervenção de processos mentais e intelectuais desencadeados e mobilizados pela reflexão que uma entrevista costuma provocar. Ressalve-se, porém, que tal noção foi pensada pela autora no contexto de sua referência à importância do “trabalho da memória” em estudos que utilizam histórias de vida e depoimentos pessoais como modos de captar/investigar eventos coletivos e fatos sociais historicamente marcados. No entanto, é possível entender que o processo de “reconstrução do vivido” também pode ocorrer nos relatos referidos à experiência recente, como foi o caso dos sujeitos do presente estudo, notadamente as parturientes.

Os dados que a entrevista permite obter referem-se tanto àqueles relativos a fatos como àqueles que dizem respeito à bagagem pessoal do indivíduo entrevistado, isto é,

* “Compreendemos aqui por cultura o conjunto das representações, das valorizações efetivas, dos hábitos, das regras sociais, dos códigos simbólicos (...). (MICHELAT 1987, p. 194).

atitudes, percepções, valores, comportamentos, opiniões, crenças, sentimentos, entre outros aspectos (JAHODA 1971; THIOLENT 1987; MINAYO 1994).

Depreende-se, desse modo, que em qualquer das acepções, definições e modalidades mencionadas a entrevista é tomada como um relato (oral ou não) em que narrativas são produzidas, sejam elas de caráter testemunhal sobre um evento ou período histórico, sejam para falar de uma experiência individual (factual ou não), no plano subjetivo e, portanto, de vivências singulares ainda que semelhantes pelo efeito do registro da cultura na ordem da subjetividade.

Nesse sentido é que se pode situar a escuta que o estudo buscou empreender: a escuta de narrativas sobre um momento específico da vida das participantes da pesquisa, no âmbito dos cuidados de saúde, do ponto de vista dos envolvidos na situação investigada, isto é, tanto no pólo de quem recebeu, como no pólo de quem ofereceu esses cuidados.

É importante registrar que a escolha da modalidade de entrevista semi-estruturada procurou incorporar as considerações de ordem teórico-metodológica até aqui destacadas no que diz respeito, também, à elaboração do roteiro norteador que pretendeu focalizar aspectos pertinentes aos propósitos da pesquisa.

Desse modo, o roteiro utilizado (Anexo I) para a orientação da entrevista constituiu-se de questões que favorecessem a abordagem de aspectos da situação relacional – objeto da investigação – no âmbito dos cuidados oferecidos às parturientes. Tais questões foram propostas ora de modo direto ora de modo indireto.

Procurou-se observar, sempre que possível, um intervalo de tempo entre as entrevistas o qual correspondeu ao período da transcrição respectiva, de modo que cada nova sessão de entrevistas era realizada após finalizada a transcrição da anterior. Tal procedimento favoreceu o exercício da apreciação crítica necessária ao aprimoramento na condução das entrevistas posteriores.

Diga-se ainda que, no que se refere à dinâmica do trabalho de coleta de dados, a opção pela modalidade da entrevista adotada mostrou-se acertada e proveitosa, pois permitiu a realização de um número de entrevistas por sessão/dia considerado rentável (entre duas e três). Assim procedendo, pretendeu-se controlar a interferência de fatores como fadiga da pesquisadora/entrevistadora preservando, dessa maneira, a

disponibilidade pessoal necessária para uma condução adequada da entrevista quanto ao tempo e a profundidade requeridos pelos objetivos do estudo.

Observação da dinâmica institucional

A observação participante é outra das técnicas que assume um *status* de tal centralidade no trabalho de campo da pesquisa qualitativa que, para muitos autores, é vista não apenas como uma estratégia, mas como um método mesmo (MINAYO 1994).

Historicamente, a estratégia da observação participante emergiu no contexto dos estudos antropológicos cujas bases metodológicas foram lançadas no clássico texto do antropólogo B. Malinowsky, em 1922, sobre sua experiência de inserção na comunidade dos nativos das Ilhas Trombiana, no Pacífico (HAGUETTE 1987; MINAYO 1994). De acordo com MINAYO (1994), os fundamentos metodológicos do trabalho de campo na antropologia, postulados por Malinowsky, permanecem consistentes e influentes até os dias atuais.

A despeito do debate teórico-metodológico em que se confrontam as diversas correntes de pensamento sobre a observação participante, é possível apoiar-se em algumas contribuições, mencionadas por MINAYO (1994), que parecem mostrar-se pertinentes aos objetivos deste estudo. Encontraríamos, desse modo, a referência na etnometodologia que, mesmo sem prescrever uma metodologia específica de observação, aponta para os procedimentos da sociolinguística, da antropologia e da fenomenologia, reconhecendo a importância da “observação contextualizada para o pesquisador perscrutar os fenômenos, descrevê-los e interpretá-los” (p. 150).

Para MINAYO (1994), as visões teóricas diferenciadas quanto à observação participante convergem no que diz respeito a alguns pressupostos metodológicos, quais sejam: “a necessidade de preparação teórica; a relativização das hipóteses frente às evidências do campo; a necessidade de integração do pesquisador no campo para apreensão qualitativa da realidade; o uso de instrumentos adequados para a seleção e apreensão dos dados” (p. 157).

Nesse sentido foi solicitada a frequência ao Centro Obstétrico (CO) primeiramente, como atividade de estudo exploratório e posteriormente, como

desenvolvimento da pesquisa de campo. A coordenação do Centro não só acolheu a solicitação como franqueou à pesquisadora o acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto e parto. Tal possibilidade foi colocada no contexto do reconhecimento, pela coordenadora do CO, da diferença “notável” (sic), do ponto de vista do “estado psicológico/emocional”, entre as mulheres que recebiam este acompanhamento e as que não o recebiam.

Assim, a observação da dinâmica de funcionamento do serviço ocorreu através de situações interativas, com as parturientes, com os profissionais da instituição, especialmente com as obstetrites e as doulas, e menos freqüentemente com o corpo médico. O diálogo com as obstetrites foi constante, tanto para trocas de impressões, como para obtenção de esclarecimentos quanto às rotinas e aos procedimentos utilizados.

As atividades de acompanhamento – sempre autorizadas pelas obstetrites responsáveis e de acordo com a vontade das mulheres parturientes – consistiram na assistência à parturiente por meio da presença constante até o momento do parto, conversando, fazendo exercícios respiratórios, massagens, ajudando a movimentar-se, caminhar, alimentar-se, providenciando e auxiliando no banho. Com os familiares foram mantidos contatos, através de conversas informais, em grupos ou individualmente, nos espaços destinados à espera antes do parto e menos freqüentemente no momento imediato após o nascimento. Por vezes, tais contatos ocorreram novamente em visitas da pesquisadora às mulheres, realizadas no setor de puerpério.

Os dados resultantes destas atividades foram registrados por escrito, no intervalo de tempo, sempre que possível, o mais próximo de cada visita realizada.

A escolha da maternidade foi presidida pela necessidade, decorrente dos objetivos do estudo, de realizar a pesquisa em instituição que proporcionasse cuidados de saúde específicos e distintos dos cuidados e procedimentos médicos, estrito senso, na assistência ao parto. Isso significa dizer da escolha por uma instituição que disponibilizasse, também, cuidados caracterizados como de suporte emocional, os quais implicam na interação provedor-paciente em regime de acompanhamento contínuo.

Vale lembrar que, com base nesses critérios, a opção pela instituição de ocorrência do estudo levou à delimitação do tipo de parto das parturientes participantes do estudo, isto é, o parto vaginal.

Os participantes

Os critérios para definir os sujeitos participantes do estudo bem como a sua proporção numérica foram equacionados em consonância com os parâmetros recomendados na literatura concernente à pesquisa social de caráter qualitativo.

No que diz respeito ao perfil e tamanho da amostra do estudo, foram considerados os parâmetros assinalados por MINAYO (1994) baseados em critérios que contemplam um conjunto de aspectos tais como: prioridade para os sujeitos sociais com o tipo de inserção na situação que se pretende conhecer; neste conjunto homogêneo de sujeitos buscar a diversidade que permita a apreensão de semelhanças e diferenças; previsão de um número suficiente de sujeitos que possibilite a recorrência das informações atentando para aquelas informações que, pela sua singularidade, podem encerrar um potencial explicativo a considerar.

Deve-se também salientar as considerações de MICHELAT (1987) e QUEIROZ (1991) que reafirmam a especificidade dos critérios de escolha dos sujeitos sociais em pesquisa qualitativa. Michelat chama a atenção para a particularidade desses critérios que os distingue daqueles usados para a determinação de amostras constituídas com a idéia de representatividade no sentido estatístico. Queiroz situa a escolha dos participantes dentro do marco dos problemas colocados no projeto de pesquisa “ (...) noutras palavras, é preciso escolher informantes válidos para as questões a serem estudadas. Informante válido é aquele que se supõe de antemão possuir uma vivência do que se procura conhecer” (p. 102).

Com base nessas indicações foram entrevistadas 20 parturientes que tiveram parto por via vaginal em um Centro de Parto Normal (CPN) de uma maternidade na cidade de São Paulo. A escolha das parturientes foi norteadas observando-se basicamente algumas condições, a saber: ter sido assistida em instituição de saúde durante o trabalho

de parto e parto; ter sido assistida em instituição que proporciona, ainda que não regularmente, cuidados de saúde, durante o trabalho de parto e parto.

Ressalve-se que a coincidência do período de recesso do trabalho das voluntárias (“férias coletivas”) com uma parte do período de ocorrência das entrevistas propiciou uma ampliação do número de participantes compondo, assim, um conjunto com parturientes que haviam sido acompanhadas por doulas e parturientes que não tiveram esse acompanhamento. Por outro lado, o aumento do número de participantes possibilitou algum controle quanto à perda de dados resultante de circunstâncias desfavoráveis do trabalho de campo tais como: problemas técnicos acidentais no uso do gravador, dificuldades na fluência das entrevistas, entre outros fatores. Tais circunstâncias foram observadas na fase de pesquisa exploratória do estudo. Nesse período pôde-se observar também a ocorrência de relatos que se mostraram sucintos e até mesmo lacônicos. A diversidade dos relatos, no tocante à questão da fluência no desenvolvimento da entrevista, também foi relatada por QUEIROZ (1991) sendo tomada, pela autora, como ponto de reflexão sobre os aspectos metodológicos na condução da análise de dados.

Dentre os provedores de cuidados, a escolha recaiu sobre o grupo de doulas por reunir características, observadas no período da pesquisa exploratória, que julgou-se adequadas às intenções do estudo. Tais características referiam-se a alguns traços identitários que conferiam peculiaridades consideradas propícias e relevantes para o interesse da pesquisa. Trata-se de um grupo cuja inserção institucional o tornou depositário de atribuições que parecem não integrar as responsabilidades funcionais dos demais funcionários que prestam os cuidados de saúde às parturientes. Dessa maneira, assegurar a presença continuada junto às parturientes; oferecer apoio emocional, psicológico, massagens; intermediar a comunicação com os familiares que esperam fora do Centro, entre outras, foram algumas dessas atribuições delegadas e incorporadas como práticas específicas desse grupo.

As entrevistas com as parturientes foram realizadas no período puerperal, mais precisamente decorridas entre 24 e 30 horas do momento do parto.

Entre as parturientes, todas aquelas abordadas com a solicitação da entrevista aquiesceram tendo sido combinado encontro para o dia seguinte no setor de puerpério. Contou-se também com entrevistas de adesão espontânea, ou seja, não houve solicitação

prévia para concessão da entrevista, como naqueles casos em que foi estabelecido acerto anterior. Assim, duas das entrevistadas eram companheiras de quarto das parturientes previamente contatadas que, no decorrer da entrevista com a parceira de quarto, manifestaram interesse em oferecer seu depoimento à pesquisadora.

No grupo das doulas ocorreu o mesmo, ou seja, pronta anuência à solicitação da entrevista, encontrando-se apenas um caso de recusa não explicitada, perfazendo um total de sete doulas entrevistadas.

A modalidade de entrevista adotada e o tempo médio utilizado – em torno de 40-50 minutos – mostraram-se também adequados às condições disponíveis, uma vez que as entrevistas foram realizadas nos próprios quartos do setor de puerpério da maternidade. Nesse setor todos os aposentos são instalados como alojamento conjunto sendo que se dispõe, tanto de quartos para apenas duas, como para seis até oito ou mais puérperas com seus bebês. Tais condições resultaram em freqüentes e, às vezes, sucessivas interrupções da entrevista para que as mães pudessem acolher as demandas dos seus bebês, fosse para amamentá-los ou para prestar-lhes algum outro tipo de atenção.

Processamento e análise dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas pela pesquisadora ao longo do tempo do trabalho de campo, como anteriormente descrito. O processo de transcrição, além de permitir uma crescente familiaridade com as informações coletadas, foi percebido como um ganho adicional para o trabalho de processamento dos dados, uma vez que pôde constituir-se em uma primeira aproximação com vistas ao seu ordenamento. Por um lado, representou uma reapropriação das informações obtidas em patamar diferenciado como afirma (QUEIROZ 1991) “(...) o ideal, numa pesquisa, é que o próprio pesquisador que entrevistou o informante seja também o transcritor da fita. (...) Ao efetuar a transcrição o pesquisador tem, então, a invejável posição de ser ao mesmo tempo interior e exterior à experiência” (p. 87-88). Por outro lado, conforme indica a autora, permitiu uma identificação preliminar de temas relevantes para o presente estudo.

Do ponto de vista operacional, para a análise dos dados empíricos do estudo, recorreu-se às indicações de QUEIROZ (1991) e MINAYO (1994) concernentes à técnica de análise de conteúdo/análise temática tendo como eixo a identificação de unidades de significado nas falas das parturientes e doulas. Assim, estabelecido o *corpus* a ser submetido à análise procedeu-se à leitura do conjunto das entrevistas transcritas, isto é, dos seus textos respectivos, com vistas à identificação dos temas significativos conectados aos temas de interesse do estudo, seus objetivos e à hipótese formulada. Deve-se registrar, a propósito, que a emergência destes temas foi suscitada pelas questões propostas no roteiro, o qual constituiu-se em instrumento facilitador na etapa de organização e sistematização dos dados obtidos que foi realizada através do processo de codificação como preconizado por MILES e HUBERMAN (1994) e MAYAN (2001).

O contato contínuo com o material pelas repetidas leituras, às vezes no seu todo, às vezes em suas partes, configurou aquele processo de “impregnação” pelo seu conteúdo, também designado na literatura referida como “leitura flutuante” (MICHELAT 1987; QUEIROZ 1991; MINAYO 1994).

Como resultado dessas leituras intencionadas em busca dos temas significativos foi possível elaborar uma lista inicial (*start list*) de tópicos referidos às categorias gerais

relacionadas às questões da pesquisa, da problemática colocada, da referência teórica do estudo, da hipótese apresentada, conforme indicado por MILES e HUBERMAN (1994). Assim, foi construído um quadro classificatório com o qual realizou-se aproximações ao material no propósito de refinar o processo de identificação das unidades de significado e posterior elaboração do esquema de categorias para a análise dos dados.

Em razão de algumas especificidades nas informações provenientes dos dois grupos participantes da pesquisa – parturientes e provedoras – os dados foram considerados separadamente, para efeito de análise, conforme indicação de MINAYO (1994).

Concluída esta etapa, uma nova leitura do material foi realizada à luz das categorias propostas. A cada uma das categorias, com suas respectivas designações, foram associadas cores distintas na intenção de utilizá-las como um recurso codificador (com suas respectivas designações). Com este recurso procedeu-se ao assinalamento de cada entrevista-texto recortando-a em trechos específicos correspondentes ao código-cor estabelecido. Deste processo resultaram 27 textos codificados através dos assinalamentos como o apresentado, à guisa de exemplo, no Anexo II.

Na fase seguinte da análise, foram construídos arquivos no *Word* transpondo-se e reunindo-se os segmentos dos textos recortados alcançando-se, dessa forma, um outro reordenamento dos dados. Ao fim desta etapa, obteve-se um conjunto de arquivos com os trechos das entrevistas reunidos conforme as categorias propostas. Vale ressaltar que os arquivos criados representaram, respectivamente, a reunião dos dados provenientes das entrevistas com as parturientes e com as provedoras (doulas). Apresenta-se no Anexo III um desses arquivos, a título de exemplo.

Por fim, os dois conjuntos de textos relativos aos dados das entrevistas de parturientes e de provedoras foram submetidos à nova leitura elaborando-se, na sequência, a redação da análise de seu conteúdo e das categorias.

Segue abaixo o quadro geral de categorias formulado e as correspondentes definições utilizadas no processo de análise.

Parturientes	Provedoras
1. Subjetividade*	1. Subjetividade*
1a.Subjetividade auto- referida	1a.Subjetividade auto- referida
1b. Intersubjetividade (Subjetividade no contexto relacional)	1b.Intersubjetividade (Subjetividade no contexto relacional)
2.Acolhimento	2.Acolhimento
3.Apropriação da experiência	

* Para efeito da análise processada adotou-se a definição do termo subjetividade como segue: “o caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de *consciência* (v.) isto é, tais que o sujeito os refere a si mesmo e os chama de 'meus'” (ABBAGNANO 1970).

Parturientes

1. Subjetividade

1a. Subjetividade auto- referida

Sensações, emoções, preocupações, temores e expectativas vivenciados e manifestos referidos a si mesma, na condição de parturiente.

1b. Intersubjetividade (Subjetividade no contexto relacional)

Opiniões, sensações, sentimentos, emoções vivenciados e manifestos referidos ao acompanhamento recebido dos provedores de cuidados.

2. Acolhimento

Acesso a informações, orientações.

Conhecimento/usfruto de direitos da parturiente.

Opiniões manifestas sobre procedimentos experienciados

3. Apropriação da experiência

Impressões marcantes da experiência do parto atual.

Aspectos considerados importantes a serem transmitidos a outra parturiente.

Provedoras

1. Subjetividade

1a. Subjetividade auto- referida

Objetivos, motivações e interesse manifestos pelo trabalho de suporte na função de doula.

Concepções sobre o perfil esperado de doula.

1b. Intersubjetividade (Subjetividade no contexto relacional)

Opiniões sobre o perfil das parturientes atendidas no CPN* da instituição.

Atitudes manifestas, através de práticas comunicacionais verbais, referidas ao acompanhamento oferecido às parturientes.

2. Acolhimento

Opiniões, concepções e descrição das práticas do suporte oferecido.

Opiniões sobre as condições e finalidade do trabalho de suporte para a instituição.

Conhecimento dos direitos da parturiente.

É oportuno ressaltar que a análise desenvolvida incidiu sobre o conteúdo manifesto dos depoimentos, isto é, os tópicos referidos às categorias propostas refletiram os termos verbalizados direta e explicitamente pelas participantes.

* Centro de Parto Normal

5 Aspectos éticos

Os parâmetros para a pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, bem como as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP foram observadas.

De acordo com o estabelecido nas normas, as entrevistas foram realizadas com a livre aquiescência das participantes depois de terem sido informadas sobre o que era e quais os objetivos da pesquisa, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi lido e assinado (Anexo IV). Do mesmo modo, a solicitação de autorização para a realização da pesquisa foi encaminhada aos responsáveis pela instituição de ocorrência do estudo sendo obtida a permissão pleiteada (Anexo V).

A privacidade das participantes foi assegurada e, para isso, foram atribuídos nomes fictícios escolhidos pelas mesmas. Os nomes atribuídos foram registrados na transcrição das entrevistas e a divulgação das informações foi autorizada pelas entrevistadas.

As anotações do trabalho de campo serão destruídas tão logo esteja concluído todo o processo da pesquisa, isto é, até a defesa da tese. As fitas gravadas permanecerão em poder da pesquisadora pelo prazo de cinco anos, findos os quais também serão destruídas.

Dados situacionais

6 Dados situacionais

6.1 Parturientes

Carmem, Jussara, Adriana, Gildara, Lisandra, Karin, Kelly, Priscila, Viviane, Isabel, Patrícia, Michele, Ivaneide, Wanda, Rosemeire, Fabiana, Taís, Elaine, Rosa e Lita, estes são os nomes fictícios, escolhidos pelas mulheres que participaram deste estudo. Os dados referentes à identificação nominal foram resguardados por razões do compromisso de garantia de privacidade firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As idades das participantes variaram entre 15 a 36 anos. O intervalo etário entre 15 a 19 anos foi equivalente à metade do universo das entrevistadas sendo que houve concentração de 6 casos na idade de 19 anos e de 4 mulheres no intervalo etário de 23-25 anos.

Quanto ao grau de instrução escolar, 7 das 20 mulheres entrevistadas não concluíram o ensino fundamental, recaindo a interrupção entre a 4ª e a 7ª séries. Com o primeiro grau concluído foram 2 das participantes. As demais apresentaram escolaridade em nível de segundo grau sendo que: 4 parturientes completaram o segundo grau e 7 o interromperam. Os pontos de interrupção ocorreram na 1ª série para 3 mulheres e na 2ª para 4 das participantes.

Com relação à situação conjugal, a união consensual foi predominante, sendo esta a situação apresentada por 10 das mulheres do estudo. Entre as demais, 6 eram casadas e 4 solteiras. A condição de solteira foi referida pelas participantes como a situação de não co-habitação com o namorado ou ex-companheiro. Entre estas, apenas uma referiu morar sozinha e as demais com familiares.

Relativamente à profissão ou ocupação, um pouco mais da metade (11) das mulheres apresentaram variadas situações profissionais ou ocupacionais como: micro-empresária (prestação serviços terceirizados na área de limpeza); secretária; auxiliar/ajudante geral; recepcionista; montadora de lustres; costureira (autônoma, prestando serviços, no domicílio, para confecções); diarista e/ou doméstica (prestando

serviços em “casa-de-família”). As demais referiram a condição de estudante ou “do lar” (ocupando-se das atividades domésticas em sua casa).

Com respeito ao número de filhos, foi expressivo o número de mulheres com um filho sendo que: 11 mulheres estavam experienciando sua primeira gestação; 2 mulheres na segunda gestação, com história de aborto em gestação anterior e 1 na terceira gestação, com 2 abortos anteriores. Entre as 4 mulheres com 2 filhos, apenas uma estava na 3ª gestação com interrupção da primeira gravidez por aborto. Com 3 e 4 filhos uma parturiente respectivamente, tendo sido partos normais todos os anteriores.

A totalidade das mulheres participantes do estudo realizaram pré-natal, variando entre elas a idade gestacional do início e o número de consultas, com predominância entre 5-8 consultas. Os casos de número de consultas acima de 9 deveram-se a intercorrências durante a gestação. As unidades da rede básica do Sistema Único de Saúde situadas em diferentes regiões da cidade de São Paulo foram os locais onde ocorreram as consultas do pré-natal. Em apenas um caso o pré-natal ocorreu em município da região metropolitana do estado.

Quanto ao percurso feito, desde a saída de casa, em busca da instituição, quando as mulheres julgaram que o trabalho de parto tinha sido desencadeado, a expressiva maioria (17) procurou o hospital ou maternidade, situados em diferentes locais da cidade, ou por proximidade de seus domicílios, ou por ter tido boas referências da instituição contatada. Na grande maioria (13) dos casos, porém, por indisponibilidade de vagas, as parturientes foram transferidas, em ambulância, para a maternidade Amparo Maternal e 4 utilizaram condução própria para seu deslocamento. Dentre as três mulheres que procuraram diretamente a maternidade Amparo Maternal, duas também fizeram uso de condução própria e uma mulher solicitou o serviço público de resgate no domicílio.

Com respeito à duração do trabalho de parto – estimada para o período entre a formalização da internação até o momento do nascimento – o tempo médio concentrou-se no intervalo entre 11-17 horas.

O Quadro 1, a seguir, oferece um resumo das informações sobre as parturientes.

6.2 Provedoras

Lourdes, Catarina, Suzana, Gorete, Glória, Juliana e Maria. Pelas mesmas razões do compromisso firmado quanto à privacidade na identificação dos participantes do estudo, os nomes das doulas apresentados são fictícios.

A inserção institucional de todas as participantes deste grupo tinha caráter de trabalho voluntário e, excetuando-se uma, todas as demais estavam vinculadas ao grupo de voluntárias do Amparo Maternal. Uma das doulas entrevistadas achava-se integrada ao grupo de profissionais que desenvolviam, na instituição, atividades específicas do seu campo profissional como psicólogas, fonoaudiólogas, caracterizadas também como trabalho de caráter voluntário.

Dentre as sete doulas entrevistadas, a idade variou entre 36 e 67 anos sendo que não houve predominância de qualquer faixa etária. Apenas pode-se mencionar que no intervalo etário entre 50-59 anos situaram-se 3 mulheres desse grupo de participantes.

A escolaridade variou entre 2º e 3º graus completos. Quanto à profissão ou ocupação, duas das participantes eram professoras aposentadas, duas se ocupavam com as atividades domésticas em seus lares. As demais assim se apresentaram: esteticista, psicóloga, secretária de estabelecimento comercial.

A grande maioria das entrevistadas vem exercendo atividades como doula na instituição desde há um ano. Entre as mais antigas, encontravam-se duas doulas atuando há um ano e oito meses e dois anos respectivamente. Uma doula com vínculo há sete meses. Dentre aquelas que vêm exercendo esta função a partir de 1 ano e mais, quatro já realizavam outras atividades na instituição há mais tempo.

As informações sobre as características deste grupo estão apresentadas no Quadro 2.

6.3 Instituição

De acordo com o relatório de atividades * referentes ao ano de 2003, a maternidade Amparo Maternal foi estabelecida como instituição beneficente desde sua fundação, em 1939, caracterizando-se como Maternidade Social, detentora de *status* jurídico de Entidade Filantrópica de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal.

Proclamando o compromisso social fundado em valores religiosos a instituição enumera como seus objetivos:

- 1 assistir integralmente à mãe necessitada, sem distinção de raça, credo, segundo os princípios da Igreja Católica;*
- 2 prestar assistência obstétrica à mulher necessitada e ao seu filho em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal;*
- 3 prestar assistência à mãe desvalida, procurando, por meios adequados, sua reabilitação social;*
- 4 estudar os problemas médico-sociais com verdadeira dedicação e respeito à pessoa humana, acompanhando o progresso da ciência e promovendo a formação de recursos humanos;*
- 5 denunciar à sociedade as danosas conseqüências do desamparo da família, colaborar com todas as iniciativas que visem ao bem e ao fortalecimento da instituição familiar.*

Segundo o Relatório mencionado acima, em 2003 a instituição contou com 48 médicos distribuídos entre o Centro Obstétrico (CO), Ambulatório de pré-natal e Berçário clínico. Estiveram atuando no CO três médicos obstetras e um anestesista.

Integrando o CO encontra-se o Centro de Parto Normal (CPN) onde foi implantado, em 1999, o “projeto de valorização da fisiologia do parto” sob a coordenação de Dra. Ruth Hitomi Osava – enfermeira obstétrica – contando com 18 enfermeiras obstétricas. Adotando práticas orientadas para essa valorização, os serviços prestados no setor foram assim descritos no Relatório: “No método do **parto**

* “Relatório de atividades médico-social”. Maternidade Amparo Maternal, 2003. (relatório para circulação interna)

humanizado, desde o pré-parto, sempre que possível, as parturientes receberam toda a atenção; não ficaram necessariamente presas à cama, deambularam, fizeram exercícios apropriados, receberam massagens e hidromassagens para ajudar no relaxamento e facilitar o parto natural. Nos últimos meses contamos também no setor com a ajuda de algumas senhoras “doulas preparadas para este fim”

Os dados estatísticos do atendimento desse setor, relativamente ao ano de 2003, constantes no Relatório, para o total de parto realizados, referem 10.486 partos normais e 2.011 partos cesáreas, mencionando-se a progressiva redução destes últimos.

Integram os serviços, atividades e setores do Amparo Maternal:

Centro Obstétrico

Puerpério

Ambulatório pré-natal

Neonatologia

Berçário, clínico e social

Serviço social

Alojamento social

Corpo de voluntários

Estágios para diversas especialidades voltadas para obstetrícia e neonatologia

Ultrassonografia

Trabalho Pastoral seguindo orientação da Arquidiocese de São Paulo.

A maternidade Amparo Maternal também integra a rede de maternidades que atende pelo Sistema Único de Saúde. De acordo com informações da presidente da entidade, Irmã Anita Gomes, a maternidade dispõe de 150 leitos de obstetrícia, sendo 24 destes alocados no Centro de Parto Normal onde são realizados apenas partos vaginais sob a responsabilidade de obstetrizes. O CPN conta com sete salas de parto, 11 banheiros com duchas, duas banheiras de hidromassagem, quartos amplos e espaço para deambulação das parturientes. Dispõe também de alguns artefatos utilizados como recurso no auxílio à evolução do trabalho de parto, tais como banco obstétrico, bolas.

Segundo depoimento da coordenadora do grupo de doulas, a implantação do trabalho de apoio à parturiente, realizado pelas voluntárias na maternidade Amparo Maternal foi incentivado pela coordenadora do Centro de Parto Normal, Ruth H. Osava,

tendo início depois de concluída a reforma das instalações da instituição, cujo objetivo era a implantação de um Centro de parto humanizado. De acordo com a entrevistada, no início as voluntárias não dispunham de informações “técnicas” para o desempenho do trabalho como doula. Tais informações foram transmitidas, em setembro de 2002, através de um “curso” de curta duração (jornada de um dia), por integrantes do grupo denominado “Doulas do Brasil”.

Assim, formou-se a equipe de doulas-voluntárias que iniciou os seus trabalhos no CPN após esse treinamento. A entrevistada refere que, no decorrer do tempo, o curso foi aperfeiçoado com inclusão de mais informações, por iniciativa de algumas doulas e replicado para outras voluntárias por solicitação da coordenadora do CPN. Até o presente foram treinadas cerca de 84 voluntárias e, dessas, 40 atuam no setor.

A equipe é coordenada por uma das doulas, organizando-se em períodos de trabalho de 4-5 horas ou mais, em dias e horários previamente estabelecidos, cobrindo os períodos matutino, vespertino e noturno, com maior concentração no período vespertino durante a semana (de 2^a a 6^a feiras). Realizam reuniões gerais mensais e promovem cursos rápidos de aprimoramento como, por exemplo, cursos de técnicas de massagem, relaxamento, entre outros.

De acordo com a opinião da entrevistada, ao longo desses dois anos o trabalho das doulas vem conquistando espaço e reconhecimento na instituição, encontrando-se ainda resistências em alguns setores do corpo médico. Considera que, atualmente, entre as obstetrites as relações com as doulas são positivas caracterizando-se como de cooperação.

7 Sobre os dizeres

Os resultados encontrados e aqui descritos estão pautados na análise temática do conteúdo das entrevistas com as parturientes e com os provedores, em conformidade com o quadro de categorias estabelecido. As informações contidas nos registros de observação da pesquisadora foram utilizadas para a análise, em caráter complementar aos dados obtidos pelas entrevistas.

As informações atinentes à gestação, aos momentos imediatamente anteriores à admissão na instituição designados, neste estudo, como “Trajetória” e também ao momento posterior ao parto, designado como “Apropriação da experiência”, foram consideradas. Os dados relativos a estas ocasiões mostraram-se valiosos como elementos complementares na abordagem do tema do estudo, que teve seu foco nos momentos de trabalho de parto e parto.

Cumpramos observar, ainda, que a descrição aqui apresentada também resulta de aproximações interpretativas daquilo que se pretendeu conhecer, uma vez que toda pesquisa, desde os seus inícios, instaura-se como empreendimentos em busca de respostas às indagações que se colocam para o pesquisador (SCHRAIBER 1993).

7.1 Os dizeres sobre si

1a. Subjetividade auto-referida

Parturientes

A referência à dor sentida durante o trabalho de parto e parto foi preponderante nos depoimentos. Mencionada na quase totalidade das entrevistas a dor foi qualificada como muito intensa, “insuportável”, “a pior dor” e, para quase a metade das parturientes, relatada adicionalmente como experiência de grande sofrimento. Para apenas uma entrevistada a dor foi considerada como “não muito forte” (...) “estava sofrendo, mas estava sossegada, não deu ansiedade”.

O medo destacou-se com grande recorrência em grande parte dos relatos. A alusão ao medo, no entanto, apareceu associada a diferentes motivos. A associação do sentimento de medo com idéias de perigos iminentes e diversos foram observados nos depoimentos.

Assim, a vivência de medo relacionado à idéia de iminência de morte, própria e/ou do bebê, foi relatada de modo significativo nos depoimentos. Em alguns casos, a menção ao medo de algo difuso, desconhecido, mas ameaçador que pudesse acontecer à parturiente, no processo de trabalho de parto e parto, bem como o medo de possíveis agravos foram narrados pelas mulheres, tais como: medo que lhe faltasse o ar na hora do parto, de não conseguir ter força para ir até o fim do trabalho de parto, de não ter força para empurrar o bebê.

As observações da pesquisadora registraram, com grande frequência, verbalizações das parturientes, que se encontravam no estágio avançado do trabalho de parto, expressando sensações de desfalecimento, de desmaios iminentes, sensações essas acompanhadas de choro, gritos, gemidos, falas de que não iriam conseguir parir, episódios de agitação motora, tremores, alterações na fisionomia, presença de sudorese, esfriamento de mãos e pés.

O termo medo ou preocupação com a saúde do bebê, especialmente quanto à integridade física, também foi relatado na quase totalidade das entrevistas. As

expressões “ver o rostinho”, ser “perfeitinho” “nascer bem” para falar dessas preocupações, expectativas e ansiedade, durante o trabalho de parto e parto, estiveram presentes nas falas de modo preponderante. Para algumas parturientes, o medo relacionado a prováveis problemas com o bebê foi reportado e associado à ameaça de aborto, voluntária ou intencionada, e ao estresse (“passei nervoso”) ocorridos durante a gestação em razão de conflitos conjugais e /ou familiares. O desejo por uma rápida evolução do trabalho de parto foi referido em associação com esta preocupação e com o alívio da dor.

A possibilidade de ficar só durante o trabalho de parto e parto, mencionada em alguns depoimentos, foi uma situação apontada pelas mulheres como sendo geradora de medo. Tal sentimento apareceu, nos relatos, vinculado à ausência, tanto de familiares como de acompanhantes em geral.

O medo de ficar só foi também reportado nos registros de observação da pesquisadora sendo expressos através das demandas insistentes pela presença continuada da doula que estivesse acompanhando à parturiente. Por oportuno, é interessante notar que em uma dessas ocasiões uma das parturientes respondeu à companheira de quarto que ela necessitava do contato físico com a doula (segurar a mão) durante a vigência da contração uterina dolorosa porque só assim ela poderia ter a certeza de que alguém estava do seu lado.

Tristeza, depressão, choro, insônia, “nervoso”, sentir-se “esquisita”, “estranha”, ficar com o “coração disparado”, impaciência, foram sentimentos e sensações referidos por algumas das entrevistadas para reportar vivências ocorridas no período antes da internação, ou seja, o período de tempo situado desde a véspera até o momento da admissão. Em algumas entrevistas foram relatadas vivências de solidão, tristeza e choro a partir do momento em tiveram que se separar, por força do ingresso na instituição, de pessoas afetivamente significativas (mãe, esposo, namorado).

*(...) aquelas mulheres entrando naquelas sala horrível, aquelas mesa horrível.
(...) Tinha uma sala que a mulher tinha ganhado bebê normal (refere-se ao parto normal). Eu nunca tinha visto, aquele chão cheio de sangue, aquela placenta com o cordão umbilical... Ai eu pensei, pronto, isso aqui não é um hospital não, isso aqui é um açougue. Ai eu entrei em desespero: eu quero ir embora daqui, porque*

eu vou morrer aqui. (...) Mas o problema não era em si dos médicos, era, em si, do medo de você ter um filho normal (parto). Eu estava com esse medo. Escutar aquelas mulheres gritando: ai socorro! Aquilo é horrível. Aquilo, pra uma pessoa que não tá com dor, tá entendendo? que tá ali, na expectativa, e aquelas mulher gritando, fazendo aquele auê, aquilo parecia o fim do mundo, o inferno. (...) tinha medo do que ia acontecer comigo. De que tipo de coisa você estava com medo? De sentir dor, de sentir a dor de parir o filho normal (parto). Você tá entendendo? Eu tô. (Ivaneide)

Ah eu não pensava que eu ia sofrer muito como eu sofri. Eu gritava: meu Deus tenha misericórdia de mim, tira esse sofrimento de mim! Naquela hora dá um desespero não é? (Gildara)

A gente sabe que vai ter as dores, mas não imagina, nossa! que vai ser daquele jeito. (...) por mim eu não teria outro filho não. Por que? Por causa que... acho assim... dói demais! É muito sofrimento, entendeu? (Priscila)

Eu fiquei assustada, com a dor muito forte, nunca tinha sentido aquela dor. Eu fiquei com medo, pensei que ia acontecer alguma coisa comigo. Tipo o quê? Ah sei lá! Dar alguma coisa errada na hora, ele não sair, eu não agüentar a dor, uma coisa assim. (Isabel)

E o medo, medo, o coração disparado! Você tinha medo...? É, que eu nunca tive um filho. E o medo era de que? De dor. De dor..., mas a minha preocupação maior era da ignorância dos médicos. Tem médico muito bruto. Quando minha mãe ganhou eu, quando eu nasci, o médico zoou muito com ela, machucou ela todinha, aí eu fiquei com trauma. Ela te contou? Contou. Aí eu falei, ai meu Deus e agora? Aí eu fiquei com medo dos médicos, de ser maltratada, né, porque eu sou muito sensível. Eu fiquei com medo mais era disso. (Rosali)

Medo assim de acontecer alguma coisa com a minha filha (...) queria ver ela nascer logo, saber se ela não tinha nenhum defeito físico. Eu ficava só pensando

assim: nossa meu Deus do céu, tá chegando a hora de eu ver a minha filha, de eu ficar com ela, aquela ansiedade, né, e ao mesmo tempo medo. (Rosemeire)

Eu fiquei com medo, chorei bastante (refere-se ao momento da internação).

Você sentiu medo do quê? *De ficar sozinha, eu acho. Me senti só, porque não podia entrar minha mãe, nem o pai do nenê, meu marido, aí eu fiquei triste. (Patrícia)*

No domingo (véspera internação) me deu uma tristeza, me deu uma choradeira, chorei o dia inteirinho, com uma depressão, chorava, chorava, que eu não me controlava. (Elaine)

Provedoras

Neste grupo de participantes as questões da categoria subjetividade auto-referida estiveram relacionadas às motivações pessoais, interesses e objetivos declarados, voltados ao trabalho como doula, bem como às concepções sobre o perfil esperado para o exercício dessa função.

No que diz respeito aos interesses que mobilizaram as participantes para o trabalho foi predominante a referência à vontade de apoiar, “dar amor”, “doar-se”, ajudar o outro, nomeado também como “o próximo”, “o semelhante”, entre todos os depoimentos. Houve menção, em quase todos os relatos, a valores de cunho religioso, espiritual e humanitário como inspiradores dessa vontade.

Aperfeiçoamento, realização, crescimento pessoal, crescimento interior, ajudar a si própria preenchendo o tempo livre, esquecer de problemas ou como modo de prevenir ou lidar com situações problemáticas de caráter subjetivo foram razões apontadas como objetivos próprios na disponibilidade para o exercício do trabalho como doulas.

Em dois, do total dos depoimentos, mencionou-se a questão profissional como motivação e/ou objetivos, isto é, a intenção de, com o exercício desse trabalho, habilitar-se para uma futura atividade remunerada como doula.

Eu sempre tive vontade de doar um pouco do meu tempo para ajudar. É bom, a gente se esquece dos nossos problemas. Então é realmente para dar um apoio, pra ajudar aquele que precisa. (Gorete)

*Vontade de servir o próximo, vontade de ajudar. Eu acho que quem não vive pra servir não serve pra viver. **Teriam outros valores motivadores dessa vontade?** Ah, eu acho que é o amor a Deus. Acima de tudo. Porque Ele é tão bom, dá tanto pra gente! Por que a gente não pode dar, pelo menos um pouquinho? É essa vontade de retribuir. Toda vez que eu venho aqui eu peço: me ajude a servir. (Juliana)*

(...) crescimento pessoal e profissional. Não dá pra dizer que é só uma questão de voluntariado. A questão é profissional também, pessoal, um crescimento inteiro.
(Catarina)

*Meu objetivo é... sei lá... acho que é de me ajudar também. **Como esse trabalho lhe ajudaria?** Preenchendo o meu tempo. (...) o dia livre que eu tenho, eu tenho que preencher com alguma coisa.* (Glória)

Primeiro, foi altruísmo. Eu queria dar mais amor ao próximo. Segundo, como os filhos estão crescendo, não vão precisar mais de mim, então estou pensando ter atividade como doula, paga, mas isso é mais futuramente. (Suzana)

O meu objetivo é esse: ver um ser humano acreditar em outro ser humano, em primeiro lugar. Que existe carinho, respeito, disponibilidade pra um ajudar o outro... (Lourdes)

Sobre o perfil da doula requerido para o desempenho do trabalho de suporte foi predominante, nos relatos, a opinião de que há atributos pessoais sem os quais, disseram as entrevistadas, não seria possível desenvolver essa atividade. O atributo “ter amor” e/ou “ter carinho” foi considerado unanimemente como condição básica e fundamental para o desempenho da função. Outros atributos como paciência, bom senso, saber ouvir foram apontados nos depoimentos.

Em três das entrevistas foram mencionadas a “firmeza” e a autoridade como atributos importantes no que se refere ao trato com as parturientes e como atributos necessários para o exercício da função de doula.

Eu acho que tem que ter muito amor, paciência e humildade. São os três pontos básicos que eu acho que tem que ter. (Glória)

Muita força de vontade, muito amor. Amor acima de tudo, dedicação, carinho, atenção. É necessário e fundamental. Você não consegue ser doula sem isso.
(Juliana)

(...) porque existe a hora em que você tem que ter uma autoridade, mesmo que não seja uma autoridade assim brava... não é questão de ser brava... é questão de dizer não vai, não faça. (Gorete).

(...) existe algo pessoal, que é uma questão de bom senso, equilíbrio, tranqüilidade, tem que ter isso nesse momento, que é para não se desesperar também, não é? Para poder fazer essa mulher ter um momento de mais tranqüilidade. (...) Um pouco de rigidez também. São qualidades que têm a ver muito com a nossa personalidade. (Catarina)

7.2 Os dizeres sobre a presença do outro

1b. Intersubjetividade (subjetividade no contexto relacional)

Parturientes

Na quase totalidade dos relatos, para o período do trabalho de parto e parto, foi expressiva a referência à boa atenção dispensada às parturientes pelas obstetrizas, outros profissionais e especialmente pelas doulas. Apenas uma entrevistada relatou não ter sido bem atendida. Para ela houve demora em ser levada para a sala de parto.

A presença intermitente e/ou contínua foi apontada, pela expressiva maioria das mulheres, como a qualidade mais apreciada da atenção recebida. Ajuda e apoio foram termos recorrentes e utilizados nos depoimentos para expressar o sentimento geral de satisfação quanto ao atendimento.

No conjunto dos relatos, entretanto, à referência ao sentimento geral de ter recebido os cuidados de maneira atenciosa foram acrescidas outras sensações, também recorrentes, relativas tanto à atuação das obstetrizas quanto ao acompanhamento contínuo realizado pelas doulas.

Ter tido sempre alguém por perto foi relatado, com destaque, pela quase totalidade das mulheres como uma qualidade diferencial e a mais apreciada das modalidades de atenção que receberam. O destaque na apreciação foi dado igualmente, tanto por aquelas parturientes do grupo que recebeu os cuidados da doula, como por aquelas que não os receberam.

Todavia, verificou-se, nos relatos do grupo de parturientes acompanhadas por doulas, uma frequência maior e mais nuançada de comentários descrevendo sensações e sentimentos ocorridos com a presença contínua dispensada pelas doulas. Desse modo, foram observadas referências específicas para caracterizar a ajuda e o apoio recebidos. Assim, as entrevistadas relataram: ter sido influenciada de modo positivo pela conversa com a doula; ter se sentido segura, confiante com a sua companhia; ter sido acompanhada por alguém, à semelhança de uma amiga ou mãe. As sensações de

relaxamento e calma sobrevindas a partir da presença da doula, também foi prevalente nos depoimentos daquelas parturientes acompanhadas continuamente.

O atendimento foi maravilhoso porque a médica vem a toda hora. (Carmem)

A enfermeira me atendeu muito bem e toda hora elas iam lá me olhar. (Lisandra)

São atenciosos com a gente, olhando a gente toda hora, não deixa a gente sozinha um minuto (Taís)

Eu tive muita ajuda da enfermeira, da médica. Quando eu fui lá pra mesa, pra ganhar a médica me ajudou bastante Ela me ajudava mais na barriga, conversava comigo, me dava muita força. Todas duas. (Gildara).

Me senti bem (...) toda vez que eu precisava sempre tinha alguém para me ajudar aqui. Sempre tinha uma, elas ficam revezando, uma escuta o coração do nenê, outra faz toque. Eu achei o atendimento bom. Quando vinha a dor, que eu gritava... porque tem hospital que eles são ignorantes, né? “não grita que é pior!”, xingam a gente. Aqui não, ... aí uma lá apertava a minha mão, tinha uma enfermeira que arrumava meu cabelo, que eu tava toda descabelada. Eu gostei!, o pessoal me tratou bem. (Kelly)

*Ah, tinha uma lá que, sei lá, era meio estressada, meio aborrecida, era mais nova. Mas a outra, mais velha, assim...era mais carinhosa, porque a gente precisa delas entendeu? Porque a gente sentindo dor, elas estando ali, a gente se sente com alguém. A gente sentindo dor sozinha fica muito ruim. Essa que me deu apoio, ela que fez o meu parto. Então, não tenho do que reclamar, ela me influenciou muito: “vai mãezinha, vai!”. Ela era um doce. **Influenciou pra quê? Pra mim ter força,. pra nenê nascer.** (Priscila)*

(P. fala em agradecer com uma lembrancinha pra ela na data do seu aniversário).

O melhor momento pra mim foi o momento que a psicóloga ficou comigo lá no quarto, conversando. Eu já estava desistindo, eu achava que eu não ia agüentar mais e ela me passou uma fortaleza muito grande, foi que nem minha mãe, e ela me passou assim uma energia muito forte, uma positividade muito forte pra mim. (Michele)

(...) das voluntárias que ficavam com a gente o tempo inteiro, o cuidado, a paciência, a dedicação. É muito bom, você se sente mais segura, sabe?, sente ... parece que elas são sua amiga de verdade, tão ali dispostas a te ajudar. É como se fosse uma mãe pra gente, tá ali todo o tempo, toda hora, não se importa com nada, só mesmo com a gente. No meu outro parto eu não tive nada disso. Fiquei sozinha lá na sala e o doutor ficava falando pra mim: é que você está muito mole, não sei o que, não tinha atenção de nada com a gente. Aqui foi muito diferente. (Rosemeire)

Aí quando eu cheguei aqui, vixi!. No começo achei meio estranho, aí quando chegou as moças que ajudam, que são vocês (doulas), aí eu melhorei e relaxei. Aí eu comecei a ajudar todo mundo. Falei: ah, elas estão aqui eu vou ajudar elas pra depois elas me ajudarem, aí eu comecei a incentivar as meninas a não gritar. Aí eu fui andando pelo corredor, ajudando todo mundo, brincando com todo mundo. (...) Todas as meninas (as doulas) que conversaram com a gente (...) todas lá me relaxou. Conversando, perguntando se estava tudo bem, adorei! Gostei também da massagem que fizeram nas minhas costas.

(...) É muito bonito esse trabalho que vocês fazem, ajuda muito! Principalmente assim, vem mulheres casadas mas vem mais nós que precisamos mais de apoio. Somos novas, inexperientes. Porque as que são casadas já tem experiência, já tem filho. Agora as que são de primeira viagem precisam de muito apoio, de paciência. E nós, às vezes, se descontrola, né, e vocês tão ali pra ajudar, é muito bom. (Rosali)

A referência à ajuda e apoio recebidos das obstetrizes e/ou das doulas, especificamente no momento do parto, foi verificada na quase totalidade dos

depoimentos, em geral, e entre aquelas parturientes que contaram com o acompanhamento de doulas.

Nos registros de observação da pesquisadora, a manifestação explícita de agradecimento às doulas e às obstetrizes foi relatada na larga maioria dos casos observados.

Quem passou toda, assim, a fortaleza, que eu era capaz de colocar foi a psicóloga. Se não fosse ela eu não sei. (...) Os médicos são muito atenciosos e tentaram fazer com que tudo corresse bem. (Michele)

Me senti cuidada, as médicas ajudou bastante, foi uma ajuda e tanto! (Jussara)

Eu tive muita ajuda da enfermeira, da médica. Me ajudaram bastante! (Gildara)

Me tranquilizou bastante, foi bom para mim (referindo-se à companhia da doula na hora do parto). (Lisandra)

Embora não tenha sido estabelecida como categoria de análise, a presença do parceiro e da família no pré-parto e parto apresentou-se relatada nos registros de observação e nas entrevistas, de modo significativo.

A presença do marido, companheiro ou namorado, no momento do parto, foi relatada em metade das entrevistas. Também foram observadas, em muito dos relatos, referências à ausência do parceiro por motivos diversos tais como: desencontro entre o horário de sua chegada e o horário do parto; desconhecimento do direito de estar presente neste momento; ter que cuidar do outro filho em casa; necessidade de permanecer no trabalho; vontade da parturiente de não tê-lo presente.

Aí a médica falou: se for parto normal seu marido fica. Aí eu falei pra ele: você fica pra assistir o parto? Você me ajuda? Ele falou: eu ajudo. Aí eu fiquei calma. Ele falou: olha, eu não vou embora enquanto você não ganhar nenê. (Ivaneide)

Meu marido queria acompanhar o parto, mas não deu tempo dele chegar. Não tinha hora certa para o nenê nascer! Aqui é muito longe de onde ele tava trabalhando (Parque Novo Mundo). (Taís)

(...) eu preferia que ele não ficasse aqui por causa do meu outro filho. Eu queria que ele fosse pra cuidar do outro (W. chora nesse momento). (Wanda)

Ninguém da família estava por lá. Eu fiquei xingando eles no meu pensamento, porque não vieram me ver, só que não podia, né? mas depois ele me mandou um bilhete, falando que esteve aqui só que não pôde me ver. (Priscila) (P. recebeu, além da visita e do bilhete, flores do marido com um cartão carinhoso endereçado a ela e a filha, que leu para nós que estávamos no quarto).

Nos registros de observação da pesquisadora foram observadas referências freqüentes à expressiva presença de mais de um familiar para cada parturiente, nos espaços reservados aos familiares, para espera e para visitas, situados próximos ao espaço do CPN. Verificou-se também uma considerável freqüência da presença do parceiro no momento e/ou imediatamente após o parto.

No que concerne ao apoio do parceiro e/ou de familiares durante o período denominado, neste estudo, de “Trajetória” observou-se, na expressiva maioria dos relatos, a referência a sua presença e acompanhamento, desde a saída de casa em busca do lugar onde parir até o momento da internação na instituição de ocorrência do parto.

Na grande maioria das entrevistas foi reportada a transferência da instituição primeiramente procurada para o Amparo, em ambulância. Nos demais depoimentos foram relatados deslocamentos por conta própria. Em ambas as situações foram reportadas a presença de acompanhante – o parceiro e/ou outro familiar.

Contexto relacional conjugal e sociofamiliar - gestação

O grupo das parturientes apresentou-se dividido no que tange ao contexto relacional com o marido, companheiro, namorado e demais familiares, no período gestacional.

Em metade dos depoimentos as referências ao apoio e orientações recebidos de familiares como mãe ou irmã mais velha foram relatados.

O “nervosismo”, durante o período gestacional, foi referido em metade das entrevistas e relacionado, na maior parte destas, a ciúme, maus tratos e rejeição sexual do companheiro. Apenas em dois depoimentos a tensão referida esteve relacionada a intercorrências clínicas na gestação e a conflitos com demais familiares (pais e irmãos).

Eles (os médicos) não, mas o pessoal assim, como mãe, como sogra, já fala, né, porque já teve experiência. A gente nunca vai assim totalmente inexperiente. (Priscila).

(...) Devido a minha irmã já ser mãe, então ela me orientou. Ela é mais nova que eu, ela me orientou. O doutor não falou nada. O doutor falou assim pra mim: sentiu dor corre. (Rosali)

Foi muito conturbada. Como foi a conturbação? Primeiro não foi uma coisa planejada e pra dar a notícia pra meu pai, minha mãe... passei muito, muito nervoso. O único apoio que tive na gravidez inteira foi da minha mãe. (Michele)

Passei muito nervoso, ciúme, (...) ele começou a ir pros sambas da vida com os amigos dele, começou a me ignorar, rejeitar, a me tratar mal. Eu virei a cara pra ele. (Kelly)

*(...) mas acho que fiz uma loucura, né? Tomei comprimido, eu tomei porque eu tinha discutido com meu esposo, fiquei nervosa, aí eu tomei. **E qual era a sua intenção?** Perder o nenê, eu tava de 6 meses.* (Lisandra)

O relacionamento com profissionais de saúde durante o pré-natal dividiu o grupo das participantes, em diferentes proporções, entre aquelas que referiram ter tido alguma informação/orientação dos profissionais quanto à gestação e ao parto e aquelas que não as tiveram. Entre as que tiveram tais orientações, duas entrevistadas as relataram como vivências de acompanhamento dialogado.

Desde quando eu soube que estava grávida, eu não queria ir no médico, eu fiquei enrolando, era hoje, era amanhã, mas graças a Deus deu tudo certo. A minha primeira consulta foi no dia que eu fiz 5 meses. Eu pensei que ia levar uma bronca do médico, mas não, ele falou: o importante é que você está aqui. Eu peguei um médico tão bom! Ele me explicou assim mais ou menos, né, quando o nenê tivesse pra nascer, não passar muito nervoso, não pegar peso... Falou que se começasse a sangrar pra não assustar que era normal, que era assim mesmo que começava, pra procurar um médico, se eu sentisse alguma dor pra ir direto pra maternidade (de Interlagos ou hospital Grajaú) não ir ao posto de saúde. (Elaine)

*A médica foi sempre muito companheira, muito boa. Toda vez que eu ia sempre me explicava alguma coisa (passar creme e fazer, no banho, exercícios com o bico do seio, por exemplo), sempre muito atenciosa. **Com relação ao parto, ela te orientou?** Orientou, ela falou pra mim... não mentiu, falou que ia doer, que eu ia sofrer um pouco, que toda mulher tem que passar por isso pra ser mãe, né, mas que ia compensar, que era pra mim ficar calma, ia correr tudo bem. Falou que o primeiro sinal podia ser um pouco de sangue, ou alguma cólica mais forte, falou pra mim: tem que ficar esperta com esses sinais, entendeu? E sentindo alguma coisa nunca ficar parada esperando vir mais, tem que procurar alguma coisa (atividade) pra fazer. Nunca ir pro hospital assim sentindo a primeira dor. Me ensinou a contar direitinho, a contração e falou que só quando eu tivesse de 5 em 5 minutos ou se tivesse descendo sangue, ir pro hospital que assim ia ser mais rápido pra mim, melhor. **E com relação ao hospital ela te indicou algum?** O Leonor (de Barros) que fica mais pertinho de minha casa. (Lita)*

1b. Intersubjetividade (subjetividade no contexto relacional)

Provedoras

De um modo geral, as opiniões das doulas sobre o perfil das parturientes atendidas na Instituição mostraram-se muito semelhantes. Foi unânime a referência a uma condição de carência atribuída às parturientes, variando apenas o âmbito no qual esta condição estava sendo focalizada por cada uma das entrevistadas.

Assim, os relatos reportaram perfis caracterizando as parturientes como “despreparadas”, não escolarizadas e desinformadas no geral e/ou desinformadas quanto ao funcionamento do corpo e quanto à fisiologia da gravidez e do parto.

Foram observadas referências, em alguns relatos, à condição de privação financeira ou pobreza material das parturientes.

Referências às relações afetivo-emocionais no contexto sociofamiliar e/ou conjugal das parturientes como sendo desfavoráveis ou “precárias” foram mencionadas, de modo prevalente, no conjunto dos depoimentos. A alusão à condição de ter sido abandonada pelo parceiro e/ou pela família também foi relatada nas entrevistas.

De modo geral, as carências mencionadas nos relatos apresentaram-se associadas à condição de pobreza material atribuída, pelas entrevistadas, às parturientes atendidas no CPN da Instituição.

Foi observada em apenas um relato a menção a uma provável diversidade socioeconômica como também sociofamiliar no grupo das parturientes atendidas pela Instituição.

Olha, no geral, acho que elas são muito despreparadas. Elas sabem que estão sentindo uma dor, mas elas não entendem como funciona o corpo. É uma população com muita pouca informação, não entendem o trabalho de parto.

Muito pouca informação sobre ...? *Sobre a gravidez, não tem escolaridade, que a gente sabe que vem de... de periferia. (Catarina)*

A maioria que vem para cá são de poder aquisitivo bem baixo. Às vezes elas não têm noção de nada, nem o que é que tem de trazer para ter nenê. Não são todas.

E a gente dá orientação desde o parto, o registro gratuito e a vacinação. Quando você diz sem orientação, elas viriam desorientadas em relação a que? Ao parto em si. A gente vai orientar: vai ter essas dores que é normal. Algumas delas não fez pré-natal nenhum. (...) muitas delas vêm de outras maternidades e acham que vão ser maltratadas, rejeitadas, vão ser abandonadas no quarto da mesma forma que foram abandonadas pelos companheiros. (...) Têm muitas parturientes que entram e não têm noção de nada. Engravidou por ter engravidado, não tinha planejamento, não tinha nada. Muitas delas rejeitou o filho. (Suzana)

*Geralmente são condições precárias. Uma ou outra está bem, está bem casada, tem um lar, uma família, tem uma assistência, mas uma grande parte não, elas não têm ninguém. Uma grande parte, os pais desses bebês não querem mais saber delas, então elas ficam numa carência afetiva muito grande, traumas muito grandes, foram abandonadas, postas pra fora da casa dos pais. Então são histórias de vida, na maior parte, tristes, de pessoas muito carentes. **Você está falando das mulheres que ficam no alojamento ou em geral?** Estou falando em geral. Não difere muito quem fica aqui ou fica lá. (Lourdes)*

A grande maioria você vê que realmente não tem condições financeiras. São pessoas necessitadas. Muitas vezes maltratadas pela vida, eu acho que é exatamente isso. (Gorete)

Quando eu fiz o curso disseram: “o Amparo Maternal é para as mães carentes”. Mas não é para as mães carentes, aqui vem todo tipo de mãe, não classe alta porque não vai vir da classe alta aqui fazer o parto. Mas vem muita mãe da classe média, não vem só classe...fala assim é mãe abandonada. Não, vem mãe casada, às vezes na conversa falam, ah, meu primeiro filho eu tive no hospital particular, agora meu marido está desempregado, então ela não é uma mulher abandonada, ela não é mãe solteira, ela é casada e ela vem dar à luz aqui pela condição financeira. (Maria)

Atitudes adotadas através de práticas comunicacionais verbais

Na maioria dos depoimentos observou-se destaque para as práticas comunicacionais pela via da conversa com a parturiente. A alusão à palavra como recurso comunicativo prevalente, no contexto dos atos realizados como suporte, foi predominante entre as entrevistadas. Entretanto, as características da comunicação verbal mantida com as parturientes apresentaram-se de modo diversificado nos relatos. Assim, foram verificadas referências a comunicações verbais para transmitir mensagens como “levar uma palavra de conforto”; para sugerir coisas diversas às mulheres como, por exemplo, relaxar, ter paciência, ter calma; também para colocar limites como “não grite” e para transmitir explicações, orientações.

Somente em dois, do conjunto dos depoimentos, verificou-se alusão a uma relação de troca (de carinho, de “energia”) entre a doula e parturiente, no contexto dos cuidados prestados.

*Às vezes elas não querem conversa e muitas vezes você não pode ficar muito em cima delas com muito carinho, muito amor porque vai atrapalhar no parto. **Atrapalha como?** (M. discorre sobre a dependência das parturientes) (...) Então eu acho que tem que ajudar elas, dar o amor e o carinho, mas quando elas tiverem assim muito nervosas você falar duramente com elas. Eu falo: olha, você vai sentir bastante dor mesmo, que a dor agora é sua amiga, que não existe parto sem dor, você vai sentir bastante dor mesmo, bastante contração, então você respira, tenta não gritar que você assusta as outras mães. Às vezes elas gritam né? Elas ficam desesperadas gritando, muito querendo... elas gritam pra você vir ficar com elas. (Maria)*

*A gente fala que: não é doença, tenha paciência, ajude, não grite, o seu nenê está assustado, se você ficar nervosa o seu nenê não vai sair, ele vai ficar aí dentro. É assim que a gente, sabe? tenta ajudar. Com palavras, com carinho. É essa orientação que a gente dá. **Que mais você faz nesse trabalho?** Faz massagem, leva no banho, na hidro-massagem... tenta por na cabeça que o parto deve ser normal e não como elas querem que seja – cesárea. (Juliana)*

Dar ouvidos e dar orientação. Porque você dando orientação, você está explicando tudo o que está acontecendo e o que vai acontecer no parto, nossa! isso tranquiliza tão bem as parturientes que elas ficam super relaxadas e a partir do momento em que se relaxa o parto vem fácil, fácil. (Suzana)

2. Acolhimento

Acesso a informações e orientações

Parturientes

Foi unânime entre as entrevistadas o relato de acesso ao pré-natal variando apenas no número de consultas realizadas (entre 4 e 14). Todos os pré-natais ocorreram em instituições de saúde governamentais – UBSs, ambulatorios de especialidades, ambulatorios de hospitais ou de maternidades. Foram observadas, nos depoimentos, variações quanto à obtenção de informações e orientações relativamente a cuidados de saúde específicos, bem como de dietas alimentares no período gestacional.

Do total das entrevistadas que relataram ter recebido tais orientações, em sete casos verificou-se associação entre ter recebido tais orientações com a presença de intercorrências na gestação.

Foi majoritário o número de mulheres, entre as participantes, que reportaram ter recebido alguma indicação relativamente ao parto, por parte dos profissionais que as atenderam. Neste conjunto foram consideradas referências, desde a simples indicação para procurar um hospital, em caso de presença de dor e/ou sangramento, como também orientações mais detalhadas quanto às características, sinais e o que fazer, em caso de início do trabalho de parto.

No que diz respeito ao local do parto, a grande maioria das parturientes foi transferida da primeira instituição contatada para o Amparo Maternal, em ambulância.

Quanto à escolha do local do parto foi significativa (metade dos relatos) a alusão das mulheres à preferência pela instituição procurada na primeira tentativa. As razões invocadas para tal preferência foram: ser mais próxima da residência; ter tido boas referências quanto ao atendimento para parto; ter disponibilidade de mais horários de visita. Em quatro depoimentos as parturientes referiram impossibilidade de escolher o local do parto sendo invocadas, como motivo, a sua condição socioeconômica e de urgência pela dor.

Para uma parcela, equivalente a menos da metade das entrevistadas, foi reportada a ida ao Amparo Maternal em condução própria, sendo que na grande maioria

dessas iniciativas a maternidade Amparo foi procurada como alternativa à falta de vagas na primeira instituição contatada. Em três casos, a procura pela instituição foi por opção da parturiente.

Desde o momento que soube que estava grávida que eu só pensei em ir ganhar na maternidade Interlagos. Porque era próximo de casa, algumas pessoas já tinham dado à luz e falou que gostou de lá. (Jussara)

Ah, eu queria ter ficado no Grajaú. Aqui atende bem e lá também. Mas também porque lá é perto né? E lá pode visitar... às 10 horas da noite o marido pode visitar, ao meio-dia também pode visitar. (...) Outro tipo de parto não eu preferia normal por causa da recuperação. Principalmente eu que não tenho ninguém pra ficar comigo (em casa), então o normal é bem melhor. (Wanda)

Cada um falava de um hospital, mas sempre tem um que chega e fala mal daquele hospital que o outro falou bem. Aí eu pensei: no dia que for pra mim ter Deus vai saber qual o hospital serve pra mim. O hospital que todo mundo falava (para ela ir): é mais perto de casa, é bom a parte da maternidade o de Campo Limpo, não tinha vaga... eu vim pra cá... foi o melhor que eu fiz. (Kelly)

Não poderia ter escolhido porque na hora da dor a gente não escolhe nem lugar, em qualquer lugar... (Karin)

Quanto à escolha pelo tipo de parto os relatos expressaram divisão e, às vezes, ambivalência, no grupo de participantes. Entre todas, sete referiram explicitamente sua escolha pelo parto normal e cinco por cesárea.

*Seria parto normal mesmo. Porque eu sou um pouco vaidosa, né? Eu gosto de vestir calça abaixo do umbigo, eu gosto de vestir roupinha social, então, parto cesárea fica aquela marquinha, né? Aí se por um acaso quiser usar uma coisinha mais ousada a marquinha tá ali. **Você já sabia que o parto normal seria***

***melhor?** É, e a verdadeira mãe é quando é normal, né? Sendo cesárea não é você que tem o nenê, é a pessoa que tira de você. (Rosali)*

*As minhas condições não são de acordo, né?. Se eu tivesse condições financeiras eu queria ter feito até o pré-natal no convênio, ter feito o parto no convênio, tudo direitinho. **E o tipo de parto?** Parto normal porque a dor é só na hora, né? Na hora que eu tava sentindo aquela dor eu falava: quero cesárea. (Lisandra)*

Em parte sim, em parte não. O parto normal porque tem a vantagem pra cuidar de seu filho menor. A parte que não é que é muito dolorosa, né? Muito, muito mesmo! (Michele)

*Escolheria cesárea. **Por que?** Porque não iria sentir tanta dor. O pós-parto seria ruim. (Ivaneide)*

Relativamente às opiniões das parturientes com respeito aos procedimentos experienciados a partir da internação, a conversa com a doula e o banho prevaleceram como ações cujos efeitos foram referidos como capazes de provocar calma, relaxamento. Aqueles procedimentos predominantemente referidos como desconfortáveis e dolorosos foram o “toque” e o “soro”.

Ah o soro, porque, tipo assim, eu queria andar e aquele negócio aqui. Era dor embaixo e aqui e carregando aquilo. (Priscila)

Incômodo que eu acho é na hora daqueles toques. A gente já tá com a dor e aí vem aqueles toques, ai.! (...) O banho, eu fiquei uma hora no banho, aliviava bem a dor. E também na hora que a gente fica respirando, assim: puxa o ar pelo nariz e respira pela boca, ajudou muito. Fica mais calma. (Rosemeire)

O soro. Porque foi bom pra mim e no mesmo tempo não foi. Agita a dor demais! (...) A conversa, porque vocês conversam com a gente, deixa a gente relaxada. Acalma a gente nessas horas. (Taís)

O melhor momento pra mim foi o momento que a psicóloga ficou comigo lá no quarto, conversando. (Michele)

Quando eu fui lá pra mesa pra ganhar, a médica me ajudou bastante (...) conversava comigo, me dava muita força. (Gildara)

O banho foi a melhor hora. Eu sentei lá no chuveiro, fiquei, fiquei, só saí porque comecei a vomitar. O banho foi um alívio. (Lisandra)

O banho relaxou mais, a água cai nas costas, assim, a gente fica mais relaxada... tudo bem que a dor não passa, mas eu me senti melhor. (Isabel)

2. Acolhimento

Provedoras

Para a grande maioria das doulas, “dar apoio” e “dar carinho” foram termos utilizados para definir o que seria o trabalho de suporte oferecido. O apoio e carinho encontraram-se associados, nas verbalizações, ao contexto, por elas mencionado, de experiência de dor, sofrimento ou “hora difícil” que a parturiente enfrenta no processo de trabalho de parto e parto.

Em três, do conjunto das entrevistas, o apoio foi caracterizado como um substitutivo ou compensação à ausência e/ou carência de familiares.

A prestação de cuidados através de contatos físico-corporais como massagens, segurar a mão e providências tais como levar ao banho (ducha e/ou hidromassagem), servir água, chá, alimentos, bem como estar ao lado conversando foram práticas referidas, em todos os relatos, de cuidados identificados ao trabalho específico da doula.

Além destas práticas referidas pelas entrevistadas, nos registros de observação da pesquisadora foram descritas também: o uso do banco obstétrico para fazer massagens; orientação de exercícios respiratórios; ventilação manual; providências como troca de roupa limpa, amarras para cabelo.

Eu acho muito importante a gente poder estar ao lado da gestante nessa hora do parto, dando apoio, muitas vezes ela não tem familiar nenhum, alguém que possa estar lá para dar um carinho, pegar na mão, um incentivo para essa hora difícil.
(Lourdes)

Eu entendo que doula funciona da seguinte maneira: (...) dando todo esse suporte que a gente faz de maternagem, dando apoio emocional, esse apoio em que até um copo de água, que parece que não é nada, mas é muito importante.
(Catarina)

Esse trabalho é dar mais apoio na hora em que as parturientes entram aqui (...) e a dor é muito grande porque eu passei por isso. É uma dor insuportável. Então,

com pessoas ao lado, dando suporte, segurando a mãozinha, fazendo massagem, dando carinho, ela entende o quê que é isso e supera melhor. (Suzana)

O trabalho que eu faço?... Esse trabalho eles chamam de parto humanizado, não é? Existe esse trabalho de doulas, existe há muitos anos, inclusive na Europa e nos EUA... são mulheres que se dão, que se doam, não é? Então é o que a gente faz, se doa um pouco para essas pessoas que precisam tanto nessa hora.(...) Eu procuro trazer chá, fazer massagem relaxante, enxugar o suor quando elas estão com muita dor naquela hora agonizante, levar uma palavra de carinho, de conforto, é isso procurar acalma-las para que não sofram tanto. (Glória)

Esse trabalho é um trabalho muito mais intenso, tem uma troca muito grande, porque aquelas horas que você passa lá, ouvindo com amor alguém que você nunca viu, que você está mesmo numa troca de energia, de carinho. (Lourdes)

Relativamente às condições institucionais para o desenvolvimento do trabalho de suporte das doulas foi unânime a opinião de que as condições oferecidas eram favoráveis para referir-se ao incentivo e à “abertura” da Instituição para este tipo de suporte. O caráter filantrópico da Instituição foi realçado, em todos os depoimentos e mencionado, em alguns, para justificar as eventuais dificuldades institucionais quanto ao suprimento de materiais e de recursos humanos.

A boa qualidade dos profissionais da equipe técnica do CPN (obstetrizes, enfermeiras e médicos), a adequação dos equipamentos e o bom padrão de higiene foram destacados, em grande parte dos relatos, e, para algumas entrevistadas, foram aspectos remarcados como surpreendentes em vista de sua baixa expectativa quanto a tais características.

As relações entre a equipe técnica do CPN e a equipe de doulas foram relatadas como sendo relações tensionadas em quatro, do conjunto das entrevistas. A emergência de conflitos nestas relações foi identificada, pelas entrevistadas, com a presença de competição, barreiras e/ou restrições à atuação da doula, desqualificação de seu desempenho, indefinição e/ou desconhecimento dos papéis e atribuições. Para duas das

entrevistadas houve declaração da inexistência de conflitos nas relações e de qualquer cerceamento.

As facilidades são... primeiro, que eles fizeram a abertura para que pudéssemos entrar no CO (Centro Obstétrico). Segundo lugar, a preparação de um curso que nos preparou para isso, também curso de massagem, para que a gente tivesse uma bagagem maior para oferecer para elas. Essa parte mais técnica também está sendo oferecida para nós.

(...) Por ser um hospital público, a falta de funcionários (precisaria ampliar); a instabilidade econômica do Amparo Maternal; isso daí, às vezes, ocasiona uma série de atritos, entre o pessoal que trabalha, pela própria tensão. Também, às vezes, a gente percebe que há uma certa barreira contra a gente. Talvez atualmente nem tanto, uma grande parte do pessoal já nos aceita, segundo eles mesmos o serviço nosso é indispensável. Mas não é totalmente livre, temos algumas restrições que, às vezes, nos defrontamos.

*(...) **Por que essas barreiras? Por que elas existiriam?** Olha, eu colocaria pra você, primeiro lugar: a defesa mesmo do seu trabalho, do seu emprego. Já houve até gente que perguntou pra doula quanto a gente ganhava. Às vezes na cabeça de uma atendente, de uma faxineira, a gente está ganhando, está tomando o lugar de alguém. A vaidade também, a fogueira das vaidades é muito grande, já fomos algumas vezes chamadas a atenção porque estávamos nos intrometendo... então, você tem de trabalhar com um certo pé atrás, sem saber o que pode fazer e o que não pode. (Lourdes)*

Eu acho que ela (instituição) oferece todas as condições, absolutamente todas. De vez em quando a gente nota... uma ou outra acha que a gente ganha alguma coisa. A gente também tem que passar por um aprendizado e nesse aprendizado, às vezes, a gente ouve algo que a gente não gosta. (...) Então, as condições que ela oferece são totais. Se existem algumas pessoas que, por incapacidade de entender, acham que a gente não está fazendo a coisa totalmente certa, isso a gente sublima.

(...) Nós temos ótimas obstetrizes, elas são ótimas, mas elas são 3, 4 no máximo. E, às vezes, tem 15, 16, 17 ou mais internadas, então por mais que elas queiram é impossível dar toda aquela atenção. Então, essa atenção a gente tem a condição de dar, de acompanhar. (Gorete)

Eu acho assim, que têm muito o que oferecer aqui dentro, eles oferecem bastante. Diante de todas as limitações que a gente sabe que o Amparo tem, ter esse campo aberto é porque a equipe está aberta para esse trabalho. Existe uma valorização desse trabalho (...) nós não estamos competindo, queremos estar lado a lado. Essa visão eu acho importante, se não tiver essa visão o trabalho não funciona. Acho que no início tinha uma coisa assim de ninguém saber bem o que era que a doula fazia, eu acho que nem as doulas sabiam o que elas tinham que fazer. Eu sinto que hoje já tem uma visão diferente. Tem que tomar muito cuidado qual o papel de cada um, qual o papel da obstetriz, que se ela decide uma coisa a decisão é dela, não temos que perguntar por que, nem quando. (Catarina)

Eu estou no Amparo... eu estou boba! Porque o Amparo Maternal só atende a pessoas carentes, mas eu estou boba porque eu vejo: a higiene é cem por cento, os profissionais são excelentes. Os profissionais têm um desempenho muito bom mesmo. E para o desenvolvimento do trabalho da doula, o que a instituição oferece? Ela está boa, pelo menos não me bloquearam em nada, não me chamaram atenção em nada. Eu estou muito bem aqui, eu pretendo ainda continuar por alguns anos porque eu acho que está ótimo, excelente. (Suzana).

3. Apropriação da experiência

De acordo com o mencionado anteriormente, o enfoque deste tema recaiu sobre o que as parturientes consideraram terem sido os aspectos mais marcantes de sua experiência do atual parto, bem como o que destacaram como aspectos importantes sobre essa experiência para serem transmitidos a outras gestantes.

Como aspectos mais marcantes da experiência atual foram predominantes, em mais da metade dos relatos, as referências ao momento do nascimento. Este momento foi também qualificado, em algumas entrevistas, como o momento mais emocionante, o “mais bonito”, um momento de “muita felicidade”.

A atenção recebida, de uma maneira geral, e o destaque para o acompanhamento da doula foram também referidos de modo significativo em metade dos relatos.

Em apenas uma entrevista o destaque para o momento do nascimento foi associado expressamente ao alívio da dor.

A dor sentida no processo de trabalho de parto e parto foi referida como o aspecto mais marcante da experiência em três casos.

Foi quando ele nasceu e colocaram ele em cima de mim. Foi o mais bonito! (...)
Marcante pra mim foram 3 coisas: quando ele começou a mexer com a barriga,
quando eu senti as dores e quando eu vi ele. (Karin)

A hora que colocaram meu filho em cima de mim. Quando eu vi que ele tinha os
20 dedinhos, tudo perfeito. (Rosali)

Foi quando eu fiz a primeira força, né? E apontou a cabecinha dele... eu também
tava desesperada porque eu achava que não ia agüentar. Eu fiz mais 2 forças e
acho que na segunda força que eu fiz ele nasceu. Esse foi o momento mais
marcante. (Michele)

Eu me impressionei na hora que eu fiz força, eu vi ele saindo, eu vi ele saindo na
mão dela. Então a coisa que fica mais marcada na tua cabeça é isso, a saída dele
e quando ela pôs ele deitadinho do meu lado. (Lita)

Bom, eu acho assim, além da nenê ter nascido bem, eu acho que a força que vocês voluntárias dão pra gente, entendeu? Eu não sabia que podia ficar com a gente. Aliás no meu outro parto não teve isso, então acho que o melhor foi isso, ter uma pessoa do lado. Acho que bom também foi isso. Foi bem diferente. Deu pra aliviar bastante. (Wanda)

Bom, o que me marcou foi, assim, a atenção das pessoas comigo, que eu não pensei que ia ser assim né? Eu pensei que ia ficar jogada na cama, porque meu outro parto tinha sido assim. Então me marcou muito, eu fiquei muito impressionada mesmo com a atenção, me senti super paparicada e isso é muito bom, marca muito a gente. (Rosemeire)

Vocês ajudar a gente, porque mesmo depois que eu tava lá no corredor, deitada lá (na maca depois do parto), elas vê e ajuda a gente (as voluntárias). (Taís)

Com relação aos aspectos da experiência do parto atual que as parturientes consideraram relevantes para transmitir a outras gestantes, a referência à dor ou sofrimento experimentados teve presença notável, no conjunto dos relatos. Entretanto, a mensagem de que o processo de parto é uma experiência dolorosa apareceu acompanhada da ponderação de que é uma dor “suportável” e “passageira”.

Tão notável quanto a dor foi a referência, majoritária nos depoimentos, a atitudes como “ficar tranquila”, “ter calma”, “ter força”, paciência, coragem, “não se desesperar”, não gritar, “não fazer escândalo”. O uso desses termos mostrou-se associado à vivência de sofrimento, expressando, com eles, modos possíveis de lidar com a dor.

Em três depoimentos observou-se alusão a um processo que, embora doloroso, foi valorizado pela sensação de ter sido “vitoriosa”; a dor que se tem de sentir para se ter filho, construir uma família.

Eu falava que era a pior coisa de você ter... normal. Porque toda mulher é diferente, né? Não é todo mundo que tem essa coragem. Acho que eu só ganhei

ela porque eu tava mesmo com muita vontade de ter. Eu falava pra ela ter cesárea porque dói menos. (Gildara)

*Eu diria a verdade! **Qual verdade?** Que dói. Mas na hora que nasce, que você vê aquela coisinha bem linda que sai de dentro de você, você até esquece o que passou. Mas tem que ficar tranqüila. Tem muita gente que diz que ter filho não é um bicho de 7 cabeças, só que pra mim foi. **Por que?** Por causa da dor. (Lisandra)*

Eu dizia assim... não ia negar que dói, mas eu falava que é passageiro, que ela tem que ser guerreira, né, tem que lutar, tem que ter muita raça. Que ela quer ser mãe ela tem que colocar aquilo na cabeça, e vamos à frente, enfrentar tudo que vier que depois o melhor vai chegar. Tem que ter força, muita força de vontade. Porque depois que você tem você se sente muito vitoriosa demais. (...) Eu queria dizer que estou muito feliz de ser mãe, que eu quero que Deus me abençoe muito assim... a minha filha tenha muita saúde e que eu tenha muita força pra criar ela. Obrigada aos funcionários aqui do hospital. (Priscila)

Ah, eu não ia ficar assustando não. Eu dizia é uma dorzinha suportável, uma colicazinha forte, mas nada anormal, ter paciência, só isso, tem que ter paciência mesmo. (Kelly)

Ah, pra você se pegar muito com Deus nessa hora! (...) que não é fácil. Fácil não é, não adianta a gente enganar, porque dói, é dolorido. Pra gente pôr um filho no mundo dói, né? (Lita)

Eu falava para ir tranqüila, não é pra ficar nervosa porque a gente tem que passar por isso, se a gente quer ter uma família, quer ter filho, essas coisas. Tem que ter paciência. (Karin)

Não fazer escândalo, minha irmã falou que as enfermeiras não gostam. E boa sorte, não ia pôr medo na pessoa, (diria) que vai dar tudo certo. Porque se for pôr minhoca na cabeça, ih!... a pessoa já vai com medo, piora mais, né? (Elaine)

*Nossa! Que é uma dor forte, que ocorra tudo bem. **Você preveniria de alguma coisa?** Acho que pra não fazer muito escândalo. Eu acho que quem grita muito, faz escândalo elas não dão atenção, elas meio deixam passar. Eu acho que se ficar desesperada, não que às vezes a gente não fique, porque a dor é insuportável, às vezes a gente fica meio, sabe? entrando em desespero, mas você tentando controlar acho que é bem melhor... o atendimento. (Wanda)*

8 As falas como discurso

O contexto relacional mediado pelos cuidados de saúde e pelos processos comunicacionais que neles ocorreram assomam como aspectos privilegiados na compreensão procurada pelo presente estudo.

Assim, é pertinente recolocar que as referências teóricas balizadoras deste percurso colocam em perspectiva os temas concernentes ao campo das relações interpessoais e ao campo da linguagem. Entende-se pois, que o espaço onde se dá o diálogo dos estudos da Psicologia Social, Psicanálise e da Linguística mostra-se auspicioso como espaço articulador dos aspectos recortados da realidade empírica objeto desta investigação.

Acredita-se, desse modo, que o recurso a alguns conceitos e temas referenciados ao campo desses saberes tais como as noções de sujeito, intersubjetividade, discurso ou práticas discursivas, entre outras, permitirá que a reflexão aqui buscada alcance as dimensões da intersubjetividade, tanto no contexto da relação dual como também no quadro mais ampliado das relações sociais, das quais aquelas não se acham dissociadas.

Valeria lembrar, ainda, que no recorte aqui proposto para designar os aspectos da subjetividade está presente a concepção de que a subjetividade e sua formação se inscrevem no campo das relações sociais e que tal pertinência impõe o entendimento da sobre-determinação e da complexidade na dinâmica interacional desses aspectos no âmbito subjetivo.

Sendo assim, uma consideração preliminar e de ordem mais geral sobre os resultados encontrados pela análise dos temas presentes no conteúdo dos depoimentos é a observação de confluências e distanciamentos no conjunto das falas dos sujeitos participantes, no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados e recebidos durante o trabalho de parto e parto.

Necessário se faz pontuar que o campo de tais cuidados instiga pensá-lo também na ótica das posições ou lugares que ocupam os sujeitos que dele participam, construindo significados, em consonância com a abordagem da Análise de Discurso que, de acordo com BRANDÃO (2004), destaca a relevância do “papel do sujeito

falante no processo da enunciação” remetendo, assim, ao tema das relações sujeito-linguagem-processos sociais, relações essas, ainda segundo a autora, “que estará no centro das reflexões da análise do discurso em que o enfoque da posição sócio-histórica dos enunciadores ocupa um lugar primordial” (p. 14).

Desse modo, o recurso a tal abordagem implica atentar para as múltiplas determinações de ordem socioeconômica, política e cultural das relações entre os sujeitos na forja de seus discursos. Embora essas condições não tenham sido objeto do estudo presente, compreende-se que tais aspectos jogam papel relevante nos modos como os sujeitos ocupam os lugares, no sentido antes mencionado, portanto, nos modos como estabelecem as relações interpessoais, em geral e, em consequência, no contexto investigado.

Ademais, em se tratando de uma relação que ocorre no espaço institucional, para apreciação das feições que essas relações podem assumir, há que se levar em conta, entre outras características, os aspectos identitários da instituição, seus objetivos, sua missão, a posição filosófica que orienta seu modelo de atendimento, em geral, e no que se refere às práticas obstétricas em particular, bem como o perfil técnico-cultural dos profissionais que nela atuam (MARMOR e KROL 2002; LOWE 2002). A relação dual, foco deste estudo, não se apresenta, portanto, apartada dos limites e injunções da instituição onde ocorre e deles recebe influxos.

Tomando-se as perspectivas acima mencionadas é possível propor o entendimento de que os pontos de confluência e de afastamento observados nos dizeres analisados estariam refletindo, em alguma medida, as peculiaridades do lugar que os sujeitos participantes ocupavam no contexto da relação provedor-parturiente. Caberia então inquirir: de quais lugares ou de quais posições estariam falando os sujeitos envolvidos nessa relação?

Situando-os do ponto de vista subjetivo, pode-se dizer que a análise dos dados obtidos mostrou, primeiramente, que um considerável grau de estresse foi experimentado pelas parturientes durante o trabalho de parto e parto. O medo e a dor figuraram como agentes estressores preponderantes nos relatos. Tal estado de tensão foi vivido como de grande sofrimento para o qual contribuíram, certamente, inúmeros fatores entre os quais, os processos fisiológicos da parturição, sentidos como insuportavelmente dolorosos, assim como os processos psicológicos sinalizados por

manifestações de angústia e ansiedade e pelo que foi recorrentemente indicado como medo, percebido como não menos doloroso segundo os depoimentos – medo da dor, da morte, dos agravos à saúde, de imperfeições.

A natureza complexa dos fenômenos aos quais esses termos referem-se, levando-os a uma variada gama de significados, requer que se estabeleça em qual sentido alguns desses termos assumem neste estudo. Assim, julgou-se adequada a concepção, relativa ao termo sofrimento, de Chapman e Gavrin, citados por LOWE (2002), que com base em revisão da literatura, sintetizaram uma definição considerando especificamente três elementos: a percepção de ameaça ao ego (*self*) nos planos físico, psíquico ou ambos; a qualidade de estado inerentemente emocional, desagradável e psicologicamente complexo e, por último, a característica apresentada como de suportabilidade da experiência, distinguindo-se do mero trânsito pela situação a qual se tolera.

CASSEL (1982) apresenta importante contribuição para a compreensão do fenômeno do sofrimento ao considerá-lo não redutível à dor física. Em suas reflexões introduz a noção de pessoa ou *personhood* para alcançar as suas múltiplas e diversificadas facetas na busca da superação, segundo a ótica do autor, da histórica dicotomia cartesiana mente-corpo e das dicotomias associadas subjetivo-objetivo, sujeito-objeto. Dessa forma, apoiando-se em suas interpretações de observações clínicas, Cassel assinala que o sofrimento é experimentado como um estado de severa angústia associada com eventos que ameaçam a integridade da pessoa. Afirma o autor que, embora o sofrimento freqüentemente ocorra na presença de dor aguda ou outros sintomas corporais, ele se expande para além do aspecto físico podendo relacionar-se com qualquer aspecto da vida da pessoa, isto é, com aspectos sociais, subjetivos, espirituais, entre outros.

Quanto aos termos *angústia* e *ansiedade*, muitos autores convergem nas definições. Aqui foram adotadas as acepções designadas como segue. “A angústia, em geral, manifesta-se como expectativa inquieta e opressiva, apreensão ‘por alguma coisa’ que poderá sobrevir, numa tensão difusa geradora de medo e muitas vezes sem nome; vivida como qualquer perturbação emocional simultaneamente no plano psíquico (ansiedade) e no plano somático (angústia propriamente dita, num sentido limitado) GAUQUELIN (1978 p. 29). “Ansiedade, estado afetivo caracterizado por um

sentimento de insegurança, de transtornos difusos. Frequentemente empregada como sinônimo de angústia, a ansiedade se diferencia daquela pela ausência de modificações fisiológicas (sensação de opressão, suores, aceleração do pulso, etc.) que nunca faltam na angústia” (SILLAMY 1998 p. 23).

Caberia destacar que as manifestações exteriores do quadro de tensão psicológica referido e descritas no registro de observação da pesquisadora – os gestos, o choro, os gritos, suores, agitação motora, alterações na respiração e no semblante – pareceram traduzir e consubstanciar o discurso das parturientes sobre o estado emocional em que se encontravam nos momentos do trabalho de parto e parto.

É oportuno citar que tal quadro também encontra-se referido em estudos etnográficos, como o de TORNQUIST (2003) realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. A propósito das expressões de dor das mulheres observadas, a autora pontua a preocupação das parturientes em controlar as emoções relativas à sensação dolorosa para corresponder a uma visão, compartilhada também pelo corpo técnico do hospital, daquilo que seria uma reação adequada a essa dor. Em suas palavras: “enfrentamento adequado da dor supõe a evitação do escândalo, da gritaria, das expressões de desespero, descontrole e descompensação, este último sendo o termo preferido pela equipe” (p. 424).

A análise dos dados permitiu notar que um dos elementos apontados como relevantes para o estresse, referido em alguns depoimentos, foi o medo de ficar desacompanhada, ou a falta que referiram sentir de pessoas do seu ciclo afetivo-familiar, no processo de parto. Para aquelas mulheres que contaram com o acompanhamento das doulas, a reivindicação veemente e constante para que estas não se afastassem foi relatada nos registros do diário de campo, na totalidade dos casos observados.

É importante notar, a esse respeito, que em todo o período de sua trajetória até a internação, quase todas as mulheres entrevistadas estiveram na companhia dos seus parceiros e/ou de seus familiares, desde o primeiro momento em que julgaram ter sido iniciado o trabalho de parto e dos quais foram apartadas, não por suas vontades, mas pelas exigências das normas da instituição onde foram admitidas para realizar o parto.

A constatação dessa circunstância, seja através dos relatos, seja pela observação, parece sinalizar que a ausência, ainda que momentânea, referida a um outro atravessou a

subjetividade como fonte ansiógena contribuindo, possivelmente de modo importante, para o estado de tensão interna relatado.

Nesse sentido, caberia ponderar, ainda, que a separação temporária de pessoas afetivamente significativas do ambiente relacional das parturientes, bem como o afastamento provisório de seu cotidiano, estariam contribuindo para conferir mais densidade às suas respostas emocionais ao suporte recebido.

Poderia ser dito, então, que das narrativas das parturientes sobre a experiência subjetiva, durante o trabalho de parto e parto, emergem sujeitos constrangidos, em medidas diferentes, pelo sofrimento e acossados pela dor, medo, ansiedade, angústia.

O grau e as maneiras como tal estado emocional, designado na literatura como “estresse materno” (COPPER e col. 1996), pode interferir na gestação, no trabalho de parto e parto foram discutidos em estudos como os de STANDLEY et al. (1979), READING e COX (1985), COPPER et al. (1996), DA COSTA et al. (2000) apresentando resultados controversos em muitas questões. Todavia, em todos eles os dados revelaram a importante participação desses aspectos na interação combinada de múltiplos fatores que levam, em muitos casos, ao mal-estar materno.

Os conteúdos referidos nas entrevistas e associados às ansiedades e temores, identificados pelo processamento analítico dos dados, tais como: o imaginado perigo de morte, danos ao corpo, possíveis defeitos físicos do feto, foram também observados e tematizados em trabalhos de autores como MALDONADO (1981), LANGER (1986), FAÚNDES e CECATTI (1991), SOIFER (1992), NORONHA (1997), entre outros.

Esses autores, de pertença a domínios teórico-científicos distintos e com distintas práticas clínicas e de pesquisa convergem, entretanto, em chamar a atenção, entre outras coisas, para fatores psicológicos intervenientes que, tensionando ainda mais o processo da parturição, interferem de modo importante na sua evolução. Salientam a importância do apoio psicológico às mulheres, desde o pré-natal. A propósito das representações que acompanham as vivências de ansiedade na situação de trabalho de parto, MALDONADO (1981) afirma: “mesmo em condições ideais de assistência, a apreensão e o temor frente ao parto não podem ser de todo eliminados, devido aos profundos significados simbólicos do parto, do ponto de vista emocional (p. 202).

Merece destaque a recorrência da presença da dor nos relatos sobre a experiência do trabalho de parto e parto – subjetivamente vivenciada como sofrimento de

considerável intensidade. Considerada em suas múltiplas dimensões a dor do parto tem sido objeto de preocupação e de estudos em diversas disciplinas. De acordo com LOWE (2002), a experiência da dor do parto caracteriza-se como uma complexa, subjetiva e multidimensional resposta a estímulos no processo da parturição.

Interessante discussão foi desenvolvida por essa autora no tocante aos potenciais efeitos adversos dos processos fisiológicos da dor do parto, sobre a mãe e o bebê. Suas ponderações voltam-se para o fato de que alguns dos efeitos em cadeia (como por exemplo, alterações do padrão respiratório, liberação de catecolaminas, endorfinas, aumento do consumo de oxigênio, hiperventilação, etc) descritos poderiam ser “largamente inócuos em um trabalho de parto descomplicado” nas palavras de Brownridge, citado pela autora (p. 17). A discussão de Lowe centra-se no fato de que, para autora, embora existam pesquisas que dão embasamento aos modelos descritos, essas investigações ocorreram em ambientes hospitalares onde as mulheres estavam confinadas nos leitos; eram rotineiros o uso de monitores eletrônicos e fluídos intravenosos; as mulheres não eram alimentadas, não receberam acompanhamento contínuo de profissionais, as dimensões sensoriais e afetivas da dor não foram discriminadas; outros parâmetros fisiológicos, variáveis psicossociais e ambientais não foram descritas.

READING e COX (1985) assinalam o caráter bidirecional da relação que se estabelece entre a ansiedade e a dor, de modo que ao aumento de uma corresponderia o crescimento da outra.

Muitos autores como COPPER et al. (1996), DA COSTA et al. (2000), LOWE (2002) concordam com a plausibilidade da hipótese da interação de mecanismos psicofisiológicos e neuroendocrinológicos implicados no “estresse materno”. Esses autores convergem também na percepção da necessidade de mais pesquisas que possam avaliar melhor o papel das múltiplas variáveis psicossociais e parâmetros endocrinológicos atuantes no trabalho de parto. Lowe acrescenta ao rol dessas necessidades o desenvolvimento de pesquisas que possam esclarecer a influência do ambiente institucional e de práticas obstétricas sobre esses processos fisiológicos.

Vale mencionar que estudos revisados por LOWE (2002) com nulíparas e multíparas mostraram que a confiança nas habilidades próprias para lidar com a dor interfere de modo importante no rebaixamento da percepção da dor e na redução de

medicação/analgesia durante o trabalho de parto. Esses achados permitiram à autora advogar o desenvolvimento da autoconfiança e de habilidades como pontos focais nas atividades de educação para o parto. As estratégias descritas incluíram técnicas de relaxamento; de reversão das respostas emocionais; exercícios respiratórios e de concentração, entre outras.

O medo da dor do parto foi observado, nos estudos revisados por Lowe, como um dos prováveis componentes da ansiedade referida, apresentando alta correlação com as dores reportadas, por muitas mulheres, durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

A esse propósito, vale pontuar o debate sobre os efeitos que o medo da dor do parto provocariam no comportamento das mulheres. Estudos recentes, como o de OSIS et al. (2002), têm colocado em discussão a visão construída historicamente que o medo da dor do parto seria um marcador importante na preferência ou demanda das mulheres pelo parto cirúrgico ou vaginal. Consideram os autores que essa visão apoia-se em “mitos” criados acerca da dor do parto que terminaram por se apresentar como elemento instaurado na ordem cultural. Para os autores, tais “mitos” teriam sua sustentação nas experiências traumáticas de parto vividas pelas mulheres e narradas, ao longo do tempo, através das gerações. Experiências essas que resultaram traumáticas pela baixa qualidade e desumanização da assistência prestada à parturiente.

Deve-se considerar, portanto, as interações de aspectos individuais e socioculturais na construção de representações, nos modos de enfrentamento e no processo de ressignificação da experiência da dor. Dessa forma, o reconhecimento da lógica sistêmica desses processos poderá oferecer elementos para dimensionar com mais acuidade as sensações e sentimentos dos quais falam as mulheres nessa situação e, em decorrência, alargar a compreensão do contexto onde estão inseridos provedores e parturientes.

Do lado dos provedores foi possível observar, do ponto de vista subjetivo referido, um sentimento geral de altruísmo mobilizador da adesão ao trabalho voluntário em diversas funções e, posteriormente, adesão ao trabalho voluntário como doula, propiciado pela instituição. Em alguns poucos casos, a perspectiva de profissionalização nessa função foi colocada como objetivo final, mas em geral, o engajamento nessa

atividade foi movido pelo propósito de ajudar e apoiar a um outro que, no imaginário das entrevistadas, dessa ajuda estava carecendo.

Os ganhos, no plano da subjetividade, reportados como “crescimento” pessoal, aperfeiçoamento “interior” e também como estratégia para preencher o tempo livre ou para lidar melhor com questões da vida privada, foram outras razões apontadas como objetivos próprios.

É importante notar que o sentimento mobilizador para tal disposição subjetiva foi referido, em muitos casos, como tendo um sentido humanitário, de cunho religioso ou espiritualista. A esse respeito vale acrescentar que a referência, espontânea, das doulas entrevistadas à religião como valor em suas posturas foi recorrente, sendo que observou-se uma relativa diversidade nas religiões declaradas, encontrando-se, assim, doulas que reportaram professar a religião budista, espírita, católica.

Foi possível identificar, também, idéias e práticas comuns aos discursos das doulas denotando disposições atitudinais de solicitude, acolhimento e diálogo no exercício de provimento dos cuidados.

Com os elementos apresentados até aqui seria lícito dizer que, no plano subjetivo referido pelas participantes – doulas e parturientes – e no âmbito circunscrito ao momento delimitado pelo estudo, as relações interpessoais delinearam conexões de subjetividades em torno de lugares distintos, mas complementares, a partir dos quais falaram os sujeitos envolvidos – o lugar do sujeito-alvo de cuidados e o lugar do sujeito-provedor desses cuidados.

Assim sendo, pôde-se vislumbrar, no conjunto dos discursos das parturientes, a emergência de significados atribuídos à atenção recebida, situando-os para além dos cuidados enquanto procedimentos técnicos e/ou das outras atividades de suporte oferecidas.

Os aspectos da subjetividade encontrados no âmbito da situação estudada, e corroborados na literatura consultada, autorizariam a falar de um espaço relacional que, do lado da parturiente, esteve marcado por um sujeito momentaneamente imerso na tensão provocada pelo medo, pela dor, suas vicissitudes e seus fantasmas. Provavelmente o espaço relacional, vivenciado nesta condição, configurou-se não apenas como um espaço onde se poderia endereçar demandas de alívio, de mitigação

ou mesmo remissão do sofrimento, mas também como espaço de interlocução marcada pela escuta das demandas e de acolhimento daquilo que, falando no corpo da parturiente, fazia ressonâncias nas suas idéias e emoções.

As declarações, repetidas nos relatos das parturientes, mencionando terem sido influenciadas, terem recebido “energia positiva” ou “uma força” das doulas e/ou obstetrizes, para levar a cabo o processo da parturição, parecem indicar a vivência de um processo relacional onde a escuta e o acolhimento foram não só valorizados, mas também sentidos como processo comunicacional que produziu conseqüências. Assim, a qualidade atribuída aos cuidados permitem admitir a impressão de que a presença de interlocutores com as características apontadas acima produz atos capazes de ter efeitos favoráveis sobre as vivências da parturiente.

Ainda nessa perspectiva, tais efeitos poderiam ser encontrados na apreciação retrospectiva das vivências relativas ao parto atual, denominada no presente estudo de “apropriação da experiência”. Entre os eventos considerados mais marcantes, além do momento do nascimento dos seus bebês, o suporte recebido e especialmente aquele ligado ao trabalho da doula foi considerado como um dos momentos mais significativos denotando as repercussões emocionais benéficas dessa modalidade de interação.

Em acréscimo, no tocante à retrospectão, caberia atentar para um possível redimensionamento da experiência da dor no diálogo imaginário com outra parturiente antes do parto desta. Chamou a atenção a predominância da experiência de dor nos depoimentos referidos ao que diriam a outras mulheres. Entretanto, ao mesmo tempo que a presença da dor no trabalho de parto e parto tornou-se uma informação relevante a ser transmitida para outra parturiente, esta informação foi acompanhada por ponderações e sugestões de atitudes subjetivas como “ficar tranquila”, “ter calma”, para lidar com a situação. Talvez se possa entrever no conteúdo desses depoimentos a indicação de um potencial efeito disseminador, no processo de reelaboração da experiência, no caso, experiência calcada no que foi visto como bom atendimento.

Por outro lado, os “conselhos” para não gritar e “não fazer escândalo” justificados explicitamente como comportamento que, desagradando os profissionais, poderia ser revertido em mau atendimento, sugere percepções das relações de poder nas instituições que resultam, entre outras coisas em constrangimentos à livre expressão de

suas vivências no trabalho de parto. Tais relações foram discutidas em diversos estudos como os de DINIZ (2001) e TORNQUIST (2003).

Merece atenção, ainda quanto à retrospectiva, as representações das parturientes de fortalecimento pessoal, de vitória, de coragem, por ter conseguido desincumbir-se, com êxito, do parto, isto é, do parto vaginal.

Seria possível sugerir, dessa forma, que a alusão das parturientes entrevistadas a sensações e sentimentos de encorajamento, de segurança, confiança, como também de alívio e distensionamento sinaliza a ocorrência de repercussões emocionais atribuídas como efeitos desse acompanhamento.

Ainda neste sentido, observou-se que a valorização recorrente da atenção recebida recaiu freqüentemente nos processos comunicacionais que implicaram diálogo, presença atenta, companhia solícita. Nessa mesma direção, pode-se entender a associação da presença da doula com as figuras da mãe, amiga, anjo, fada, reportada nas entrevistas e nos registros de observação da pesquisadora.

A qualidade sintônica desta relação parece ter se insinuado nessas percepções, associações, impressões e nos efeitos que as parturientes referiram como “influência” sobre o estado subjetivo vivido então. Assim, seria pertinente supor que a interferência da presença com tal qualidade no curso de um processo que se delineava como angustiante e doloroso, atenuando o alto grau de tensão, pôde alcançar, para além do efeito tranquilizador, a possibilidade de acesso ao protagonismo do sujeito, então vulnerabilizado pelo estresse, nos processos que estava vivenciando.

Os efeitos do suporte adicional no trabalho de parto e parto oferecido por mulheres vêm sendo detalhadamente estudados nos últimos anos. Historicamente constatou-se uma inflexão nas práticas da assistência à mulher parturiente a partir do momento em que o parto passou a ser realizado em instituições hospitalares, conforme KLAUS e KENELL (1997). Dentre as práticas que foram alteradas os autores destacam o uso de medicação obstétrica e o acompanhamento do trabalho de parto por outra mulher. Para HODNETT et al. (2003), nas últimas décadas, este acompanhamento tem se mostrado mais como exceção do que rotina. Para ela tal mudança imprimiu à experiência de muitas mulheres com o parto um caráter desumanizador justificando, assim, as recomendações para o retorno do suporte contínuo dado à parturiente por outra mulher.

Muitas questões em torno do acompanhamento continuado têm sido investigadas nas pesquisas conduzidas em muitos países as quais, por sua vez, têm sido objeto de sucessivas revisões sistemáticas. Entre as variadas questões colocadas destacam-se aquelas que tentam responder se o suporte, físico e emocional, oferecido modifica os resultados obstétricos e neonatais. Em geral, tais estudos são metodologicamente definidos como caso-controle, randomizados, utilizando a participação de mulheres leigas treinadas, parteiras ou estudantes de enfermagem obstétrica, no acompanhamento contínuo às parturientes, que consiste em promover incentivo, encorajamento, reasseguramento, medidas de conforto, contato físico (massagens nas costas, por exemplo) e explicações sobre a evolução do trabalho de parto. Como regra geral, é estabelecido que se deve manter uma atitude “positiva” e participação ativa durante todo o trabalho de parto. Não é oferecido nenhum medicamento às parturientes por essas mulheres.

Em análise de KLAUS E KENELL (1997) de 11 estudos utilizando essa metodologia, realizados em países como Canadá, Bélgica, África do Sul, Finlândia, Grécia, França, Guatemala e Estados Unidos, alguns resultados encontrados indicaram diferenças nos grupos de mulheres que receberam suporte comparativamente àqueles que não o receberam. Entre os resultados assinalaram-se aqueles que mostraram decréscimo nas taxas de cesárea e do uso de analgesia.

Sobre os mecanismos pelos quais o acompanhamento contínuo alcança efeitos positivos, Klaus e Kenell citam a hipótese de Uvnäs-Moberg que o contato físico próximo com toques e massagens poderia estimular, em nível cerebral, a produção de oxitocina levando a uma leve sonolência, euforia e aumento de tolerância à dor, tornando mais fácil o trabalho de parto. Outro mecanismo considerado pelos autores seria a redução da ansiedade e dos níveis de catecolamina pela absorção da presença do provedor do suporte como fonte de confiança e fortalecimento capaz de produzir relaxamento psíquico.

Ainda sobre a investigação das possibilidades e alcances do acompanhamento contínuo HODNETT et al. (2003) analisaram estudos, através de revisão sistemática, com o objetivo central de avaliar os efeitos do suporte continuado, oferecido por doulas, sobre a mãe e o bebê e, como objetivo secundário, estabelecer se tal suporte seria influenciado por: a) políticas e rotinas da instituição afetando a autonomia, liberdade,

movimentação e habilidade da mulher em lidar com o trabalho de parto; b) se o provedor do suporte seria ou não funcionário da instituição; c) se o suporte foi oferecido no início ou nos estágios posteriores do trabalho de parto. Tal revisão totalizou 15 estudos com os mesmos parâmetros metodológicos, comparando os dados dos grupos que tiveram suporte continuado com os dados dos serviços comuns de saúde, envolvendo 12.791 mulheres. Os dados foram coletados de estudos registrados no *Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group* e no *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, em 2003.

Como resultados principais da análise comparativa, os autores estabeleceram que as mulheres do grupo com suporte contínuo receberam menos analgesia, parto cirúrgico e reportaram menos insatisfação com a experiência do parto. Outros resultados apontaram, segundo os autores, a associação do suporte continuado com maiores benefícios quando o provedor-doula não era funcionário da instituição; quando o suporte teve início nos primeiros estágios do trabalho de parto e quando ocorreu em instituições que não usavam anestesia peridural como procedimento rotineiro.

Os benefícios do suporte oferecido pelas doulas descritos na literatura consultada parecem eloqüentes em pôr à mostra a relevância da dimensão afetivo-emocional da relação entre provedores de cuidados de saúde e pacientes. Assim também, pode-se admitir que as vivências narradas neste estudo alusivas ao compartilhamento da experiência do parto e os significados verbalizados que a tal parceria foram atribuídos enquadram-se nessa perspectiva.

Tais narrativas evocam as reflexões, elaboradas nos estudos da Psicanálise e da Psicologia, sobre os aspectos afetivo-emocionais presentes e atuantes no relacionamento entre o profissional e o paciente no contexto dos cuidados de saúde. Relativamente a esse tema vale lembrar as contribuições de autores como Balint e Winnicott que chamaram a atenção para alguns dos aspectos implicados nessa relação.

Seria pertinente remeter as considerações, aqui colocadas, ao quadro de referências norteadoras do estudo como recurso articulador das reflexões sobre as práticas de cuidados não-médicos e não-farmacológicos adotados na assistência à parturiente e que vêm sendo designadas como suporte emocional e/ou psicossocial.

A capacidade de identificação com a mulher na situação vivenciada durante o trabalho de parto e parto, tornando a comunicação sintônica, provavelmente conferiu a

qualidade da escuta e acolhimento tão valorizadas pelas parturientes em seus depoimentos. É possível reconhecer nessa experiência compartilhada o ambiente de *holding* do qual fala Winnicott em seus desenvolvimentos teóricos e técnicos.

Nessa perspectiva, seria também interessante reter as noções de mutualidade e *holding* de Winnicott para a compreensão do lugar que ocupam as relações interpessoais na prestação de cuidados de saúde, uma vez que tais noções, entre outras, constituíram suporte para as modalidades de intervenção na sua prática clínica, inovadora e heterodoxa (MELLO FILHO 1995; ROUDINESCO 1998).

Ressalte-se que a prática clínica decorrente do reconhecimento das formulações winnicottianas permitiu sua expansão para situações que, embora distintas das práticas psicoterápicas estrito senso, os cuidados de saúde são prestados caracterizando-se igualmente como situações perpassadas pelo jogo interativo da relação interpessoal isto é, pelo jogo entre as identificações e contraidentificações dos envolvidos.

Dentre essas situações específicas de cuidados de saúde fora do *setting* psicanalítico situam-se, de acordo com O'DONNELL (1995), as modificações nas rotinas de serviços pediátricos e maternidades como a instalação de alojamentos conjuntos; a permissão, nos casos de crianças hospitalizadas, para levar de casa objetos e brinquedos significativos para elas; estabelecimento de horários livres permitindo maior acompanhamento dos pais que trabalham. Vale lembrar que algumas medidas dessa natureza, isto é, a garantia de acompanhante foram objeto de leis – Lei 10.241 de 1999 e a Lei 10.648 de 2000 que dispõem sobre direitos de paciente internados em instituição hospitalar no estado de São Paulo.

A esse propósito, valeria destacar que o pensamento de Winnicott vem inspirando também práticas na área educacional lembrando que ele mesmo fez, ao longo de 23 anos, palestras radiofônicas na BBC de Londres dirigidas, na maior parte das vezes, aos pais, mas também aos professores, assistentes sociais, parteiras (WINNICOTT 1965; O'DONNELL 1995; ROUDINESCO 1998).

As aproximações com a prática clínica extensiva aos cuidados médicos e de saúde, em geral, também marcaram as preocupações de Balint levando-o a estabelecer diálogo com a medicina através das atividades de formação de pesquisa com o que ficou sendo conhecido como Grupos Balint, como já mencionado. Tem sido reconhecido pelas suas contribuições para a renovação das práticas médicas e para a formação de

profissionais de saúde. Os Grupos Balint, que se expandiram para outros centros de estudos em diversos países, permanecem atuantes e assim a eles se refere GELLY (1994) “Há trinta anos, os médicos se reúnem em pequenos grupos (...) para discutir os problemas que seus pacientes lhes colocam e para tentar descobrir soluções originais” (p. 23).

O papel desempenhado por aqueles provedores, especialmente as doulas que protagonizaram o acompanhamento contínuo, assume destaque colocando esta função em lugar equivalente àquele formulado por Balint, ao referir-se “ao medicamento-médico”, para realçar o potencial terapêutico de sua presença implicada na relação com o paciente, isto é, de seu engajamento no curso do tratamento.

Caberia propor reflexão sobre a prática do suporte oferecido à parturiente analisando os resultados deste estudo sob a ótica das relações em sua dimensão mais coletiva/pública, isto é, no espaço social mais amplo, referido tanto às relações de sujeitos marcados pela sua condição econômica, política, cultural, ou seja, sua pertinência a grupos sociais específicos, como também relações referidas ao espaço institucional.

Nesse sentido, os discursos parecem apontar para algum grau de desconexão ou desencontro. As opiniões verbalizadas nos discursos das doulas sobre as condições ou perfil das parturientes parecem não corresponder ao que foi possível observar nos dados situacionais referidos nas entrevistas, como também nos dados registrados no diário de campo da pesquisadora. Tais distanciamentos sugerem a interferência de estereótipos sociais na representação presente nas falas das doulas, verificando-se a prevalência da idéia de um outro carente, desprovido e destituído.

Se foi possível observar, no âmbito das disposições subjetivas, pontos de conexão nos discursos das parturientes e doulas – acolher e sentir-se acolhida – naquilo que se refere às idéias associadas às circunstâncias do interlocutor observou-se dissonâncias que parecem ter colocado os sujeitos em posições relativamente desconectadas.

Assim, nas falas sobre o outro da relação, no caso as falas das doulas, foi predominante a visão desse outro – destinatário dos cuidados – como sujeito desinformado, desprovido, carente, com laços afetivos, familiares e conjugais, constituídos “precariamente” ou mesmo deles destituído. No entanto, os dados

situacionais das parturientes indicam uma incompatibilidade desta visão com a condição referida pelas mulheres entrevistadas e também verificada nos registros de observação da pesquisadora.

Na seção em que são apresentadas as informações situacionais das participantes do estudo vê-se que, quanto ao grau de instrução escolar, apenas 7 das 20 mulheres entrevistadas não completaram o ensino fundamental. As demais, representando a maioria, apresentaram escolaridade em nível de segundo grau. É interessante pontuar que entre aquelas mulheres que não terminaram o primeiro grau a instrução escolar variou da 4^a até a 7^a séries.

Do ponto de vista da rede sociofamiliar de pertinência das parturientes, recorde-se que os resultados mostraram a presença quase massiva de familiares e companheiros ou namorados no acompanhamento às mulheres em todos os momentos do trabalho de parto, quais sejam: no percurso em busca da instituição para o parto; na espera durante o trabalho de parto e, em alguns casos, no acompanhamento do parto.

As variações observadas nos conteúdos das práticas comunicacionais verbais das doulas parecem indicar, em certos casos, mais afinidades com as suposições de carências da parturiente do que com as sinalizações de uma condição sociofamiliar e sociocultural diferente daquela presumida. Dessa forma, pôde-se verificar verbalizações de cunho normatizador, disciplinador e pedagógico, levando a sugestões e orientações voltadas predominantemente para as expectativas, crenças e idéias das próprias doulas.

A observação de tais descompassos faz pensar na interferência de representações calcadas em estereótipos sociais colocando parturientes e doulas em lugares assimétricos relativamente às dimensões sociopolítica e socioinstitucional da relação.

No tocante a esses aspectos, caberia assinalar que as injunções institucionais jogam papel importante, uma vez que o compromisso com valores de solidariedade cristã, expresso em seus objetivos, marcam a história e o perfil da instituição ocorreu o estudo. Constituída como organismo de utilidade pública, desde sua fundação, integrando a rede de entidades de solidariedade social da sociedade civil, a instituição vem desenvolvendo também ação social, através dos serviços prestados em alguns setores, junto ao segmento da população com problemas sociais específicos. Exemplo disso é a manutenção do alojamento social que abriga para moradia temporária mulheres gestantes, antes e depois do parto.

Dessa forma, seria possível conjecturar que essa circunstância favoreceria a identificação dos que nela atuam com o perfil benemerente no auxílio ao próximo, especialmente aqueles que encontram-se em situação de exclusão dos direitos de cidadania. Identificação que parece marcada pela tradição das políticas de assistência social de caráter compensatório de “carências”, no sentido em que estas foram descritas e analisadas por SPOSATI et al. (1986).

Em que pese a apreciação expressivamente favorável das parturientes ao atendimento recebido, seria pertinente uma reflexão sobre os aspectos sociopolíticos da atenção obstétrica pois que a instituição integra a rede pública de assistência ao parto e, como tal, mesmo tendo avançado na oferta de alguns serviços, marcando sua singularidade, certamente é afetada pelos problemas e dificuldades presentes no sistema de saúde.

Neste particular, cabe notar o desconhecimento generalizado dos direitos das parturientes não só por parte das doulas, mas também por parte das mulheres entrevistadas. A garantia da presença do pai ou alguém de escolha da mulher no momento do parto foi, em muitos casos, entendida como uma concessão da instituição e não como um direito previsto em lei.

Na perspectiva ainda dos direitos, vale mencionar o acesso de todas as entrevistadas ao pré-natal, a orientações e assistência nas intercorrências durante a gestação. Ter orientação sobre o parto, contudo, não significou ter tido a garantia da internação e menos ainda no local desejado. Essa orientação, muitas vezes foi vaga, isto é, consistiu em apenas dizer para a gestante procurar um hospital ou maternidade no caso de sentir algo diferente ou perceber aumento na intensidade da dor. Importa assinalar, ainda, a constatação de restrições e mesmo ausência de possibilidade de escolha da parturiente em alguns aspectos como, por exemplo, o local de ocorrência do parto que, na grande maioria dos casos não correspondeu ao lugar de suas preferências.

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996), incorporadas pelo Ministério da Saúde (2001), no sentido de promover um processo de preparação para o parto, durante a gestação, com informações e orientações visando, entre outros pontos, subsidiar à mulher na escolha do local do parto parece ainda muito distante da realidade do sistema de saúde brasileiro.

É importante remarcar que as dificuldades em relação ao exercício dos direitos não se circunscrevem ao desconhecimento por parte dos provedores e dos cidadãos usuários dos serviços. Em alguns segmentos da área da saúde tais direitos são até mesmo argüídos, como refere SOUZA (2003) ao assinalar a reação negativa de alguns setores, entre os prestadores de serviços de saúde, à portaria 2.815/1998 que regulamenta a remuneração de analgesia para parto vaginal.

Além disso, outras medidas governamentais adotadas, mencionadas no capítulo introdutório, visando alcançar melhorias na atenção obstétrica esbarram em inúmeras dificuldades, entre elas a resistência de parte dos médico gineco-obstetras, por exemplo, à responsabilização de enfermeiras obstetras na condução de partos sem distócia (SOUZA 2003).

É necessário reconhecer que, para que os direitos sejam efetivamente traduzidos nas práticas de cuidados, em todas as instâncias, conhecê-los apenas, embora seja uma das condições, é insuficiente. O aprimoramento e a criação de mecanismos que garantam o cumprimento dos direitos já conquistados colocam-se como uma das condições para se alcançar qualidade na atenção ao parto e ao nascimento.

9 Considerações finais

O tema da relação interpessoal apresentou-se como espaço-eixo em torno do qual os cuidados foram processados, os sentimentos manifestados, algum conforto foi reencontrado, a palavra foi ouvida, a experiência compartilhada.

As contribuições trazidas pela abordagem teórico-metodológica específica, nas áreas da Psicologia e Psicanálise, utilizada neste trabalho podem ser vistas como inovadoras, no contexto dos estudos, aqui considerados, sobre o suporte emocional resultante do trabalho de acompanhamento contínuo às parturientes.

As aproximações compreensivas empreendidas neste estudo, a partir da hipótese considerada, abriram caminho ao movimento, que é próprio à construção do conhecimento, em busca de sua verificação. Como movimento de perscrutar uma dada situação ele não termina neste momento e tampouco conclui algum saber.

Entretanto, pode-se dizer que os dados encontrados no percurso realizado permitiram reafirmar a suposição de que o acolhimento sensível e solidário como qualidade do suporte emocional oferecido às parturientes produziu efeitos benéficos na travessia do trabalho de parto e no parto.

Foi possível verificar a relevância das relações interpessoais no aparato de procedimentos médicos e não médicos, farmacológicos e não farmacológicos presentes no processo da parturição. Processo este que, do ponto de vista subjetivo, foi experimentado com elevado grau de estresse provocado pela dor e pelo medo. O estado de tensão, vivido como sofrimento foi referido à insurpotabilidade da dor e à emergência de processos psicológicos de medos, angústia e ansiedade. Medos percebidos e vicenciados como não menos dolorosos, quais sejam: medo da dor; de ficar só, desacompanhada; de agravos à saúde; da morte; de imperfeições.

Foi possível identificar, também, disposições subjetivas, expressas nas idéias e práticas, verbalizadas nos depoimentos das doulas, de solicitude, acolhimento e diálogo no exercício de provimento dos cuidados.

As vivências alusivas ao compartilhamento da experiência do parto entre doulas e parturientes, e os significados que a tal parceria foram atribuídos, consubstanciam os benefícios referidos na hipótese apresentada.

Assim, a análise dos dados possibilitou considerar que o espaço relacional, intersubjetivo, vivido nestas condições, configurou-se como espaço de interlocução marcada pela escuta das demandas e de acolhimento daquilo que, falando no corpo da parturiente, fazia ressonâncias nas suas idéias e emoções.

O papel desempenhado por aquelas provedoras-doulas que protagonizaram o acompanhamento contínuo, assume destaque dentre os recursos usados na assistência ao parto, vez que tal suporte, interferindo favoravelmente no curso de um processo vivido como angustiante e doloroso, atenuou o grau de tensão, alcançou efeito tranquilizador, possibilitando, em alguma medida, o acesso a uma condição mais participativa na experiência do parto.

As assimetrias e descompasso observados no âmbito sociopolítico das relações colocam para a reflexão questões que merecem ser investigadas com mais acuidade, pois requerem referências teórico-metodológicas apropriadas às especificidades dessas questões.

A qualidade de acolhimento e escuta, no plano afetivo-emocional, de uma relação ocorrida no breve encontro entre parturiente e provedores, com interferência positiva nos processos da parturição, conferida ao suporte oferecido pelas doulas e valorizada pelas parturientes, permite posicioná-lo como recurso técnico valioso a ser incorporado como posto de trabalho institucional. Nesse sentido, seriam também de grande interesse mais pesquisas que pudessem explorar e aprofundar os promissores potenciais dessa relação enquanto trabalho de suporte emocional na prestação de cuidados à parturiente.

Valeria registrar que, o aprimoramento do trabalho de suporte continuado, de provedores, em geral, e de doulas em particular, através de formação permanente sobre o tema, poderia ser proposto como mecanismo, não só para ampliar a qualificação deste trabalho, mas também como um modo de contribuir para o alargamento da compreensão do seu lugar que se situa para além de um encontro sensível e afetivo entre pessoas.

A dimensão da sensibilidade no diálogo estabelecido, certamente é necessária e imprescindível ao trabalho de suporte, engrandecendo-o. Para além dela, pode-se encontrar a dimensão da solidariedade, que se tornará mais fortalecida tanto mais seja sustentada e legitimada como exercício do direito a uma assistência, cuja qualidade passa também pelo acesso a recursos técnicos dessa natureza.

Colocar a relação interpessoal nesse patamar significa pensá-la como recurso, cuja especificidade pode torná-la equivalente àquelas ações ou procedimentos prescritos como tecnologias apropriadas na assistência ao parto. Significa pensá-la enquanto instrumento de ordem técnica e ética, no campo das práticas dos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, seguras e comprometidas com os direitos de cidadania das mulheres.

Referências Bibliográficas

10 Referências bibliográficas

Abbagnano N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1970.

Balint E, Norell JS. **Seis minutos para o paciente**. São Paulo Manole ; 1978.

Balint M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988.

Balint M. Psicanálise e prática médica. In: **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Barros AEB, Oliveira ES. Linguagem, subjetividade e ideal de sujeito nas classes trabalhadoras: configurações e dilemas. In: Jacó-Vilela AM, Cerezzo AC, Rodrigues HBC (orgs.). **Clio-Psyché: paradigmas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.

Berquó E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac, ED e Rocha MIB (orgs.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP; 1998. p. 23-25.

Brandão HHN. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP; 2004.

Brioschi LR, Trigo MHB. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura** 1987; 39(7): 631-7.

Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad Saúde Pública** 1999; 15(13):647-654.

Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England J Med** 1982; 306 (11):639-45.

Caton D, Corry M, Frigoletto FD, Hopkins DP, lieberman E, Mayberry L. The nature and management of labor pain: executive summary. **Am J Obstet Gynecol** 2002; 186 Suppl 5: 1-15.

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: **Departamento de Medicina Preventiva /Faculdade de Medicina USP**; s/d.

Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez; 1991.

Cohn A, Elias PEM. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez; 1996.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública** 2002; 18Supl:191-202.

Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five week's gestation. **Am J Obstet Gynecol** 1996; 175(5): 1286-1291.

Correia S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis** 1996; 6(1/2):147-177.

Correia S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ E. (org.) **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp; 2003.

Creswell JW. **Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions**. London: Sage Publications; 1998.

Da Costa D, Dritsa M, Larouche J, Brender W. Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. **Psychosom Obstet Gynecol** 2000; 21: 137-148.

Diniz CSG. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP].

Diniz CSG; Chacham A. Dossiê humanização do parto. São Paulo: **Rede Nacional Feminista de Saúde**; 2002.

Elias PEM. In: Cohn A, Elias PEM. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez; 1996.

Faúndes A, Cecatti JGA. Operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública** 1991; 7(2):150-173.

Figueiredo LC. **Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos**. São Paulo: Escuta /Educ; 1995.

Gauquelin M, Gauquelin F. **Dicionário de Psicologia**. Lisboa: Verbo; 1978.

Gelly R. Aspectos teóricos do movimento Balint. In: Missenard A, coordenador. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Gil AC . **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 1995.

Gosling R, Turquet P. A formação dos médicos generalistas. In: Missenard A, coordenador. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Haguette TMF. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes; 1987.

Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth [on line]. **Cochrane Database Syst Rev** 2002 ; (1): CD 000199. [Abstract in Pubmed]

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol** 2002; 186 Supp:160-72.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr Gj, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev** 2003; (3): CD003766. [Abstract in Pubmed]

Jahoda M, Selltiz C, Deutsch M, Cook SW. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 1971.

Klaus MH, Kennell JH. The doula: na essential ingredient of childbirth rediscovered. **Acta Paediatr** 1997; 86: 1034-6.

Kominsky E. Pesquisa qualitativa – a utilização da técnica de histórias de vida e de depoimentos pessoais em Sociologia. **Ciência e Cultura** 1986; 38 (1): 30-6.

Langer M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Laplanche J, Pontalis JB. **Vocabulário de Psicanálise**. Santos; Livraria Martins Fontes Editora; 1970.

Loudon I. **Western medicine: an illustrated history**. Oxford/New York: Oxford University Press; 1997.

Lowe NK. The nature of labor pain. **Am J Obstet Gynecol** 2002; 186 Suppl 5: 16-24.

Maldonado MT, Canella P. **A relação médico-cliente em Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu; 1981.

Marmor TR, Krol DM. Labor pain management in the United States: understanding patterns and the issue of choice. **Am J Obstet Gynecol** 2002; 186 Suppl 5: 173-180.

Maternitywise. How do I get labor support I need? Best available research about labor companions [on line] Available from http://maternitywise.org/mw/topics/laborsupport/evidence_body.html [2003 Jul 17]

Mayan MJ. **An Introduction to Qualitative Methods: a training module for student and professionals**. Canada: International Institute Qualitative Methodology; 2001.

Mello Filho J, Melgaço ALML. **Winnicott 24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: Thiollent MJM **Crítica metodológica, investigação social & enquete operária**. São Paulo: Editora Polis; 1987. P.191-211.

Miles MB, Huberman AM. **Qualitative Data Analysis**. London: SAGE Publications; 1994.

Minayo CSM. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994.

[MS] Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Missenard A. Entre psicanálise e medicina: Michaël Balint. In: Missenard A coordenador. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad Saúde Pública** 2001; 17: 509-19.

Nogueira MI. **Assistência pré-natal. Prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

Noronha D. **Gravidez: situação de crise**. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.

O'Donnell MLS. Winnicott e a Pediatria. In: Mello Filho J, Silva ALML. **Winnicott 24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

[OMS] Organização mundial da saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. **Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

[OPS/OMS] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas 1990-1994**. Washington (DC); 1996.

Osis, MJMD. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o Programa: história de uma intervenção** Campinas; 1994. [Dissertação de Mestrado – Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP] .

Osis, MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública** 1998; 14Supl. 1:25-32.

Osis MJMD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2001; 75 Supp 59-66.

Page L. The humanization of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2001; 75 Supp 55-58.

[PAHO/WHO] Pan American Health Organization/ World Health Organization. **Regional Plan of Action for the reduction of maternal mortality in the Americas**, Washington (DC); 1990.

Piovesan F, Pirotta WRB. A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno. In: Piovesan F. **Temas de direitos humanos**. São Paulo: Max Limonad; 1998.

Pitanguy J. Prefácio da edição em português. In: Organização Mundial da Saúde. **Promovendo a maternidade segura através dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Edições Cepia; 2003. p. 1-3. (OMS/RHR/015).

Page L. The humanization of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2001; 75 Supp 55-58.

Porter R. **Cambridge história ilustrada da medicina**. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

Queiroz MIP. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 1991.

Queiroz MIP. Relatos orais do “indizível” ao “dizível”. **Ciência e Cultura** 1987; 39(3):272-86.

Reading AE, Cox DN. Psychosocial predictors of labor pain. **Pain** 1985; 22: 309-15.

Rigotto RM. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 1998; 3:116-30.

Rodrigues AV. **Comitê de mortalidade materna do estado de São Paulo**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP].

Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:183-9.

Roudinesco E; Plon M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ organizadora. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense; 1993. p.19-45.

Sapir M. O grupo Balint, passado e futuro. In: Missenard A coordenador. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Schraiber LM. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Rev Saúde Pública** 1995; 29 (1): 63-74.

Schraiber LB. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública** 2002; 18 Supl:203-11.

Sillamy N. **Dicionário de Psicologia**. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Siqueira AAF, Tanaka ACd'A, Moron AF, Alvarenga AT, Unglert CVS, Schor N, Santos JLF. Estudo da mortalidade materna na região Sul do Município de São Paulo -

Brasil análise preliminar: São Paulo: FSP/USP;1991 [Série Investigação em Saúde da Mulher, Criança, Adolescência, 1].

Soifer R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Souza MR. Parto: entre o desejo e a realização. [on line]

http://216.239.53.104/cobrand_uni...+cemicamp+cesáreas&hl=pt&ie=UTF-8

http://www.abep.nepo.unicamp.br/Xiiiencontro/Anais_2002/PDF/G [2003 jun 22]

Spink MJ, organizadora. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Editora Brasiliense; 1993.

Spink MJ, organizadora. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora; 1999.

Sposati AO, Bonetti DA, Yasbeck MC, Falcão MCBC. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. São Paulo: Cortez Editora; 1986.

Standley K, Soule B, Copans AS. Dimension of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. **Am J Obstet Gynecol** 1979; 135(1): 22-26.

Tanaka AC d'A. **Maternidade, dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Tanaka AC d'A. Dossiê Mortalidade Materna. São Paulo: **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**; 2000.

Thiollent MJM. **Crítica metodológica, investigação social & enquete operária**. São Paulo: Editora Polis; 1987.

Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas** 2002; 10:484-91.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad Saúde Públ** 2003; 19 (supl 2): 419-427.

Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.

Van Look PFA. Prefácio da edição em inglês. In: Organização Mundial da Saúde. **Promovendo a maternidade segura através dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Edições Cepia; 2003. p. 5 (OMS/RHR/015).

Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** 1998; 8(2):11-48.

Winnicott DW. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1965.

Winnicott DW. A experiência da mãe-bebê de mutualidade. In: **Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott**. Porte Alegre: Artes Médicas; 1994.

Zurutuza C. Para uma Convenção Interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: Oliveira MCFA e Rocha MIB (orgs.) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: Unicamp 2001

Anexo I

Entrevista Parturiente ()

Nome (fictício):

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão/Ocupação:

Est. Civil:

Dados da história reprodutiva

Primeiro filho?

Primeira gestação?

Paridade:

Ultimo parto: normal

Outros partos:

O que você me diria sobre essa última gestação?

Você fez pré-natal? Como foi?

Você teve alguma preocupação especial durante essa gestação (medos, receios, cuidados)?

O que você me diria sobre as gestações anteriores?

O médico a orientou quanto ao parto (primeiros sinais, providências, onde ir)?

Você leu, viu, ouviu, alguma coisa sobre parto?

Sobre o trabalho de parto e parto

Como começou o trabalho de parto?

Tempo decorrido entre o início do trabalho de parto e o parto?

Seu parto foi como você imaginava?

Alguém da sua família/amiga assistiu ao parto?

Você teve algum sentimento/pensamento ligados a hora do parto? O que você mais pensou, mais desejou para essa hora (medos, desejos, preocupações)?

Quando você foi internada como você se sentiu? Você sentiu falta de alguma coisa ou de alguém?

O que você me diria sobre os procedimentos/atitudes que tiveram com você?

Qual o mais desconfortável, incômodo?

Existiu algum que te deixou mais aliviada, mais relaxada?

Você acha que poderia ter escolhido outra coisa para esse momento?

Onde e como parir?

Se pudesse você escolheria o que?

Por que?

Dessa última experiência (parto) o que você achou que foi mais impressionante/ forte/ marcante?

Para as múltiparas: e em relação aos outros partos?

E quanto ao acompanhamento?

O que você diria para quem fosse parir?

Você conhece alguma lei, algum direito, norma ou recomendações governamentais que falam sobre o atendimento ao parto?

Anexo II

ENTREVISTA PROVEDOR

Data de nascimento :

Escolaridade :

Profissão/Ocupação:

Tel:

Questões

1. Fale sobre o que motivou o seu interesse por esse trabalho.
2. Há quanto tempo você está engajada nele?
3. Quais seriam os seus objetivos ao realizar este trabalho?
4. Gostaria que você me falasse, em que consiste esse trabalho.
5. O que você acha que é mais importante para executá-lo? (como traços pessoais, conhecimentos sobre o assunto, experiência, etc.).
6. No seu entendimento qual seria a finalidade do trabalho da doula?
7. O que você acha sobre a condição da mulher que pare aqui?
8. O que você diria sobre as condições que a instituição oferece para que você desenvolva este trabalho?
9. Quais seriam, em sua opinião, os aspectos mais favoráveis para o bom andamento do trabalho?
10. E os mais desfavoráveis?
11. Você conhece alguma lei, norma ou recomendações governamentais que falam sobre o atendimento ao parto?
12. Você gostaria de acrescentar alguma coisa que eu não tenha perguntado?

Anexo III

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÇÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (experiência)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
A (s/doula)	<i>Foi boa, um pouco difícil, porque ela ia nascer prematura ela podia morrer</i>	<i>Estava c/ medo de ser internada relata experiência ruim de internação na gestação</i>	<i>A preocupação era de q ela (bebê) pudesse estar morta ou q morresse. Queria q nascesse logo p/ ver o rostinho dela</i>	<i>Com dores e difícil</i>	<i>Mais marcante: o atendimento foi maravilhoso</i>
B (s/doula)	<i>Foi ótima</i>		<i>Queria que ela nascesse logo. Meu pensamento era nela estava louca p/ ver o rostinho dela</i>	<i>Eu não imaginava que ia sentir tanta dor Achei que ia ser um pouco mais fácil Achei muito sofrido</i>	<i>O mais impressionante foi a hora do parto. nessa hora tem que ter calma, respirar fundo</i>
C (s/doula)	<i>Foi diferente (outras g) chorando muito... muito sensível. Saí fora do controle de tanto ciúme</i>	<i>Um dia antes de vir pra cá eu chorei praticamente a noite inteira. Eu tava q não aguentava mais...Tive insônia, fiquei sentada no sofá senti cólicas acordei irritada nesse dia, s/ paciência</i>		<i>Eu não estava com medo não. Estava querendo dar à luz logo Preocupação de saber se estava tudo c/ ela Pq tinha trabalhado mto receio de ter estressado a nenê. No fundo isso me incomodava</i>	<i>Mais marcante: a vontade de não deixar de trabalhar. Eu queria trabalhar até o fim O que diria: manter a calma. Mas cada um tem uma dor diferente, não é?Não é a mesma mulher e não é a mesma dor</i>
D (s/doula)	<i>Eu queria mesmo era trabalhar até o fim ficar em casa cuidando dela</i>		<i>Eu pensava em coisa boa, mas foi diferente Foi diferente na dor</i>	<i>Ah não pensava que ia sofrer muito como eu sofri. Gritava:meu Deus tira esse sofrimento de mim. Naquela hora dá um desespero, né?</i>	<i>Achou melhor o 1o parto (cesárea): porque sofri menos,não tive dor nenhuma O que diria: eu falava que a pior coisa é ter normal. Não é todo mundo que tem essa coragem. Acho que eu só ganhei ela porque tava mesmo com muita vontade de ter.</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (experiência)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
E (c/doula)	<i>Fiquei muito feliz acho que fiz uma loucura, né? Tomei comprimido. Eu tinha discutido (com o marido) fiquei nervosa, aí tomei</i>	<i>(...) e eu com medo de ir porque parecia que tava adivinhando que ia ter o nenê</i>	<i>Estava preocupada que tivesse dado algum problema p/ o nenê (refere-se ao episódio da "loucura")</i>	<i>Eu imaginava que a dor fosse um pouco menos. Só que foi rápido. , não achei que tinha que cortar, não achei que tinha que tomar aquela injeção</i>	<i>Mais marcante: foi na hora que nasceu! Refere que na hora do parto foi importante a minha companhia para tranquilizá-la. Diz q estava muito nervosa e que minha conversa Me tranquilizou bastante, foi bom pra mim". O que diria: Eu diria a verdade. Qual? Que dói. Mas na hora que nasce, que você vê aquela coisinha bem linda que sai de dentro de você, você até esquece o que passou Mas tem que ficar tranquila. Tem muita gente que diz que ter filho não é um bicho de sete cabeças, só que pra mim foi. Por que? Por causa da dor.</i>
F (s/doula)	<i>Passei bastante nervoso</i>		<i>Tinha medo de me dar falta de ar na horado parto, isso tava no pensamento</i>	<i>Imaginava doloroso, mas não tão sofrido assim As dores, as contrações acho que a pior dor que você tem é essa</i>	<i>Quando ele nasceu e colocaram ele em cima de mim. Foi o mais bonito! Marcante pra mim foram 3 coisas: qdo. ele começou a mexer na barriga, qdo. eu senti as dores e qdo. eu vi ele. Foi tudo bom. Não tenho como reclamar nada não. O que diria: falava par ir tranqüila, não é pra ficar nervosa pq a gente tem que passar por isso se a gente quer ter uma família, quer ter filho Tem que ter paciência.</i>
G (s/doula)	<i>Foi bom e não foi. passei muito nervoso, ciúme</i>		<i>Não estava agüentando aquela dor insuportável via as meninas gritando eu ficava desesperada e levantava p/ ajudar elas</i>	<i>Quanto ao parto eu estava sossegada, estava sofrendo mas estava sossegada não deu ansiedade Imaginava que ia sofrer mais. pra mim não foi muito forte,</i>	<i>Me senti bem. Eu achei o atendimento bom tem hospital que eles são ignorantes, né? não grita que é pior!", xingam a gente O que diria: Ah, eu não ia ficar assustando não Eu dizia é uma dorzinha suportável tem que ter paciência mesmo.</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÇÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (experiência)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
H (s/doula)	<i>Eu não tive do que reclamar</i>		<i>A preocupação era eu estar bem e a nenê estar nos meus braços</i>	<i>Desde o começo que eu soube que ia sentir dor. Foi do jeito que eu imaginei mas só que... Por mim eu não teria outro filho não. Porque dói demais! É muito sofrimento, entendeu?</i>	<i>Olhando pra elas, (outras part)eu não sofri tanto assim não! Não tenho o que reclamar daqui. O que diria: não ia negar que dói, mas eu falava que é passageiro, que ela tem que ser guerreira, né tem que lutar, tem que ter muita raça depois que tem vc se sente muito vitoriosa demais. Queria dizer que estou muito feliz de ser mãe Obrigada aos funcionários aqui do hospital.</i>
I (c/doula)	<i>Foi complicada teve sangramento refere conflitos com o namorado</i>			<i>Não imaginava que era essa dor. Disseram que era igual cólica, mas não foi isso. Foi mil vezes mais que uma cólica.</i>	<i>Do atendimento, não gostou Acho que eles judiam muito o que seria judiar? "é deixar muito tempo esperando". Mais marcante: "Foi a dor". O que diria: diria que é horrível a dor. A gente não sabe explicar como é a dor. Tem que ter força. Paciência com os médicos porque tem uns que são bastante ignorantes</i>
J (c/doula)	<i>Foi boa</i>		<i>Fiquei assustada, com a dor muito forte, nunca tinha sentido aquela dor. Fiquei com medo pensei que ia acontecer alguma coisa comigo ou ela não sair</i>	<i>Fiquei com medo de ganhar, falei: a dor vai vir, eu vou ter que agüentar. Ai meu Deus eu não vou conseguir Meu medo era esse, de dar alguma coisa errada na hora.</i>	<i>Mais marcante: Primeiramente foi o alívio da dor, a gente sente uma felicidade, uma coisa que completa a gente, a gente fica pra ver como vai ser o rostinho, o cabelo...</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (experiência)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
K (c/doula)	<i>Foi boa. Foi tudo tranquilo</i>		<i>Só desejava que ele nascesse bem e ter força e coragem Achei que não ia conseguir ter o nenê. (ter força p/ empurrar) Quando foi internada fiquei com medo, chorei bastante. Medo de ficar sozinha. Me senti só pq. não podia entrar minha mãe, nem meu marido</i>	<i>Acho q foi até melhor porque eu não precisei levar ponto não demorou muito pensei que ia demorar mais</i>	<i>Mais impressionou: Foi na hora que o nenê nasceu O que diria: Ah, pra ter coragem, bastante força que no fim ia dar certo, que ela não se preocupasse</i>
L (c/doula)	<i>Foi muito conturbada Passei muito nervoso meu maior medo era que as consequências da raiva do nervoso ter passdo pro meu filho (L. chora muito)</i>		<i>Fiquei sozinha aqui, outra coisa chata! Eu me senti só, como uma pessoa sem ninguém, (refere-se à falta de sua mãe</i>	<i>Na minha idéia eu achava que era uma coisa mais simples, uma coisa mais rápida. Foi uma coisa dolorosa e muito demorada</i>	<i>Mais marcante: Foi quando eu fiz a primeira força, e apontou a cabecinha dele. Eu também tava desesperada porque eu achava que não ia aguentar O que diria: Sem palavras assim porque é uma coisa que não tem como explicar é uma coisa que é só sentida mesmo. A única que eu diria era pra ter calma paciência e tranqüilidade que é uma coisa que não dá pra ter</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (expectativa)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
M (c/doula)	<i>Foi tranquila</i>	M. fala do desgaste que teve pela sua recusa veemente em ser transferida para o Amparo	<i>Eu sou impaciente, eu não gosto de ficar parada Diz q foi caminhar pelos corredores. Observou: aquelas mulheres entrando naquelas sala horrível aquelas mesa horrível o chão cheio de sangue aquela placenta com o cordão umbilical...Aí eu pensei pronto isso aqui não é um hospital isso aqui é um açougue Aí eu entrei em desespero: eu quero ir embora daqui, porque eu vou morrer aqui O problema não era em si dos médicos, era, em si do medo de ter um filho de partonormal Eu tava com esse medo Escutar aquelas mulheres gritando, é horrível. Pra quem tá ali na expectativa, parecia o fim do mundo, o inferno tinha medo do que ia acontecer comigo. medo de sentir dor</i>	<i>Imaginei parto cesárea, sem dor. Quando as contrações ficaram mais fortes M. relata: Aí pronto eu entrei em desespero, e agora? pensei: vou morrer sozinha aqui.. Minha mãe não tá, não tem ninguém aqui, tô ferrada. Tô sozinha, é eu e ela (a nenê). não sei daonde que eu arranjei coragem, força pra ter essa menina normal. Eu fazia força e ela ia e ela voltava Eu já não tinha mais força, achei que eu ia desmaiar.</i>	<i>Achei as médicas boas... aí tinha vocês as voluntárias que me deram ajuda apoio, nossa! na hora que tava tendo ela eu só pensava em vocês, (doula) ah se tivesse alguma aqui...</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (expectativa)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
N (c/doula)	<i>Não foi muito boa não eu sentia muita dor. começo de aborto tinha medo de perder</i>		<i>Eu tinha medo de ficar só Porque é ruim né? Ficar sozinha ,assim, só Ainda bem que você tava Dá uma confiança Foi bem melhor Acho que a pior coisa mesmo foi bem antes de vc chegar. A gente ficamos sozinhas sem ninguém pra conversar</i>	<i>Esse ,parto foi diferente do meu segundo Deu muito trabalho. Alívio mesmo foi saber que ela nasceu bem, com saúde e toda perfeitinha Acho que alívio é isso.</i>	<i>Bom, eu acho assim, além da nenê ter nascido bem, eu acho que a força que vocês (doulas) dão pra gente, entendeu? Aliás , no meu outro parto não teve isso, então acho que o melhor foi isso, ter uma pessoa do lado, deu pra aliviar bastante. O que diria: Nossa! Que é uma dor forte, que ocorra tudo bem.Pra não fazer muito escândalo. Eu acho que quem grita muito faz escândalo elas não dão atenção Eu acho que se ficar desesperada, não que às vezes a gente não fique, porque a dor é insuportável, às vezes a gente fica meio, sabe? entrando em desespero, mas você tentando controlar acho que é bem melhor... o atendimento.</i>
O (c/doula)	<i>Eu achei um pouquinho mais complicada tomei remédio pra segurar Ficava preocupada em perder o nenê.</i>			<i>Demorou um pouquinho, eu pensei que ia ser mais rápido. Não pensei que as dores iam ser tantas que nem foram. Queria saber se ela não tinha nenhum defeito físico, ficava só pensando tá chegando a hora de ver minha filha aquela ansiedade e ao mesmo tempo medo</i>	<i>Sobre a presença doulasÉ muito bom, você se sente mais segura, sabe? No meu outro parto eu não tive nada disso. Aqui foi muito diferente Então me marcou muito, eu fiquei muito impressionada mesmo com a atenção O que diria: diria pra ela ter muito calma, pra ela confiar que ela ia ter o bebê dela bem, Quanto mais você se desespera pior, né? Ter bastante calma porque a calma ajuda mais.</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÇÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (expectativa)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
P (s/doula)	<i>Fiquei preocupada pq tive um sangramento perda dados quase aborto.</i>	<i>Qdo as dores aumentaram eu pedi p/ vizinha ligar p/ o meu marido</i>			
Q (c/doula)	<i>Foi boa quando a gente faz p.natal a gente fica sabendo de tudo né?</i>	<i>Comecei a me sentir assim esquisita sentia dor na barriga, mas eu não queria ir pro hospital Esperei pelos intervalos das dores Q. relata que queria cesárea (múltipara c/ 3 partos normais) Explica q. o nenê era grande. Eu fiquei com medo.</i>	<i>Eu queria era ver o rosto do nenê logo. A minha preocupação era q o nenê nascesse perfeito, né? vocês (doulas) conversam com a gente, deixa a gente relaxada</i>	<i>Eu queria uma cesárea Porque o nenê era grande eu fiquei com medo.</i>	<i>Mais marcante: Vocês ajudar a gente, porque mesmo depois , eu tava lá no corredor, deitada lá, elas vê e ajuda a gente O que diria: Que viesse pro hospital aqui, porque o tratamento aqui é bom Uma boa sorte, que Deus te dê uma boa hora. Não grite, não faz escândalo que a tendência é machucar o nenê e a própria pessoa, o parto demora tem de ficar calma que é difícil!</i>
R (s/doula)	<i>Foi boa. Foi tudo normal. Eu peguei um médico tão bom! Fala de conflitos e do desinteresse do pai da nenê Na gravidez eu entrei em depressão, fiquei muito nervosa</i>	<i>Q. relata que no dia anterior me deu uma tristeza, me deu uma choradeira, chorei o dia inteirinho, com uma depressão, chorava que eu não me controlava</i>		<i>Eu achei que doía menos, né e não foi bem assim não Eu sofri muito. Tinha medo, muito mrdo Quando a dor vinha eu pensava ai meu Deus tomara que o nenê nasça logo, para eu ficar livre da dor que era muita (...)tava preocupada que eu ande tomando um chazinho de nascer com defeito</i>	<i>Gostei de tudo, né. o tratamento foi assim de primeira, achei assim bem tratada.</i>

SUBJETIVIDADE AUTO-REFERIDA

ENTREV	GESTÃO (vivências)	TRAJETÓRIA (antes internação)	PRÉ-PARTO (intern formalizada)	PARTO (expectativa)	APROPRIAÇÃO EXPERIÊNCIA (impressões marcantes e o diria a outras parturientes)
S (c/doula)	<i>Foi meio tumultuada, Relata conflitos c/ o pai de seu filho chorou muito e ficou muito sentida, revoltada agressiva tive medo do meu filho nascer c/ problemas físicos devido às drogas que tomei. Eu fui errada.</i>	<i>Acordei meio estranha com uma dor nas costas Ah, vai nascer e o medo, o coração disparado. O medo era de dor. Minha preocupação maior era da ignorância dos médicos. Tem médico muito bruto Fiquei com medo de de ser maltratada, né, porque eu sou muito sensível</i>	<i>No começo achei meio estranho, aí quando chegou as moças que ajudam (doulas) aí eu melhorei e relaxei Relata que no pp chorou, se estressou em diversos momentos</i>	<i>Acho que o medo era tanto quando eu imaginava que foi pior ainda. O q foi pior? Foi de ouvir a médica olhando para a minha cara e falando faz força</i>	<i>Mais marcante: A hora que colocaram meu filho em cima de mim. Quando eu vi que ele tinha os 20 dedinhos, tudo perfeito O que diria: Não grite. Não grite, respire fundo, solta todo o ar devagarzinho, e não se desespere que logo passa. Pq não gritar: Uma que incomoda, é horrível, ninguém tá morrendo tá dando vida a um bebê.</i>
T (s/doula)	<i>Foi uma gestação boa, feliz, alegre não sentia dor Refere que não se alimentava bem e fiquei com receio dele nascer fraquinho,</i>	<i>Quando sai do hospital de ambulância sai chorando, Depois que minha mãe foi embora fiquei meio triste,</i>	<i>Eu estava muito triste na hora que eu estava sentindo dor Eu queria ficar no lugar onde tinha gente</i>		<i>Eu me impressionei na hora que eu fiz força eu vi ele saindo,, eu vi ele saindo na mão dela. O que diria: Ah, pra você se pegar muito com Deus nessa hora! Pedir muito pra Ele te dar um bom parto, que não é fácil Fácil não é, não adianta a gente adianta a gente dói, é dolorido. Pra gente pôr um filho no mundo Ele te ajuda. Eu chamei tanto. Ele é o único que pode... nem os médicos podem te dar uma força nessa hora da dor</i>

Anexo IV

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (11) 3081-2451/3066-7702/3066-7703/3066-7773
Fax: (11) 3085-0240
e-mail: hsm@fsp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: O suporte institucional à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto

Pesquisador responsável: Ana Verônica Rodrigues Silva

Orientador : Prof. Titular Arnaldo A. F. de Siqueira

A pesquisa tem como objetivo descrever a relação que se estabelece entre a parturiente e os funcionários e voluntários da maternidade durante o trabalho de parto e o parto. Para isto pretendo entrevistar as parturientes, os funcionários e voluntários buscando conhecer melhor o assunto. e, assim, trazer contribuições para a melhoria do apoio às mulheres no momento do parto.

Informo que o depoimento será gravado em fita cassete ou anotado por escrito e, logo após, este será submetido à sua apreciação para conferência e autorização em torná-lo disponível a consultas.

Informo ainda que os dados como nome ou qualquer outro que possam identificá-la(o) não serão anotados na transcrição e nem publicados a fim de assegurar o seu direito à privacidade. Também fica assegurado o direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem que haja prejuízos.

Qualquer dúvida existente sobre a pesquisa, será respondida pelo pesquisador responsável durante o trabalho ou através do endereço acima.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistado

Assinatura do orientador

Local

Data