

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA

Infográfico animado como ferramenta de empoderamento das
mulheres no processo de parto e nascimento

RIBEIRÃO PRETO

2023

YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA

Infográfico animado como ferramenta de empoderamento das
mulheres no processo de parto e nascimento

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no
ciclo vital

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria José Clapis

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Siqueira, Yeda Maria Antunes
Infográfico animado como ferramenta de empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento.
Ribeirão Preto, 2023.
207 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Pública.
Orientadora: Maria José Clapis

1. Emoções. 2. Parto humanizado. 3. Empoderamento. 4. Rede Social. 5. Filme e Vídeo Educativo.

SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes

Infográfico animado como ferramenta de empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico essa tese às mulheres que compartilharam comigo seus sentimentos e vivências nesse estudo e ao longo de minha vida.

Às minhas filhas Ana Laura e Luísa, que me ensinaram a ser mãe e é por elas que luto por um mundo melhor para todas as mulheres.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria José Clapis que me acompanhou nesse projeto. Obrigada por seu carinho, dedicação e compreensão. A pandemia nos afastou do convívio presencial, mas nos aproximou de nossas vidas de verdade quando abrimos nossas casas, mesmo que de forma on-line, para nossos encontros. Presenciamos muitas mudanças em nossas vidas, minhas meninas cresceram, Professora Zezé mudou de cidade, ganhou um netinho... Isso vai fazer parte da nossa história. Obrigada por tudo!

Ao IFSULDEMINAS por todo suporte disponibilizado para que eu pudesse desenvolver esse projeto e concluir minha tese.

Ao Sigelberto, meu marido, companheiro de vida, por estar sempre junto e me apoiando no que eu precisar.

À Ana Laura e Luísa por terem dividido a mãe delas com uma pilha de papéis, livros, reuniões, entrevistas... Não foi fácil conciliar a alfabetização on-line da Luísa, a adolescência da Ana Laura com a pandemia e essa pesquisa, mas deu certo para todas nós. Mulheres empoderadas empoderaram outras mulheres e meninas, e assim nós somos!

À Ana Elisa, minha sobrinha linda, que esteve sempre me apoiando, me ajudando no processo de construção e idealização do projeto de pesquisa. Não sei o que seria de mim se eu não tivesse uma “personal Jornalista” para me orientar.

Ao Professor Diogo Rógora Kawano e à Cindi Santos Nascimento por transformarem os resultados dessa pesquisa em infográficos maravilhosos.

À Professora Fabiana Villela Mamede por acreditar em meu projeto e me ajudar a colocá-lo em prática. Sua análise e apontamentos foram muito importantes para a consolidação do trabalho que desenvolvemos. Muito obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. O presente trabalho foi realizado com apoio da CAPES. Código de Financiamento 001.

RESUMO

SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes. Infográfico animado como ferramenta de empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O parto é um momento de grande relevância para as mulheres sendo construído e moldado pelos valores sociais, culturais e históricos de cada sociedade ao longo da vida, mas cuja percepção é singular. O estudo tem como pressuposto que as mulheres não verbalizam seus reais sentimentos sobre a vivência do parto, em virtude da estrutura social e cultural que permeia o campo da maternidade. É a partir desse contexto que essa pesquisa visa compreender os sentimentos das mulheres acerca de seus partos, a interferência da construção social do papel da mulher na capacidade de expressarem esses sentimentos e o potencial de apoio das redes sociais enquanto espaço de escuta, discussão, troca de experiências, conhecimento e empoderamento das mulheres no processo de nascimento. O objetivo é desenvolver infográficos animados que apresentem os sentimentos das mulheres acerca do nascimento de seus filhos e a interferência da sociedade e/ou pessoas de seu convívio na capacidade de expressão desses sentimentos e que esse seja uma ferramenta para fortalecer e empoderar as mulheres no processo de parto e nascimento. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas metodológicas, sendo um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, tendo a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e o Paradigma da Complexidade o referencial teórico e um estudo de aplicação com a construção dos infográficos animados. A primeira etapa do estudo deu origem a três diagramas. O primeiro apresenta os sentimentos vivenciados pela mulher, evidenciando que eles são distintos e antagônicos, mas apesar de serem reciprocamente excludentes eles se complementam. O segundo reflete a percepção das mulheres com relação à capacidade de expressar seus sentimentos e como a sociedade e/ou seus familiares e amigos podem interferir nesse processo. O terceiro discute a ideia reforçada pelo imaginário coletivo e pelos padrões sociais que associam a felicidade da mãe tão somente à saúde e bem-estar do bebê, independente de suas vontades e sentimentos. O estudo descritivo deu base e sustentação para o desenvolvimento da segunda etapa do estudo com a construção dos infográficos animados que tem como temas os sentimentos experimentados pelas mulheres e a assistência obstétrica como geradora de sentimentos, conflitos, incertezas e inseguranças. O primeiro infográfico aborda os sentimentos vivenciados pelas mulheres e o segundo traz a assistência obstétrica pautada nas melhores práticas baseadas em evidências. Esse estudo mostra que a mulher está fortemente ligada aos padrões e regras da sociedade, mas que elas desejam quebrar esses paradigmas, serem mais atuantes e ativas em seus partos, e que suas escolhas e decisões sejam respeitadas. Ficou evidente que elas sentem necessidade de expressar o turbilhão de sentimentos que o parto e o puerpério despertam, mas não são compreendidas ou acolhidas da maneira como gostariam. A família acolhe, mas não apoia integralmente. A sociedade julga e condena. Há falta de acolhimento e distancia por parte dos profissionais de saúde. Os médicos não respeitam suas escolhas e decisões e se mantêm no comando do parto. A mudança nesse padrão passa pelo desenvolvimento de três pilares: conhecimento, empoderamento feminino e políticas públicas.

Palavras-chave: Emoções. Parto humanizado. Empoderamento. Rede Social. Filme e Vídeo Educativo

ABSTRACT

SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes. Animated infographic as a tool to empower women in the labor and birth process. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Childbirth is a moment of great relevance for women, being constructed and shaped by the social, cultural and historical values of each society throughout life, but whose perception is unique. The study assumes that women do not verbalize their real feelings about the experience of childbirth, due to the social and cultural structure that permeates the field of motherhood. It is from this context that this research aims to understand the feelings of women about their births, the interference of the social construction of the role of women in the ability to express these feelings and the potential support of social networks as a space for listening, discussion, exchange of experiences, knowledge and empowerment of women in the birth process. Social networks have provided space for discussion and exchange of experiences, allowing them to expose their feelings. The objective is to develop animated infographics that present women's feelings about the birth of their children and the interference of society and/or people they live with in the ability to express these feelings and that this is a tool to strengthen and empower women in the process of labor and birth. The research was developed in two methodological stages, being an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, using Grounded Theory as a methodological framework and the Complexity Paradigm as a theoretical framework, and an application study with the construction of animated infographics. The first stage of the study gave rise to three diagrams. The first presents the feelings experienced by the woman, showing that they are distinct and antagonistic, but despite being reciprocally exclusive, they complement each other. The second reflects the women's perception regarding the ability to express their feelings and how society and/or their family and friends can interfere in this process. The third discusses the idea reinforced by the collective imagination and by social standards that associate the mother's happiness solely with the baby's health and well-being, regardless of her wishes and feelings. The descriptive study provided the basis and support for the development of the second stage of the study with the construction of animated infographics that have as themes the feelings experienced by women and obstetric care as a generator of feelings, conflicts, uncertainties and insecurities. The first infographic addresses the feelings experienced by women and the second brings obstetric care based on evidence-based best practices. This study shows that women are strongly connected to society's standards and rules, but that they want to break these paradigms, be more active in their births, and that their choices and decisions are respected. It was evident that they feel a great need to express the whirlwind of feelings that childbirth and the puerperium arouse, but they are not understood or welcomed the way they would like. The family welcomes, but does not fully support. Society judges and condemns. There is a lack of reception and distance from health professionals. Doctors do not respect their choice and decisions and remain in charge of childbirth. The change in this pattern involves the development of three pillars: knowledge, female empowerment and public policies.

Keywords: Emotions. Humanizing Delivery. Empowerment. Social Networking. Instructional Film and Video.

RESUMEN

SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes. Infografía animada como herramienta para empoderar a la mujer en el proceso de parto y nacimiento. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El parto es un momento de gran relevancia para la mujer, siendo construido y moldeado por los valores sociales, culturales e históricos de cada sociedad a lo largo de la vida, pero cuya percepción es única. El estudio asume que las mujeres no verbalizan sus sentimientos reales sobre la experiencia del parto, debido a la estructura social y cultural que impregna el campo de la maternidad. Es a partir de este contexto que esta investigación tiene como objetivo comprender los sentimientos de las mujeres sobre sus nacimientos, la interferencia de la construcción social del rol de la mujer en la capacidad de expresar estos sentimientos y el apoyo potencial de las redes sociales como un espacio para escuchar, discusión, intercambio de experiencias, conocimiento y empoderamiento de la mujer en el proceso del parto. Las redes sociales les han brindado espacios de discusión e intercambio de experiencias, permitiéndoles exponer sus sentimientos. El objetivo es desarrollar infografías animadas que presenten los sentimientos de las mujeres ante el nacimiento de sus hijos y la injerencia de la sociedad y/o personas con las que conviven en la capacidad de expresar estos sentimientos y que esta sea una herramienta para fortalecer y empoderar a las mujeres en el proceso. del trabajo de parto y del nacimiento. La investigación se desarrolló en dos etapas metodológicas, siendo un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, teniendo como referencia metodológica la Grounded Theory y el Paradigma de la Complejidad como referencia teórica, y un estudio de aplicación con la construcción de infografías animadas. La primera etapa del estudio dio lugar a tres diagramas. El primero presenta los sentimientos vividos por la mujer, mostrando que son distintos y antagónicos, pero a pesar de ser recíprocamente excluyentes, se complementan. El segundo refleja la percepción de las mujeres sobre la capacidad de expresar sus sentimientos y cómo la sociedad y/o sus familiares y amigos pueden interferir en este proceso. El tercero discute la idea reforzada por el imaginario colectivo y por los estándares sociales que asocian la felicidad de la madre únicamente con la salud y el bienestar del bebé, independientemente de sus deseos y sentimientos. El estudio descriptivo sirvió de base y soporte para el desarrollo de la segunda etapa del estudio con la construcción de infografías animadas que tienen como tema los sentimientos vividos por la mujer y la atención obstétrica como generadora de sentimientos, conflictos, incertidumbres e inseguridades. La primera infografía aborda los sentimientos experimentados por las mujeres y la segunda trae atención obstétrica basada en mejores prácticas basadas en evidencia. Este estudio muestra que las mujeres están fuertemente conectadas con las normas y reglas de la sociedad, pero que quieren romper esos paradigmas, ser más activas en sus partos y que sus elecciones y decisiones sean respetadas. Era evidente que sienten una gran necesidad de expresar el torbellino de sentimientos que despierta el parto y el puerperio, pero no son comprendidas ni acogidas como quisieran. La familia da la bienvenida, pero no apoya completamente. La sociedad juzga y condena. Falta acogida y distanciamiento de los profesionales sanitarios. Los médicos no respetan sus elecciones y decisiones y quedan a cargo del parto. El cambio de este patrón pasa por el desarrollo de tres pilares: conocimiento, empoderamiento femenino y políticas públicas.

Palabras clave: Emociones. Parto Humanizado. Empoderamiento. Red Social. Película y Video Educativos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Demonstrativo do número de acessos ao Formulário de Perguntas.....	38
Figura 1	Representação gráfica do processo de seleção da amostra.....	39
Quadro 2	Relação de data e tempo de duração de cada entrevista.....	43
Quadro 3	Análise utilizando a técnica FlipFlop.....	45
Quadro 4	Codificação axial segundo modelo da TFD (formando subcategorias e categorias).....	46
Figura 2	Esquema representando a consolidação dos conceitos aplicados por Horn e Twyman definindo o termo Linguagem visual.....	48
Quadro 5	Apresentação dos aplicativos e sites utilizados na construção dos infográficos.....	50
Diagrama 1	Ser mãe não é fácil.....	65
Diagrama 2	Eu falo! Você me escuta?.....	92
Diagrama 3	O que importa é o filho nascer bem?.....	99
Diagrama 4	Emoções, sentimentos e sentidos.....	113
Diagrama 5	Esquema de desenvolvimento do Paradigma da complexidade.....	116
Figuras 3 a 127	Telas do Infográfico animado 1.....	129
Figuras 128 a 162	Telas do Infográfico animado 2.....	147

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição geográfica das participantes do estudo.....	53
Tabela 2	Perfil epidemiológico das participantes.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EERP-USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

ENSP-FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

EPS – Educação Permanente em Saúde

FAB – Força Aérea Brasileira

HD EXTERNO – Hard Disk

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

RN – Recém-nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TAUID – Termo de Autorização do Uso de Imagens e Depoimentos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UNIFAL – MG – Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais

USP - Universidade de São Paulo

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral.....	26
2.2	Objetivos específicos.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	33
4.1	Teoria Fundamentada nos Dados.....	33
4.1.1	Atrizes sociais.....	36
4.1.2	Aspectos éticos.....	40
4.1.3	Coleta de dados.....	40
4.1.4	Análise dos dados.....	43
4.2	Desenvolvimento do infográfico animado.....	46
4.2.1	Concepção.....	49
4.2.2	Execução.....	50
4.2.3	Acabamento.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Resultados gerais do Formulário de Perguntas do Google.....	52
5.2	Resultado - Recorte das participantes do estudo - Questionário semi estruturado.....	54
5.3	Apresentação das atrizes sociais.....	55
5.4	Diagramas.....	65
5.4.1	Diagrama 1 – Ser mãe não é fácil.....	65
5.4.1.1	Categoria: Dualidade.....	66
5.4.1.1.1	Subcategoria 1: Sentimentos.....	66
5.4.1.1.2	Subcategoria 2: Idealização x realidade: como lidar com um projeto que não deu certo?	75
5.4.1.1.3	Subcategoria 3: Causas e efeitos.....	84
5.4.2	Diagrama 2 – Eu falo! Você me escuta?	91
5.4.2.1	Categoria: Eu quero falar...Quem está disposto a me ouvir?.....	93
5.4.2.1.1	Subcategoria 1: Parece que a gente não pode sofrer as dores da gente.....	93
5.4.2.1.2	Subcategoria 2: Não é tudo que eu quero/posso falar.....	94
5.4.3	Diagrama 3 – O que importa é o filho nascer bem?.....	99
5.4.3.1	Categoria: O que importa é ter segurança e conforto para os dois... 100	
5.4.3.1.1	Subcategoria 1: O que é nascer bem? Quem define isso?.....	101
5.4.3.1.2	Subcategoria 2: O bebê não nasce sozinho! Mãe e filho estão juntos nesse processo.....	105
5.5	Categoria central: Emoções, sentimentos e sentidos	112

6	TECENDO SENTIMENTOS, COSTURANDO POSSIBILIDADES E APRESENTANDO SOLUÇÕES.....	115
6.1	Conhecimento.....	120
6.2	Políticas Públicas.....	122
6.3	Empoderamento.....	124
6.4	A enfermagem como agente de transformação no cenário obstétrico contemporâneo.....	125
7	INFOGRÁFICO ANIMADO.....	128
7.1	Infográfico animado 1 – Porque ir atrás do parto humanizado? A dualidade: a mulher antes e depois do parto.....	129
7.2	Infográfico animado 2 – Parto humanizado: o que tem de diferente?.....	146
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	Referências.....	158
	Anexos.....	169
	Anexo I – Parecer Consubstanciado.....	169
	Apêndices	173
	Apêndice I – Produção Publicitária	173
	Apêndice II – Formulário de Perguntas do Google.....	174
	Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	181
	Apêndice IV – Termo de autorização do uso de imagem e depoimentos	183
	Apêndice V – Carta de Agradecimento.....	184
	Apêndice VI – Mapa de Empatia.....	185
	Apêndice VII – Roteiro de construção dos infográficos.....	190

1 INTRODUÇÃO

O parto é um momento esperado pelas mulheres e que vai sendo definido a partir de significados constantemente construídos e reconstruídos pela cultura local, bem como pelas experiências vivenciadas por elas mesmas (TOSTES, 2016). Trata-se de um evento cultural, moldado por valores sociais e históricos de uma dada sociedade, sendo que as características culturais, religiosas, étnicas e de classe social são preponderantes para definir essa experiência (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

“*O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado*”. Todo o conhecimento e experiências adquiridos são o reflexo das vivências de seus ancestrais, que vão cumulativamente sendo repassados pela família e os amigos/sociedade, o que determina a cultura e a estrutura social daquele grupo (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p.417).

Esses sentimentos e valores compartilhados entre famílias e sociedade fazem da gestação e parto um evento de extrema relevância na vida da mulher (OLIVEIRA et al., 2011). Esse momento pode ser considerado como um período de adaptação da mulher no cumprimento de tradições e costumes definidos ao longo das gerações (CAMPOS et al., 2014). Representa uma transição que envolve mudança de papéis familiares: de mulher e filha para o lugar de mãe (PIO; CAPEL, 2015).

Habitualmente a aprendizagem sobre a gestação e o parto é construída de forma empírica, baseada nas histórias perpassadas de geração em geração e pautadas muitas vezes, em histórias de gestações difíceis e partos complicados. Essas experiências familiares tem um grande peso no processo de escolha e decisão das mulheres no tocante à gestação e parto (CAMPOS et al., 2014).

As influências culturais interferem no comportamento da mulher, principalmente na compreensão do parto como um momento de dor e sofrimento que está associado ao rito de ser mãe, que tem na abnegação e sacrifício o auge dessa transformação. E ao atingirem o final desse processo, as mulheres demonstram alívio pela superação da dor e a alegria de terem seus bebês nos braços. Apesar disso, a vivência do parto e a percepção sobre ele é singular (OLIVEIRA et al., 2010).

Em virtude da dominação masculina as mulheres se apossam de características socialmente construídas, que associam o “*ser mulher*” a serem atenciosas, discretas, contidas e submissas. Essas características da “*alma feminina*”, percebidas como naturais, a impelem de impor resistência aos saberes constituídos, e com isso, não tem espaço para exercitar sua autonomia durante o parto (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p.743).

Por não conhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos as mulheres tem muita dificuldade de serem protagonistas nas decisões sobre o próprio corpo. Essa postura passiva reforça o modelo biomédico e intervencionista, principalmente quando essas mulheres aceitam com resignação as condutas impostas. Ao aceitarem com resignação seu papel, socialmente imposto, as mulheres permitem que os profissionais de saúde hajam de forma opressiva e controladora, destituindo-as do poder decisório e limitando a expressão de suas vontades (BRANDT et al., 2018).

A violência do parto, estruturada pelo modelo tecnocrático hegemônico, vem provocando transformações nas relações humanas, que são constantemente subjugadas pela tecnologia. Com isso, a assistência tende a ser desumanizada, com pouca atuação da mulher, que assume um papel passivo ao comando dos profissionais (SANTOS; CARNEIRO; SOUZA, 2018).

Esse modelo de atenção, significado por valores e crenças, é refletido e determina o papel das mulheres no mundo e como seus partos devem ser vivenciados, não lhes sendo permitida a possibilidade da “dúvida e da fala” (GRIBOSKI et al., 2006).

Os partos e nascimentos passaram por inúmeras mudanças ao longo das últimas décadas, que interferiram diretamente na maneira da sociedade observar esse momento. O parto, antes evento familiar e de domínio feminino, transformou-se a partir da metade do século passado para um evento médico, hospitalar, caracterizado por intensa medicalização, desrespeitos às experiências e escolhas da mulher. Com essas mudanças, o parto que era o desfecho fisiológico da gestação passou a ser considerado patológico, e o corpo da mulher incapaz de desencadear naturalmente esse processo. Essas transformações ocorreram de forma tão rápida e intensa que foram capazes de mudar os padrões culturais dos partos e nascimentos (DINIZ, 2005; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Acompanhando essas mudanças no cenário de assistência ao parto, no Brasil, mais de 98% dos nascimentos acontece em ambiente hospitalar (DATASUS, 2023)¹. Apesar dos dados estatísticos serem tão elevados para esse tipo de parto, esta não é a escolha inicial de algumas mulheres que gostariam de parir em outros locais. No entanto, a rede de serviços de saúde não proporciona escolhas para as gestantes, e as mulheres, na grande maioria das vezes, precisam se adequar às indicações dos profissionais que as atendem ou a estrutura de referência e contra referência municipal.

¹ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Apesar dessa transformação cultural construída ao longo de décadas com relação aos partos, muitas gestantes, parturientes e casais grávidos se contrapõem a esse padrão cultural ao questionarem os métodos intervencionistas da medicina contemporânea e buscarem por partos mais naturais (CARNEIRO, 2012).

Ao longo das últimas décadas as unidades hospitalares vêm buscando desenvolver mudanças no modelo assistencial predominante, mas os partos hospitalares ainda são caracterizados por rotinas que impedem que a mulher receba uma atenção individualizada e centrada em suas necessidades (RODRIGUES, 2017).

Esse modelo intervencionista pode ser um dos motivos de insatisfação das mulheres com relação ao nascimento de seus filhos. Salgado (2012) apresenta que é crescente em todo o mundo o número de mulheres que se dizem insatisfeitas com o nascimento de seus filhos, seja por não terem tido o parto normal conforme desejavam ou por terem sido submetidas a uma cesariana indesejada.

As mulheres deveriam ter uma assistência ao parto singular e dinâmica, pautada em suas necessidades, crenças e preferências. Além de terem suas vontades, medos e expectativas ouvidas, acolhidas e respeitadas (RODRIGUES, 2017).

No entanto, pouco se sabe sobre os sentimentos, pensamentos e como as mulheres “vivem” em seus corpos o processo de nascimento e parto.

Apesar da variedade de estudos realizados acerca da temática de assistência ao parto, a maioria das pesquisas tem como foco relatos de mulheres atendidas por profissionais que respeitaram ou não as práticas de assistência humanizada, sem se preocuparem com a análise dos sentimentos dessas mulheres (OLIVEIRA et al., 2010).

Dessa forma, a visão que prevalece é a de que as mulheres se colocam como um veículo para proporcionar o nascimento de seus bebês. Para atingir o sucesso do parto e nascimento elas permitem que seus corpos sejam invadidos, medicalizados e controlados por acreditarem que esse é o processo natural (GRIBOSKI et al., 2006).

Nesse contexto, como o que importa é o nascimento do bebê, o sucesso é esperado por ela e por todos, distanciando a mulher do próprio parto, como se o seu corpo não lhe pertencesse (GRIBOSKI et al., 2006).

Tostes e Seidl (2016, p.689) ao perguntarem para suas entrevistadas sobre as expectativas para o momento do parto na perspectiva de “*parto como um momento de felicidade*”, 44,5% (n=8) delas associou a possibilidade de “*pegar o bebê nos braços*” como uma situação agradável. As pesquisadoras consideraram que o processo do parto não era o foco principal das mulheres, e apenas o meio de atingirem o objetivo que era ter acesso ao bebê.

Nesse sentido, muitas mulheres, apesar de reconhecerem que foram submetidas a situações negativas e até mesmo violentas, tem uma satisfação tão grande em “*estar com o bebê são e salvo no colo*” que conseguem apagar tudo o que foi negativo nesse momento (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p.7).

A banalização do cuidado obstétrico, as condutas desnecessárias e estereotipadas são muitas vezes até esperadas pelas mulheres, que também as consideram necessárias ao processo. Nesse contexto, as usuárias encontram dificuldades em criticar o atendimento e os maus tratos recebidos, pois ao final do atendimento as mesmas se sentem aliviadas e agradecidas pelo nascimento de um bebê saudável. Fato esse que na visão das mesmas compensaria os momentos de tristeza e descuido (GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019).

Esse momento que compreende a transição entre o alívio da dor e o reconhecimento do valor do filho é percebido pela mulher como o resultado do próprio sucesso, havendo assim, a superação dos eventos negativos vivenciados (REIS et al., 2017).

Uma revisão sistemática composta por 29 estudos analisou a relação entre a dor e a satisfação das mulheres com relação ao parto. A autora mencionou que é um senso comum entre os profissionais, comentários do tipo “*o que realmente importa é que mãe e bebê sejam saudáveis; a satisfação com a experiência do parto é de importância secundária*”. E essa fala retrata uma interpretação precisa dos achados da pesquisa desenvolvida por ela (HODNETT, 2002, p.160).

Corroborando com esse conceito, para as entrevistadas de Rezende (2015) a gestação não se referia apenas ao período em que esperavam seus bebês e os reconheciam como “filhos”, era também um período em que precisavam mudar suas vidas e rotinas para cuidar deles. Mesmo que essas mudanças pudessem ser percebidas como difíceis ou custosas, elas se viam no papel de sacrificar-se em virtude dos filhos, pois esta é a conduta moral fundamental da maternidade.

O mesmo sentimento é evidenciado nas narrativas das participantes do estudo de Hodnett (2002), onde observamos o poder que o sujeito “filho bebê” exerce no cotidiano da mulher. É por ele que as mulheres passam por desconfortos físicos, mudanças emocionais, alterações na rotina de trabalho, na alimentação, hábitos de exercício e cuidados estéticos. E é também em nome deles que as mulheres são capazes de abrir mão do parto desejado.” (HODNETT, 2002).

O termo sofrimento social, descrito primeiramente por Dejours (1993 *apud* VISINTIN; AIELLO-VAISBERG, 2017, p.99) tem sido utilizado na maternidade para definir sentimentos como angústia e culpa inerente a esse momento. Esses sentimentos são prevalentes

nas definições socioculturais acerca da maternidade, visto que os padrões projetados e idealizados pelos indivíduos comumente não correspondem à realidade cotidiana (VISINTIN; AIELLO-VAISBERG, 2017).

Mas a visão da mulher que se arrisca em prol da continuidade da vida é perpetuada e proporciona a essa mulher certa “*consagração na comunidade*” (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p.415).

Socialmente todos esperam que as mulheres sejam boas filhas, esposas e mães, e o conceito de ser “boa mãe” está diretamente relacionado à capacidade dessa mulher suprir às necessidades desse filho.

Mas nem sempre cumprir esse ideal de mãe que se sacrifica pelo filho, ainda que reconhecido como moralmente válido, é tarefa fácil de ser abraçada na vida real (REZENDE, 2015).

Todas as mulheres-mães, independente das barreiras de classe, raça, cultura e religião sofrem influências das exigências socialmente definidas com o padrão de “boa mãe”. E essa sociedade, organizada de forma opressora, discriminatória, autoritária e preconceituosa, não se omite em causar sofrimento a essas mulheres que se tornaram mães e que de certa forma transgridem as regras do imaginário coletivo construído acerca do processo da maternidade (VISINTIN; AIELLO-VAISBERG, 2017).

O imaginário coletivo reforça a ideia de que a grande satisfação da mulher com o parto está ligada tão somente à presença do bebê nos braços.

No entanto, além dos sentimentos de alegria e satisfação, a mulher vive também situações de medo, ansiedade e frustração. Algumas mulheres tendem a não reclamar ou opinar sobre o atendimento durante o trabalho de parto e parto, seja por medo ou por estarem vivenciando um momento de felicidade (OLIVEIRA et al., 2010).

Mas outras mulheres têm necessidade de falar sobre seus momentos de angústia, medo, tristeza e frustração vivenciados durante o parto e nem sempre encontram espaço para esse desabafo (OLIVEIRA et al., 2010).

Estudo realizado com 20 parturientes residentes no interior da Bahia analisou o conhecimento delas sobre a violência obstétrica, e as autoras apontam que as mulheres possuem pouco conhecimento acerca da temática, mas a maior parte das entrevistadas referiu que não há espaço para diálogo e escuta ativa na instituição onde foram atendidas e que dessa forma, as escolhas delas no processo de parto ficaram prejudicadas (NASCIMENTO et al., 2019).

Outro estudo que analisou a violência obstétrica através de trabalhos áudio visual (vídeos e fotografias) trouxe também a queixa das mulheres pela falta de espaço e oportunidade de falar sobre seus sentimentos. Em um projeto fotográfico analisado, algumas frases são apresentadas, das quais destaco duas: “O dia em que minha filha nasceu foi o dia em que me senti mais sozinha no mundo” e “Doi contar, mas ao mesmo tempo é ótimo poder desabafar para as pessoas que eu sei que não vão me dizer que estou exagerando” (FARIAS, 2015).

A naturalização do sofrimento causado às mulheres durante o trabalho de parto e parto levam as pessoas a desacreditar e silenciar as queixas das mesmas (FARIAS, 2015).

A possibilidade de contar a história vivida e falar sobre o parto é visto pelas mulheres como uma forma de alívio. Falar sobre seu sofrimento pode ser compreendido como um processo de cura através da vocalização das violações (LANGE, 2015).

Atualmente, as mulheres têm encontrado esse espaço, de fala e escuta, nas mídias digitais.

Buscando quebrar esse cenário, onde as mulheres são silenciadas e invisibilizadas, as ferramentas virtuais tem desempenhado um papel importante no processo de resistência, garantindo às mulheres espaço para discussão, luta pela garantia de direitos e principalmente, interação entre as mesmas (GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019).

O espaço virtual é um ambiente que pode propiciar discussões e diversas atuações para que as mulheres possam ter acesso a informações e compartilhar experiências. É um campo ainda pouco explorado, mas que tem a capacidade de gerar uma rede integrada de bem-estar, autonomia e conhecimento para mães e futuras mães (FARIAS, 2015; GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019).

Para Pierre Lévy (2002 *apud* GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019, p. 51) as comunidades virtuais são uma nova forma de se fazer sociedade e está relacionada mais com a troca de experiências do que com a definição de laços.

Apesar da comunicação mediada pela internet ainda ser considerada um fenômeno recente, ela tem um papel de destaque e relevância, pois garante ao usuário a possibilidade de não ser apenas um receptor de informação, mas também de proporcionar a integração entre os indivíduos (SENA; TESSER, 2017).

No âmbito da saúde, desde 2008 o Ministério da Saúde vem utilizando dessas ferramentas para o desenvolvimento de ações. Um exemplo é a Rede Humaniza SUS que promove o encontro, a troca, o conhecimento, a expressão livre, a escuta sensível entre pessoas interessadas ou envolvidas com a temática de humanização da gestão do cuidado no SUS. É

uma rede de colaboração que visa à inclusão e participação dos indivíduos no centro das discussões sobre o cuidado humanizado. Esse canal está disponível no site institucional e também nas redes sociais como o Facebook².

Quando o assunto é a saúde, os ciberespaços são dominados pelo público feminino, que considera a internet um dos principais meios de comunicação. O acesso das mulheres às mídias digitais já está sendo utilizado pelos atores políticos globais, que acreditam que essa é uma ferramenta excelente de empoderamento feminino (SENA; TESSER, 2017).

Ciberespaços como sites e blogs são redes sociais e coletivas que podem promover um produtivo espaço de discussão e inter-relação entre autores e os usuários (GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019).

As ferramentas digitais facilitam a comunicação entre as mulheres, sendo uma estratégia importante no processo de combate à violência obstétrica, pois pode dar visibilidade a esse agravo (GARCIA JÚNIOR; CECCON; CRUZ, 2019).

Atualmente o Facebook tem possibilitado a interação das mulheres na discussão de inúmeros temas, incluindo a assistência ao parto. Por meio de postagens individuais ou em grupos, as mulheres encontram espaço para expor suas experiências e ajudar outras mulheres que passam por situações semelhantes (PAULETTI; RIBEIRO; SOARES, 2020).

Dessa forma, essa mídia virtual pode ser utilizada no intuito de fortalecer a participação das mulheres, em todos os âmbitos da sociedade, promovendo troca de conhecimentos e experiências, empoderando-as no que diz respeito aos seus direitos e principalmente transformando a realidade de assistência ao parto impulsionada pela pressão e resistência que um grupo coeso pode promover (PAULETTI; RIBEIRO; SOARES, 2020).

Pesquisa recente analisou os grupos no Facebook que discutiam a violência obstétrica na rede. As autoras selecionaram nove grupos no Brasil; no entanto, apenas dois estavam ativos (possuíam no mínimo uma publicação nos últimos trinta dias anteriores à coleta de dados). Nenhum dos grupos analisados era composto por profissionais de saúde, o que demonstra uma lacuna, o que torna imperativo a participação dos mesmos nesse cenário, pois com as mudanças do modo como as pessoas buscam informações na atualidade, esse é um campo vasto a ser explorado pelos profissionais de assistência ao parto (PAULETTI; RIBEIRO; SOARES, 2020).

Nessa perspectiva, algumas iniciativas que tem a rede mundial de computadores como pano de fundo vêm sendo utilizadas como ferramenta de combate à violência obstétrica. São

² Disponível em <http://redehumanizasus.net/sobre/>

várias ações de educação, espaço de escuta e empoderamento dessas mulheres, e que tem produzido desde materiais de divulgação a artigos científicos (SENA; TESSER, 2017).

Uma dessas iniciativas deu origem ao documentário “Violência obstétrica: A voz das brasileiras” onde há inúmeros relatos de mulheres que foram cerceadas do direito de expressar seus sentimentos negativos acerca do trabalho parto e parto ou dos cuidados recebidos nesse período, justamente por estarem reclamando de uma situação que aos olhos de todos teve um desfecho adequado, ou seja, mãe e bebê estavam vivos e saudáveis³.

Nesse vídeo podemos identificar falas com sentidos variados como: “*Você não deveria sair do hospital chorando, pois você está saindo daqui inteira*”. Essa fala foi replicada por uma das participantes que ouviu essa argumentação de seu médico que tentou consolá-la pela tristeza de ter sido submetida a uma cesariana indesejada. Ou ainda relatos como: “*A mãe não tem o direito de ficar triste, chorar ou lamentar porque ela está bem e o bebê também [...] Preciso conviver com uma frustração silenciosa*” (Trechos retirados do documentário “Violência Obstétrica: A voz das brasileiras”, 2012).

Essas situações, culturalmente aceitas e banalizadas em nossa sociedade, associadas à vulnerabilidade da mulher durante o parto, podem predispor a violação de seus direitos constitucionais básicos: respeito, autonomia e direito de livre escolha. A violação desses direitos pode acarretar danos emocionais que tem capacidade inclusive de prejudicar tanto a relação mãe-filho como até a estrutura familiar (RODRIGUES, 2017).

Além disso, a violação dos direitos da mulher é considerada uma forma de violência obstétrica podendo ser definida como toda ação, conduta e omissão aos direitos da mulher durante o processo de parto que são expressos por tratamento que desconsidera seus direitos de cidadania, abuso da medicalização e patologização do processo natural (OMS, 2014).

A violência retira do sujeito o direito ao pensamento, sentimentos e desejos. A mulher em vulnerabilidade emocional perde seu protagonismo, “*violentando profundamente o seu ser e sua dignidade*” (CORRÊA; TORRES, 2019, p.2).

Essa violência, muitas vezes consentida, movida pelo medo e subordinação ao profissional ou impossibilidade de ser ouvida para expressar seus sentimentos, acabam sendo esquecidas momentaneamente em virtude da felicidade gerada pelo nascimento de seus filhos (BRANDT et al., 2018).

³ Documentário: “Violência obstétrica: a voz das brasileiras” (2012). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RMfAvfqd9g&t=163s>

É imprescindível que consideremos as mulheres em sua singularidade e subjetividade, e que suas expectativas, preferências e valores sejam respeitados. No entanto, para que isso ocorra é fundamental implementar o cuidado centrado na mulher, garantindo o cuidado personalizado e baseado nas suas necessidades reais (RODRIGUES, 2017).

Para isso, é de grande relevância a realização de estudos que busquem conhecer os sentimentos, desejos e necessidades das mulheres nesse contexto, e que possam subsidiar a estruturação de mecanismos de cuidado, apoio e empoderamento tanto das mulheres quanto dos profissionais que as assistem.

Diante do exposto, o interesse em estudar esse tema surgiu em virtude do resultado da pesquisa que deu origem à dissertação “O fechamento de uma casa de parto na perspectiva das ex-usuárias frente a uma nova gestação”⁴. Nessa ocasião estudamos o impacto do fechamento de uma casa de parto para as mulheres, ex-usuárias desse serviço, que tiveram uma nova gestação ou parto após o encerramento das atividades.

As mulheres que buscavam essa casa de parto estavam interessadas em receber um atendimento mais individualizado e com menos intervenções do que nos partos hospitalares. Por ser um serviço que acolhia as mulheres por demanda espontânea, ou seja, sem a necessidade de serem referenciadas por alguma outra unidade de saúde, o acesso a esse serviço era facilitado e contemplava o interesse dessas mulheres.

Durante as entrevistas, quase todas as mulheres enalteceram e supervalorizaram o atendimento recebido na casa, considerando os partos como “maravilhosos e mágicos”. Apenas uma entrevistada disse que mesmo se a casa estivesse em funcionamento ela não gostaria de ser atendida lá novamente, pois não gostou da forma como o parto foi conduzido.

As demais, quando se viram grávidas e não tinham mais a casa de parto para recorrer, começaram a buscar alternativas para serem atendidas dentro dos padrões que elas consideravam de qualidade e seguros para terem seus bebês, mas elas relataram que tiveram muita dificuldade e insegurança nesse processo.

Quando foram descrever seus partos, a grande maioria os descreveu como ruim, cheio de intervenções e violência, fazendo comparações negativas em relação ao parto humanizado que tiveram na casa de parto. Elas expunham com muita ênfase suas angústias, tristezas e

⁴ SIQUEIRA, Y. M. S. **O fechamento de uma casa de parto na perspectiva das ex-usuárias frente a uma nova gestação**. 2016. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, Alfenas, 2016.

frustração com o parto, mas ao final elas estavam felizes porque havia corrido tudo bem com elas em com o bebê.

Dessa forma, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) que emergiu desse estudo foi “O que importa é o filho nascer bem”.

No entanto, chegar a essa teoria nos trouxe inquietação, pois apesar do estudo mostrar que esse era o retrato fiel do que fomos buscar, mas o sentimento de que poderíamos ter aprofundado mais esse questionamento nos motivou a buscar respostas mais consolidadas para esses questionamentos.

Sob o nosso ponto de vista, prevaleceu a sensação de que apesar das participantes do estudo dizerem que tudo havia ficado bem, a entonação de voz, as expressões faciais e corporais contradiziam essa afirmativa.

Nesse momento temos a oportunidade de buscar resposta para esse questionamento, e também uma possibilidade de dar voz às mulheres para conhecermos seus sentimentos, angústias e desejos, além de perceber o motivo pelo qual elas agem de forma passiva e submissa em relação à violência que sofreram.

Para nos orientar nessa trajetória de pesquisa, definimos as seguintes perguntas norteadoras: Porque as mulheres, apesar de todos os relatos de sofrimento, dor, angústia e frustração, consideram que o resultado final do parto foi bom por que o bebê nasceu bem? Para além de o bebê nascer bem, quais são as expectativas das mulheres sobre o parto?

Para analisarmos essa questão partiremos do pressuposto de que as mulheres não verbalizam seus reais sentimentos sobre a vivência do parto, em virtude da estrutura social e cultural que permeia o campo da maternidade.

Conhecer os sentimentos das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto, em plenitude, nos possibilita como profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, promover novos paradigmas de cuidado, pautados nas necessidades específicas de cada mulher, buscando atendê-la de forma integral e individualizada.

É a partir desse contexto que essa pesquisa adentra o campo das emoções e dos sentimentos das mulheres acerca de seus partos, na possível interferência da construção social do papel da mulher na capacidade de expressarem esses sentimentos e no potencial de apoio das redes sociais enquanto espaço de escuta, discussão, troca de experiências, conhecimento e empoderamento das mulheres no processo de nascimento.

Além disso, podemos desenvolver estratégias de orientação e empoderamento das mulheres, para que as mesmas tenham conhecimento suficiente de seus direitos, e possam

exercer a maternidade de forma segura, consciente e livre de violência, sendo inclusive agentes de transformação na prática assistencial.

E seguindo essa nova tendência de utilização das mídias sociais, o desenvolvimento de plataformas digitais que possam alcançar essas mulheres e servir de subsídio para a educação, empoderamento e socialização das mesmas é de suma importância. E torna-se salutar nesse contexto, a participação ativa dos profissionais de saúde nesse processo, tanto no sentido de auxiliar as mulheres como de transformar o cenário atual de assistência ao parto.

Para alcançar esse objetivo o presente estudo pretende desenvolver infográficos animados e utilizar essa ferramenta como um instrumento pedagógico visando informar e desenvolver o conhecimento das mulheres acerca da temática de assistência ao parto baseada nas melhores evidências científicas disponíveis na atualidade e com isso buscamos fortalecer e empoderar as mulheres no processo de parto e nascimento.

A infografia é uma ferramenta multifuncional, que por utilizar vários elementos gráficos distintos como vídeos, imagens, desenhos em movimentos, textos, sons entre outros recursos interativos, tem a capacidade de tornar compreensíveis temas variados e complexos. Esse tipo de mídia tem sido muito utilizado para a divulgação e informação em saúde, justamente por aproximar conteúdos densos de maneira mais lúdica e divertida para a população (MENDONÇA, 2015).

Em virtude de todos esses elementos, de seu caráter intuitivo, simples e objetivo, a infografia é uma ferramenta que conversa perfeitamente com a linguagem das redes sociais, sendo capaz de levar informação para pessoas dos mais distintos níveis sociais, econômicos e culturais e ser um grande gerador de conhecimento.

Os infográficos animados também são uma ferramenta importantíssima no processo de ensino e aprendizagem, cujo potencial para gerar conhecimento é 6,5 vezes maior do que a leitura de textos sobre o mesmo tema (SCOTT et al., 2016). Dessa forma, buscamos nesse estudo explorar esse potencial e desenvolver os infográficos que serão importantes instrumentos de informação e construção de conhecimento para as mulheres, as fortalecendo e empoderando, para que elas possam ser as protagonistas de seus partos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver infográficos animados que apresentem os sentimentos das mulheres acerca do nascimento de seus filhos e a interferência da sociedade e/ou pessoas de seu convívio na capacidade de expressão desses sentimentos e que esse sejam uma ferramenta para fortalecer e empoderar as mulheres no processo de parto e nascimento.

2.2 Objetivos específicos

Compreender os sentimentos das mulheres acerca do nascimento de seus filhos e como a sociedade e/ou pessoas de seu convívio interferem na sua capacidade de expressar a alegria com o nascimento do bebê e paradoxalmente o sofrimento, abandono, violência e frustração com a assistência recebida;

Desenvolver a linguagem textual do infográfico contendo informações que subsidiarão as mulheres quanto à reivindicação de seus direitos no processo de parto e nascimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizaremos como referencial teórico o Paradigma da Complexidade segundo os princípios de Edgar Morin.

O referencial teórico tornou-se indispensável na realização de estudos na área de saúde, por embasar e fortalecer o desenvolvimento do conhecimento, estabelecendo relações entre o sujeito, objeto e o universo, visto que a saúde, por ser multidimensional, exige que seja compreendida num espectro mais complexo (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020).

Compreendemos que a saúde não consiste tão somente na ausência de doenças, mas é condicionada por fatores diversos como os aspectos culturais, sociais, econômicos, ambientais, comportamentais e biológicos (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020).

Quando se discute a assistência ao parto e todas as facetas que esse fenômeno vislumbra percebe-se também a existência de uma lacuna na construção do conhecimento filosófico que não consegue trazer resposta para os vários aspectos que essa temática desperta. Assim é necessária a utilização de teorias que sejam abertas, críticas e reflexivas, capazes de realizar autocrítica e de transformar-se (SANTOS et al., 2016).

O processo de medicalização do parto trouxe consigo os conceitos da medicina moderna, que utiliza a fragmentação do cuidado como base de atenção. Esse conceito tornou a assistência ao parto impessoal e mecanizada, sem prezar pelas necessidades individuais da mulher. Edgar Morin observa essa mesma fragmentação na pesquisa, que no intuito de simplificar ao máximo os dados para analisá-los, o pesquisador acaba reduzindo-os a categorias, que muitas vezes não se inter-relacionam. Dessa forma, ele acredita que as análises tendem a ser superficiais, sem apresentar as várias possibilidades que determinado fenômeno pode apresentar (MORIN, 2015).

Como pretendemos compreender os sentimentos das mulheres acerca de seus partos, a interferência da cultura na capacidade de expressarem esses sentimentos e o potencial de apoio das redes sociais às mulheres no processo de nascimento e parto, estaremos analisando vários espectros de um mesmo problema, mas que ao se unirem tendem a demonstrar a integralidade. Partiremos do princípio que o conhecimento das partes nos proporciona o conhecimento do todo, observando que essa lógica pode ser inversa.

Essa visão de integralidade e inter-relação vem de encontro aos princípios e propostas do Paradigma da Complexidade que considera que tudo está interligado, dando ao pesquisador inúmeras possibilidades de análise dos dados. Por isso, o paradigma foi eleito como o método/modelo teórico ideal para a análise dessa problemática.

Para Morin a teoria não é o conhecimento, a chegada ou a solução, e sim o processo pelo qual o conhecimento é desenvolvido, é o ponto de partida, a possibilidade de tratar um problema. Todo esse processo, conduzido pela teoria, só tem possibilidade de cumprir seu papel se houver uma intensa atividade mental do sujeito. “*É essa intervenção do sujeito que dá ao termo método seu papel indispensável*” (MORIN, 2013, p.335).

Para o autor, na perspectiva clássica o método é reduzido a um “*corpus de receitas, de aplicações quase mecânicas, que visa a excluir todo sujeito de seu exercício*”. Na perspectiva complexa é exatamente o contrário, o método requer “*estratégia, iniciativa, invenção, arte*”. Com isso, há uma relação recorrente entre teoria e método. O método, construído a partir do modelo teórico, tem a capacidade de transformar a estrutura da teoria (MORIN, 2013, p.335).

E é justamente o conhecimento multidimensional que o pensamento complexo almeja, através da busca pela articulação dos campos disciplinares que são desmembrados pelo pensamento simplificador, que tem por natureza isolar o que separa, ocultar tudo que religa, interage e interfere (MORIN, 2015).

Os limites entre os conceitos são tênues e interligados (*complexus*). Não é possível analisarmos somente o conceito sociológico, o antropológico ou o biológico. Esses conceitos se amplificam, se complexificam. As ciências não são coisas distintas, separadas (MORIN, 2015).

A ciência ocidental foi responsável pela ideia de dissociação entre sujeito e objeto, acreditando-se que o objeto poderia ser melhor analisado sem as interferências do sujeito. Sendo assim, o sujeito é considerado às vezes, “um ruído”, uma deformação, um erro e que deve ser distanciado para favorecer o conhecimento objetivo, ou por vezes um “espelho”, que tão somente reflete uma imagem do universo objetivo (MORIN, 2015).

A complexidade permite, diferente do que a ciência sempre fez, trazer para o centro das discussões o mundo e o sujeito (MORIN, 2015).

Primeiramente a complexidade foi definida como um fenômeno quantitativo, que buscava a análise de interações e interferências entre um grande número de unidades. Mas a complexidade não compreende apenas quantidades de unidades e interações, revela também incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios. “*A complexidade num certo sentido tem sempre relação com o acaso*” (MORIN, 2015, p.35).

Utilizando a analogia de Edgar Morin, no primeiro olhar a complexidade é um tecido (*complexus*: o que está tecido junto) de fibras distintas, mas que inseparáveis constituem o todo, fazendo o contraponto constante entre a unidade e o múltiplo. Olhando mais profundamente

podemos perceber que a complexidade é o resultado das várias ligações e religações, acontecimentos, determinações e acasos que dão origem aos fenômenos (MORIN, 2015).

Mas esse tecido é caracterizado pelo engrama inquietante do emaranhado, coesão, desordem, ambiguidade e incerteza. E o que fazemos com esses traços? Buscamos a ordem, a certeza, a precisão. Fazemos distinção e hierarquizamos ideias. No entanto, todo esse processo pode nos levar a eliminar os outros aspectos do *complexus* e nos deixar cegos (MORIN, 2015).

A dificuldade do pensamento complexo está justamente em reconhecer o “problema” como um fenômeno coeso, inter-relacionado, incerto e contraditório. Para essa análise é fundamental migrar do paradigma reducionista, superficial e unidimensional para o paradigma que identifica sem reduzir, permite fazer associações e análises do todo (MORIN, 2015).

Para tornar esse conceito claro, é importante compreendermos que os termos, complexo e complexidade não são sinônimos. A palavra complexidade refere-se ao incomodo, à confusão e a incapacidade do indivíduo de organizar suas ideias de forma clara e simples. Já o complexo é tudo aquilo que não podemos reduzir a uma ideia simples, resumir em uma palavra-chave (MORIN, 2015).

Nesse sentido, o pensamento complexo busca sempre o conhecimento multidimensional, apesar do mesmo ser inesgotável, visto que um dos axiomas da complexidade é a impossibilidade. Ele ainda tenta fazer a ligação entre os campos disciplinares desmembrados pelo pensamento simplificador. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2015).

Com isso, Morin foge dos “dois clãs antagônicos”: um que simplifica tudo e o outro que só vê as diferenças, e por isso não observa o todo. Ele se sente convicto que a ciência como está posta na atualidade precisa passar por uma reorganização em cadeia (MORIN, 2015).

Neste contexto que emergiu um novo paradigma, o da Complexidade, que vem quebrar a visão hegemônica da ciência ocidental pautada nas ideias de René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642-1726) que consideravam o universo uma máquina determinista perfeita (MORIN, 2015).

O paradigma da complexidade foi alicerçado em sete princípios: reintrodução do conhecimento, sistêmico, retroativo, autonomia-dependência, dialógico, recursivo e hologramático.

O princípio da reintrodução do conhecimento tem origem nos três pilares do pensamento clássico, o da Ordem, o da Separabilidade e o da Lógica Indutivo-Dedutivo-Identitária. O pilar da Ordem está baseado na premissa que por trás de qualquer desordem há sempre uma ordem a ser encontrada. O segundo pilar, o da Separabilidade, parte de dois pressupostos, o da

especialização e hiperespecialização disciplinar e da ideia de que o observador não interfere em sua observação. O terceiro pilar, Lógica Indutivo-Dedutivo-Identitária, define que não é possível definir um fato com apenas uma situação específica (*não podemos determinar que todos os cisnes são brancos somente pelo fato de nunca ter visto um cisne negro*) (SANTOS; HAMMERSCHIMIDT, 2012, p.563).

Esse princípio restaura o papel do sujeito, que deve ser percebido além da singularidade ou diferença. O sujeito está no centro de seu próprio mundo, inserido em um meio cultural em um determinado espaço de tempo. E o objeto deve ser concebido em seu ecossistema, num mundo aberto, em que o conhecimento não é capaz de ocupá-lo integralmente (MORIN, 2015).

Outros componentes importantes para a estruturação do Paradigma da Complexidade são a Cibernética, a Teoria dos Sistemas e a Teoria da Informação.

A Teoria dos Sistemas é muito ampla, visto que toda realidade conhecida pode ser considerada um sistema. Do átomo isolado à galáxia complexa, da célula ao organismo, do indivíduo à sociedade, tudo se enquadra em um sistema. Ela reúne elementos diversos e fecundos (MORIN, 2015).

Essa teoria traduz o conceito de dois princípios da Complexidade, o *Princípio Sistêmico ou Organizacional* e o *Princípio da Autonomia – dependência ou auto-eco-organizador*. O primeiro princípio trabalha com a ideia de que tudo está interligado, um todo que não se reduz à soma. Já o princípio da auto-eco-organizador tem uma relação dependente com o meio ambiente em virtude das relações fortes com o mesmo, mas ao mesmo tempo ele é autônomo e pode manter-se menos isolado. Dessa forma, o ambiente externo faz parte do todo, o sistema não é autossuficiente (MORIN, 2015).

A Cibernética e a Teoria dos Sistemas se inter-relacionam em um ponto comum. A cibernética realiza análise dos sistemas, mas com o conceito de máquina, que mantém sua origem concreta e empírica. Por isso, a cibernética quando reconhece a complexidade, tenta organizá-la em sistemas paralelos, utiliza o conceito de caixa-preta (reconhece o problema, mas o mantém isolado) (MORIN, 2015).

O Princípio Retroativo nasce do conceito da cibernética, que define: “*o efeito pode retroagir para estimular ou fazer regredir a produção de objetos e de serviços.*” Dessa forma, no pensamento complexo, observamos, que a causa age sobre o efeito e esse retroage sobre a causa de maneira informacional, permitindo a autonomia do sistema (MORIN, 2015, p.87).

A Teoria da Informação também tem sua noção nas duas teorias citadas anteriormente. “*A informação é uma noção central, mas problemática*”. Essa ambiguidade relaciona-se ao fato de que pouco pode se falar sobre ela, mas tão pouco pode deixar de levá-la em consideração.

Através da informação é possível acessar a ordem, a desordem e construir o novo. Além disso, a informação tem a capacidade de assumir o papel de organizadora (MORIN, 2015, p.24)

Com a intenção de ajudar a pensar a complexidade do real, Morin estabeleceu os princípios operadores que norteiam esse paradigma: dialógico, recursivo e hologramático.

O Princípio dialógico, mantém a dualidade intrínseca à unidade, relaciona termos que apesar de complementares são também antagônicos. Tomemos como referência a ordem e a desordem, que apesar de suas características dicotômicas, juntas conseguem trazer a organização. Muitas vezes, os fenômenos desordenados são importantes para a produção de fenômenos organizados, contribuindo assim para o crescimento da ordem (MORIN, 2015).

O segundo princípio, o recursivo, trás a ideia de que os produtos e os efeitos são concomitantemente causas e produtores do que é produzido. Se fizermos uma analogia com a sociedade, podemos dizer que os indivíduos produzem a sociedade que por sua vez produz os indivíduos (MORIN, 2015).

O terceiro princípio, o hologramático, traz a ideia do holograma, que no menor ponto da imagem apresenta quase a totalidade das informações do objeto representado. Esse princípio faz um contraponto ao reducionismo, que observa somente as partes e o holismo que só vê o todo.

Os três princípios estão interligados. A ideia hologramática, está ligada à ideia recursiva, que se liga também à ideia dialógica.

Esses princípios norteadores propostos por Edgar Morin reforçam a ideia de que *“o todo está na parte, que está no todo”*. O autor traz como exemplificação para essa citação, o fato de como as relações antropossociais são complexas em virtude de o todo estar na parte, que por consequência está no todo. Pensemos na condição de uma criança, inserida na sociedade. Primeiramente ela passa pelas interdições e injunções familiares, que a orientam com relação aos hábitos de higiene, limpeza, educação e noções básicas. Em seguida, quando um pouco maior, ela recebe as injunções da escola, linguagem e cultura. Com esse exemplo, podemos identificar, que a sociedade enquanto todo está em cada indivíduo (MORIN, 2015, p.75).

Será a partir dos conceitos descritos que iremos caminhar nesse estudo, buscando a análise de todos os lados e interfaces possíveis, para o conhecimento dos reais sentimentos das mulheres acerca do parto e como esse mundo exterior interfere nesse sentimento. Como bem diz Morin, *“Conhecer é produzir uma tradução das realidades do mundo exterior. [...] somos produtores do objeto que conhecemos; cooperamos com o mundo exterior e é essa coprodução que nos dá a objetividade do objeto [...]”* (MORIN, 2015, p. 111).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Essa pesquisa foi desenvolvida em duas etapas metodológicas, sendo um estudo exploratório-descritivo e um estudo de aplicação.

O estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa foi desenvolvido utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e o Paradigma da Complexidade como referencial teórico.

Simultaneamente houve o desenvolvimento de um estudo de aplicação com a criação de um infográfico animado. Para nos embasar nesse processo de criação utilizamos as diretrizes de Horn, Twyman, Tufte e Rajamanickan, que foram compiladas e categorizadas por Carvalho e Aragão (2012).

Para melhor compreensão e entendimento de todos os passos do processo de construção as etapas metodológicas foram apresentadas separadamente.

4.1 Teoria Fundamentada nos Dados

A *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados – TFD) foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967 na obra *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Ambos uniram suas visões filosóficas distintas e trouxeram contribuições muito importantes na construção dessa metodologia (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Strauss tem sua origem acadêmica na University of Chicago e grande conhecimento em pesquisa qualitativa. Ele é um entusiasta das relações humanas e sociais, e gostava de sair a campo para ver o que estava acontecendo. Para ele os dados e conceitos são dinâmicos e existe uma inter-relação entre estrutura-ação-consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Glaser era oriundo da University of Columbia, possuía uma tradição mais sociológica, e pautou seus trabalhos nos conceitos de Paul Lazarsfeld, que era um inovador dos métodos quantitativos. Quando fazia análises qualitativas observou a necessidade de fazer comparações entre os dados para “*identificar, desenvolver e relacionar conceitos*” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.23).

Assim, os dois autores, com perfis acadêmicos distintos e congruentes uniram-se e criaram a teoria.

Posteriormente, Strauss se uniu à Juliet Corbin e promoveram algumas alterações na teoria original.

Juliet Corbin é uma pesquisadora cuja contribuição para o desenvolvimento e fortalecimento da pesquisa qualitativa é reconhecida mundialmente. Ela iniciou sua vida acadêmica na San José, California State University (SJSU), onde era docente na faculdade de enfermagem. No mestrado apesar de se interessar muito pelas metodologias qualitativas, sua

dissertação foi totalmente quantitativa. Sempre foi fascinada pelos estudos realizados por Strauss. No doutorado, no departamento de enfermagem em assistência materno-infantil, buscou realizar algumas disciplinas na sociologia para poder se aproximar de Strauss, mas não obteve sucesso, pois o professor precisou se afastar por motivos de saúde. Somente no pós-doutorado ela conseguiu trabalhar diretamente com Strauss e estudar profundamente a metodologia da TFD. As aulas aconteciam na casa de Strauss, que se recuperava do problema de saúde. Foram 15 anos trabalhando juntos (CISNEROS-PUEBLA, 2004).

Os autores acreditam que a análise qualitativa desenvolvida por eles oferece um conjunto de diretrizes, técnicas e uma metodologia que permite pensar e estudar a realidade social, sem contudo, ser um preceito. Eles se referem “*não à quantificação de dados qualitativos, mas, sim, ao processo não-matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico*” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.24). Esse estudo foi baseado nos procedimentos descritos por esses dois autores (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa baseada nos pressupostos de Strauss e Corbin, é importante a existência de três componentes: os dados, a codificação e os relatórios verbais e escritos.

Na TFD os dados são sistematicamente reunidos e analisados, dando origem a uma teoria, ou seja, a teoria é oriunda dos próprios dados. Por isso, a coleta e análise dos dados, bem como a eventual teoria são muito próximas entre si. Nesse caso, o pesquisador não começa seu estudo com uma teoria preconcebida que define a forma de análise de seus dados, e sim, os resultados surgirão de acordo com o que os dados vão demonstrando (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A principal característica do método é fundamentar conceitos, mas para que esse processo seja profícuo, a capacidade criativa do pesquisador é essencial. Nesse sentido, o pensamento crítico e criativo deve nortear o caminho do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A criatividade deve estar presente e ser utilizada ao nomear categorias, fazer perguntas relevantes e estimulantes, fazer comparações e buscar a essência dos dados brutos desorganizados. Ao realizar uma pesquisa devemos buscar o equilíbrio entre a ciência e a criatividade (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Sendo assim, para obter os dados para o desenvolvimento do estudo, a coleta de dados é uma etapa primordial e indispensável. Então, a formulação da questão de pesquisa deve garantir flexibilidade e liberdade para explorar o fenômeno em profundidade.

A formulação de boas perguntas permite ao pesquisador a construção de conclusões positivas. Para esse processo, o conhecimento acerca da temática, a percepção de lacunas e ser sensível ao que os dados estão mostrando são elementos importantes para o sucesso dessa etapa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Corroborando com as ideias de Edgar Morin, na pesquisa qualitativa o pesquisador é um instrumento de análise, e por isso é salutar que o mesmo mantenha o equilíbrio entre a objetividade e a subjetividade. A objetividade traz uma segurança ao pesquisador de que os resultados representam o problema estudado e que esses dados são imparciais. E a subjetividade está ligada à ciência arte, à capacidade de ser criativo e buscar a construção de uma nova teoria a partir daqueles dados brutos.

Conforme mencionado anteriormente, a coleta e análise dos dados foram realizadas simultaneamente. A utilização de ferramentas analíticas nessa etapa nos permitiu realizar uma análise profunda. O questionamento, utilizado como um processo de fazer boas perguntas foi uma dessas ferramentas.

Outra ferramenta foi a análise crítica dos dados. Essa análise foi desenvolvida “linha a linha”, “palavra a palavra”, atribuindo significado aos achados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Fazer comparações foi também um excelente mecanismo de análise dos dados na TFD. Essas comparações podem ser realizadas entre incidentes ou objetos, buscando similaridades ou paradoxos para classificá-los. Podemos também comparar com base em dados teóricos: conceitos abstratos em busca de conceitos similares (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na comparação teórica podemos utilizar duas técnicas importantes, a técnica *flip-flop* e a comparação sistemática de dois ou mais conceitos. Na primeira, o conceito é analisado “virando-o do avesso” ou “colocando-o de cabeça para baixo”, ou seja, busca-se a análise dos dados por uma perspectiva diferente da habitual, aquela vista primeiramente. Já a segunda teoria, a comparação sistemática, compara um incidente nos dados com outro, levando-se em consideração as experiências do pesquisador ou fontes da literatura. Esse tipo de comparação permite ao pesquisador observar situações que pode ter passado despercebidas a uma primeira análise (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.97).

O processo analítico é dinâmico, fluido e pode ser desmembrado em várias unidades. Ele foi realizado em três etapas de codificação, a aberta, a axial e a seletiva, buscando-se sempre o entendimento da lógica dos dados, principalmente aquela que está escondida por trás da análise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Codificação aberta traz a tona os primeiros conceitos, suas propriedades e dimensões. Nessa etapa, abrimos o texto e colocamos em exposição as ideias, pensamentos e conceitos que

o compõem. É nessa etapa que surgem os primeiros conceitos e a definição primária de categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na Codificação axial há uma relação entre as categorias e subcategorias. Nessa etapa começamos a reorganizar os dados que haviam sido desmembrados. Quando fazemos uma associação entre as categorias e subcategorias, buscamos explicar de forma mais precisa e completa os fenômenos observados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para integrar e refinar a teoria utiliza-se a codificação seletiva. Nessa fase do estudo, os conceitos e categorias não se referem à história de uma pessoa ou uma sociedade, e sim a histórias múltiplas que geram uma unidade conceitual. Dessa forma, os resultados devem ser fieis a essa união e apresentados de maneira integral, e não meramente uma listagem de temas aleatórios (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Com a integração de todos os dados analíticos foi possível estabelecer a Categoria Central, que define o tema principal do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesse estudo, a categoria central busca construir um modelo teórico que apresente os sentimentos vivenciados pelas mulheres e a relação da cultura na capacidade de expressão dos sentimentos.

Após a definição da Categoria Central – Teoria, os dados, conclusões e resultados foram apresentados pelo processo de escrita. É nesse momento que o pesquisador tem a possibilidade de esboçar as descobertas, ideias e percepções, escrevendo e reescrevendo o texto de maneira que sua marca e identidade sejam impressas com graça e estilo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

4.1.1 Atrizes sociais

As atrizes sociais desse estudo são brasileiras, mães, que tiveram um filho nos últimos dois anos. A busca por essas participantes se deu por meio de mídias eletrônicas (FACEBOOK, Instragram e Whatsapp), com a publicação de uma mensagem convidando as mulheres para participarem da pesquisa (Apêndice I) com o slogan “Vamos conversar sobre o seu parto? Quais sentimentos as lembranças desse momento despertam em você?”.

Foram publicadas seis mensagens convite no Facebook nos dias 01, 08, 15, 22, 29 de junho e 06 de julho de 2021. A princípio a publicação seria realizada em dois grupos de mulheres: Mulheres pela democracia e Mulheres Unidas pela democracia, no entanto, quando enviamos o material de divulgação para os referidos grupos apenas o grupo Mulheres Unidas pela Democracia autorizou a publicação do mesmo.

O grupo **Mulheres unidas pela democracia** foi criado em outubro de 2018, até março de 2022 contava com 228.320 membros, pessoas que buscam um país mais justo. É um grupo privado, composto quase que unanimemente por mulheres, e as postagens nele publicadas são visualizadas somente pelos membros inscritos.

Esse grupo foi criado em meio à eleição presidencial de 2018 e o foco inicial era a manutenção da democracia e como as mulheres poderiam ser protagonistas nesse processo. Com o passar do tempo a luta pelo estado democrático e os direitos das mulheres mantém-se fortes nas discussões, mas outros temas pertinentes ao mundo feminino são constantemente discutidos nas publicações, como por exemplo, maternidade e o impacto que essa fase da vida da mulher traz para sua vida pessoal, profissional e em sociedade; saúde, sexualidade, direitos reprodutivos, violência contra as mulheres, entre outros.

Outra característica importante desse grupo é a diversidade das participantes. De acordo com as publicações e comentários pode-se observar que são mulheres de todos os lugares do Brasil e algumas brasileiras que vivem no exterior, com idade, opiniões e nível de escolaridade diversos.

A escolha por esse grupo se deu em virtude de ser composto por mulheres e por não ser diretamente ligado ao tema de assistência ao parto. Como nesses espaços virtuais vários temas são discutidos, a participação das mulheres tende a ser espontânea. A escolha por um grupo específico de mulheres relacionado ao “mundo da maternidade” poderia estimular a participação de mulheres que já estão engajadas com as discussões dessa temática e assim não retrataria a realidade de outras mulheres que desconhecem sobre esse tema, gerando com isso um viés metodológico.

Apesar do grande número de mulheres inscritas nesse grupo, a resposta ao convite foi muito baixa nas duas primeiras semanas de publicação, perfazendo um total de 8 acessos ao Formulário de Perguntas, sendo que desse total somente duas participantes contemplavam os critérios de inclusão para o estudo. Em virtude dessa situação seguimos o planejamento e publicamos o convite também no Instagram e no perfil pessoal da pesquisadora no Facebook. A partir dessas publicações os acessos foram mais frequentes e conseguimos atingir um número satisfatório de participantes conforme pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Demonstrativo do número de acessos ao Formulário de perguntas.

Semanas	Período	Número de respostas ao Formulário de perguntas
Semana 1	01 a 06/06/2021	0
Semana 2	08 a 14/06/2021	08
Semana 3	15 a 21/06/2021	21
Semana 4	22 a 28/06/2021	30

Semana 5	29/06 a 05/07/2021	14
Semana 6	06 a 12/07/2021	4
Total		77

Fonte: Da autora.

Na mensagem convite havia um *link* de acesso ao Formulário de Perguntas do Google (Apêndice II) que a participante preencheu com seus dados de identificação, contatos e localização além de condições sociodemográficas e história obstétrica. Nesse mesmo formulário estava disponível o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III) e a opção de marcação eletrônica concordando ou não concordando em participar da pesquisa. Somente as mulheres que marcaram a opção concordando em participar da pesquisa tiveram acesso à segunda etapa do formulário. Aquelas cuja opção marcada foi “não concordo em participar” tiveram o acesso ao questionário bloqueado automaticamente pelo sistema do *Google Forms*.

Os critérios de inclusão para estudo (mulheres brasileiras, natas ou naturalizadas, com idade a partir de 18 anos, cujos filhos nasceram no Brasil e que esse nascimento à termo (normal ou cesariana) tenha ocorrido nos últimos dois anos, não sendo precedido ou seguido de complicações que justificaram a permanência de internação hospitalar da mãe e/ou recém-nascido para intervenções clínicas) foram aplicados após a etapa inicial do estudo. Dessa forma, todos os Formulários respondidos passaram por análise.

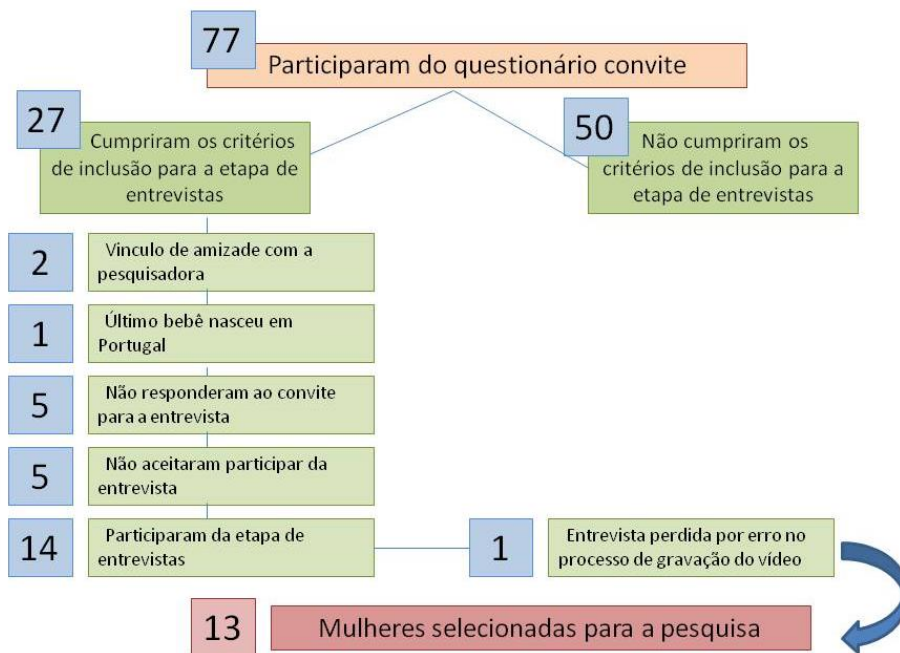
A amostragem teórica foi o alicerce para o desenvolvimento da pesquisa, que foi estruturada em duas etapas, sendo a primeira composta pelo questionário que foi respondido de forma livre por todas as usuárias que tiveram acesso à postagem convite e link de acesso ao Formulário de perguntas do Google e a segunda etapa, definida pela realização de uma entrevista contendo um roteiro básico de perguntas que foi direcionado apenas às participantes que contemplavam os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Setenta e sete mulheres responderam ao questionário digital de cadastro, dessas, 50 não cumpriram os critérios de inclusão para o estudo e todas receberam uma carta eletrônica (Apêndice IV) explicando o motivo pelo qual não poderiam participar da etapa de coleta de dados por entrevista, além de um agradecimento pela participação na primeira etapa do estudo. As mulheres que contemplaram os critérios de inclusão foram contatadas via Whatsapp e convidadas para dar continuidade à coleta de dados.

As elegíveis a participar da etapa de entrevista foram 27. Duas participantes possuíam forte vínculo de amizade com a pesquisadora, e por esse motivo, para não haver interferência nos resultados, a equipe de pesquisa optou por não incluir as entrevistas dessas participantes na análise. Elas foram as duas primeiras entrevistadas e essas entrevistas foram utilizadas como

um piloto para as entrevistas subsequentes. Uma das participantes teve seu último parto em Portugal, situação definida como critério para exclusão do estudo. Cinco mulheres não responderam ao convite realizado pelo Whatsapp e cinco não aceitaram participar dessa etapa. Ao final da seleção 14 mulheres participaram da entrevista, no entanto, a entrevista da E5 não pode ser analisada, pois houve um erro técnico e a mesma não foi gravada, fato que foi observado no momento de transcrição. Com isso, 13 mulheres compuseram a amostra do estudo. A figura 1 apresenta os dados descritos anteriormente.

Figura 1 – Representação gráfica do processo de seleção da amostra.



Fonte: Da autora.

As participantes foram registradas nos diários de campo, memorandos e os diversos recursos de coleta e análise dos dados com a nomenclatura Entrevistada, seguido do número de ocorrência de sua entrevista (Entrevistada 1, Entrevistada 2...) ou utilizando-se da forma abreviada E1, E2, e assim sucessivamente. Como mencionado anteriormente, houve a perda de uma entrevista, e para que não houvesse nenhum tipo de confusão ou dúvidas durante a leitura do texto e análise dessa tese, optou-se por reorganizar essa classificação, redistribuindo a numeração das entrevistadas. Dessa forma, excluímos a E5 que passou a ser denominada “Entrevista cancelada” e transformamos os registros das participantes subsequentes em um número antecessor, como o exemplo: E6 alterada para E5. Essa alteração foi realizada em todos os registros existentes.

No entanto, essas mulheres não poderiam ser reconhecidas tão somente por uma numeração, pois a contribuição que cada uma trouxe para o estudo foi de suma importância

para a condução e definição dos caminhos dessa tese. Nesse sentido, a escolha pela nomenclatura “atrizes sociais” vem de encontro aos caminhos metodológicos que conduziram esse estudo, partindo do pressuposto de que uma pequena parte é parte fundamental para a estruturação do todo e esse todo é baseado no agrupamento de todas as partes. Tanto a ideia da colcha de retalhos quanto do princípio hologramático nos apresentam como os pequenos pontos, por menor que sejam, quando unidos e consolidados dão origem a uma figura coesa e completa. Nesse sentido, cada uma das entrevistadas representa esse ponto da imagem, trazendo na união entre elas quase a totalidade da informação do objeto estudado.

4.1.2 Aspectos éticos

Conforme os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos, descritos na Resolução 510 de 07 de abril de 2016 e na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo aprovado sob o parecer nº 4.730.285, de 24/05/2021 (Anexo I).

Em cumprimento às orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP de 24/02/2021, que definiu os procedimentos para garantir a segurança na transferência e no armazenamento dos dados para pesquisas em ambiente virtual bem como a responsabilidade do pesquisador pelo armazenamento dos dados coletados, realizamos o download dos dados bem como de todos os documentos gerados pela pesquisa para um equipamento de armazenagem local, sem acesso direto à rede de internet e que está sob a guarda da pesquisadora.

4.1.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados com o auxílio de duas ferramentas. Primeiramente, as participantes responderam ao questionário cujo *link* estava disponível no convite publicado nas mídias eletrônicas. Esse questionário, produzido na plataforma *Google Forms* é composto por questões objetivas e abertas (repostas curtas), e que buscou conhecer um pouco do perfil da participante, inquirindo acerca de: dados de identificação (nome, endereço eletrônico, telefone), questões sociodemográficas (cidade e estado de residência, nacionalidade idade, estado civil, renda familiar, nível de instrução e profissão) e história obstétrica (número de filhos, tipo de parto, fonte de financiamento e local de ocorrência do parto).

A segunda etapa da pesquisa foi realizada por uma entrevista semiestruturada (Apêndice V) constituída pelas seguintes questões norteadoras: 1 – Me fale um pouco sobre seu último parto. 2 – Como foi o atendimento que você recebeu? Aconteceu como você esperava? 3 – Qual é o sentimento que você vivencia quando se lembra do seu parto? 4 – Como você se sentiu após o nascimento do seu bebê? 5 – Você já teve necessidade ou oportunidade de falar sobre as situações e sentimentos vivenciados durante o parto? E como foi essa experiência? 6 – Você acredita que a sociedade e/ou pessoas do meio em que você convive interferem na maneira como você expressa esses sentimentos? 7 – Você concorda com a expressão “O que importa é o filho nascer bem”? 8 – Baseado em sua vivência, o que você acredita que poderia ser realizado para que as mulheres pudessem ter mais autonomia e poder de escolha em seus partos? 9 – Você utiliza as redes sociais com que frequência? E com qual objetivo você normalmente busca essas redes? 10 – Quando você estava grávida você utilizou as redes sócias para pesquisar e estudar sobre o parto? 11 – Dentre o que conversamos, tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

Levando em consideração as definições da TFD, durante a entrevista foram incluídas algumas perguntas específicas para cada entrevistada, perguntas essas que foram úteis para melhor compreensão acerca da temática, bem como no intuito de esclarecer determinadas colocações da entrevistada.

Conforme mencionado anteriormente, após a análise do questionário do *Google Forms*, as mulheres que contemplaram os critérios de inclusão foram contatadas pela pesquisadora e a partir daí a entrevista foi agendada. Todas as participantes foram contatadas pelo aplicativo de mensagens Whatsapp e as entrevistas agendadas previamente com a mesma que tiveram a liberdade de escolher data e horário para a realização da reunião. O período de coleta de dados dessa etapa ocorreu entre os dias 15/07/2021 a 10/09/2021.

As entrevistas foram realizadas por meio do aplicativo de videoconferência *Google Meet* disponível gratuitamente nas lojas de aplicativos acessíveis para aparelhos Android ou iPhone (IOS). A pesquisadora utilizou o acesso ao *Google Meet* disponível em seu email institucional yeda.siqueira@ifsuldeminas.com.br, pois o recurso de gravação da reunião somente é disponibilizado para essa plataforma caso o registro do usuário seja de professor. Na data e horário agendados a participante recebia em seu aplicativo de mensagens o link de acesso à reunião que era gerado especificamente para esse encontro.

As entrevistas foram gravadas em vídeo. Por esse motivo, em cumprimento às prerrogativas da Lei 9160/98, que regula os direitos autorais, durante a etapa de agendamento da entrevista, a participante recebeu via email um Formulário do *Google Forms* contendo o

Termo de Autorização do Uso de Imagem e Depoimentos (TAUID), que foi assinado digitalmente pela mesma (Apêndice V).

No início da entrevista a pesquisadora procedia a leitura de dois textos que reforçavam que a participante teve acesso ao TCLE e ao TAUID, e confirmando se a mesma estava de acordo com os termos apresentados, conforme pode ser observado a seguir:

Texto 1

Prezada NOME DA PARTICIPANTE,

Você leu e tomou ciência das informações contidas no documento “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e está de acordo em participar da pesquisa **“Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento”**, fornecendo informações a respeito do seu(s) parto(s) e os sentimentos que esse evento desperta em você?

Você tem alguma dúvida a respeito?

Texto 2

NOME DA PARTICIPANTE

Você leu e tomou ciência do termo de autorização de uso de imagens e depoimentos e autoriza as pesquisadoras Yeda Maria Antunes de Siqueira e Maria José Clapis, autoras do projeto de pesquisa intitulado **“Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento”** a realizar os vídeos que se façam necessários e/ou a colher seu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes? Ao mesmo tempo, você libera a utilização destes vídeos (seus respectivos negativos ou cópias) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências, produção de materiais para mídias digitais e documentários), em favor das pesquisadoras acima especificadas?

Você tem alguma dúvida a respeito?

Todas as entrevistas aconteceram de modo remoto com a presença da participante e pesquisadora, em local tranquilo e privativo. A pesquisadora estava em sua residência e a maioria das entrevistadas também estavam em suas residências, apenas duas estavam em seu ambiente de trabalho, mas em locais privativos. Houve uma entrevista para cada participante.

A pesquisadora esteve atenta para a compreensão da depoente, buscando esclarecer alguma dúvida que surgisse em relação às perguntas, contudo, esclarecendo sem com isso induzir as respostas.

As entrevistas foram transcritas e a análise dos dados foi sendo realizada simultaneamente. Após a transcrição o texto foi enviado para a entrevistada por e-mail eletrônico para que ela tivesse a chance de rever as respostas e confirmar algum ponto específico, no entanto, nenhuma das participantes fez qualquer alteração em suas respostas. As gravações tiveram em média 39 minutos e 32 segundos, sendo 16 minutos e 47 segundos a de

menor tempo de duração e uma hora 48 minutos e 37 segundo a com maior tempo de duração. O quadro 2 apresenta as informações sobre data e tempo de duração de cada entrevista.

Quadro 2 – Relação de data e tempo de duração de cada entrevista.

Entrevistada	Data de realização da entrevista	Tempo de duração da entrevista
E1	15/07/2021	26'02"
E2	15/07/2021	18'19"
E3	26/07/2021	29'46"
E4	02/08/2021	37'
E5	03/08/2021	22'04"
E6	04/08/2021	35'41"
E7	12/08/2021	35'27"
E8	12/08/2021	20'23"
E9	18/08/2021	1h10'04"
E10	19/08/2021	37'41"
E11	27/08/2021	1h48'37"
E12	30/08/2021	30'27"
E13	10/09/2021	16'47"

Fonte: Da autora.

Todas as gravações das entrevistas foram baixadas da plataforma *Google Meet* e arquivadas em um HD externo. As entrevistas foram transcritas após esse arquivamento.

4.1.4 Análise de dados

Após o término de cada entrevista houve a transcrição do conteúdo. A leitura das entrevistas foi realizada de maneira metódica buscando identificar e constatar as principais ideias que foram a base para a categorização, permitindo com isso que a discussão baseada no referencial teórico fosse bem estruturada.

A análise seguiu os pressupostos definidos por Strauss e Corbin (2008) sendo realizada em três etapas interdependentes, que são a codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Essa análise busca conceituar, codificar e converter os dados em fenômenos (STRAUS; CORBIN, 2008).

Nesse contexto, o princípio da amostragem teórica foi o norteador das etapas de coleta e análise dos dados, que ocorreu de maneira simultânea e em seqüências alternativas, permitindo com isso que a imersão dos conceitos fosse surgindo durante o desenvolvimento de todo o processo, além de nos mostrar possibilidades de refazer o processo de busca de dados com o intuito de preencher lacunas que pudessem surgir.

O conceito de microanálise foi preponderante para essa etapa, e consiste na análise detalhada linha por linha em todo o conteúdo transcrito, buscando as categorias iniciais para

que pudesse ser realizada a relação entre elas. Esse conceito trabalha simultaneamente a codificação aberta e axial.

Além da microanálise, a técnica de comparação denominada Flip Flop foi utilizada para obtermos uma perspectiva diferente dos fatos, situações ou objetos. Essa técnica consiste em analisar os dados sob uma nova óptica, olhando para os extremos ou opostos e buscando particularidades que podem passar despercebidas em uma análise superficial. Dessa forma, analisamos o conteúdo de maneira sob um novo olhar, que segundo Strauss e Corbin (2015) o conceito analisado é “*virado do avesso*” ou “*de cabeça para baixo*”.

A análise de uma palavra, frase ou um parágrafo é uma ferramenta analítica de grande valor, pois permite ao analista a possibilidade de levantar inúmeros significados, sejam eles assumidos ou pretendidos e fazer um contraponto aos possíveis pressupostos e/ou hipóteses que já poderiam estar estabelecidas pelo pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008).

E com a união dessas duas técnicas analíticas buscamos aproveitar ao máximo o material disponível, fazendo a análise minuciosa das palavras, frases, parágrafos e todo o texto, fazendo perguntas e comparações para que a ideia central pudesse emergir.

As três etapas descritas por Strauss e Corbin (2008) balizaram todo o processo de construção desse estudo que segue descrito a seguir.

Iniciou-se com a **codificação aberta** por se tratar de uma ferramenta analítica que nos permite analisar os dados e identificar os conceitos, suas propriedades e dimensões. A busca por conceitos é a base para o estudo. De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 104) “*a ciência não existiria sem conceitos*”. Os conceitos são importantes pelo simples fato de que ao nomearmos certo fenômeno fixamos nossa atenção nele e a partir daí podemos examiná-lo, avaliá-lo, identificando o que estamos vendo, levantando hipóteses e proposições acerca daquele fenômeno inicial e construído uma ideia a partir disso.

Nessa fase, a aplicação da técnica Flip Flop foi de grande importância para uma busca mais aprofundada dos dados e para isso realizamos perguntas sobre o conteúdo em análise e procuramos descobrir uma forma diferente de ver aquele dado. Ressalto que esse material compõe os memorandos da pesquisa e o Quadro 3 é apenas uma parte da análise e tem como objetivo exemplificar como esse processo foi desenvolvido.

Quadro 3 – Análise utilizando a técnica Flip Flop

Código aberto	Virando do avesso	O que as entrevistadas nos mostram	Me leva a pensar...
Idealização	Para as participantes o que o termo idealização significa?	⇒ O parto conforme elas sonharam e se planejaram.	Desejo por um determinado tipo de parto ↓



	<p>Esse processo de idealização foi construído só no imaginário da participante ou ele foi discutido com os familiares e equipe de assistência ao parto?</p> <p>Como a equipe acolheu as ideias e idealizações da mulher? Suas colocações foram aceitas?</p> <p>As participantes que não citaram tal termo tiveram alguma queixa relacionada à maneira como foram atendidas e se suas expectativas foram contempladas?</p>	<p>Algumas participantes até se posicionaram e expressaram para os familiares e para a equipe como o parto foi planejado por elas, mas houve diversas situações que fugiram do controle delas.</p> <p>Pelas falas analisadas, alguns profissionais não tiveram abertos para essa conversa, muitas vezes concordando com as ideias da gestante, mas postergando as decisões para o final da gravidez. Outros profissionais tiveram abertura, mas nas entrevistas não ficou claro se ambas as partes estavam em sintonia. E tiveram alguns profissionais que entraram no processo de assistência ao parto de forma repentina (não conheciam a gestante), e não houve relato dessa conversa definindo como a mulher gostaria que o parto acontecesse.</p> <p>⇒ Algumas participantes, mesmo não atribuindo peso ao termo “idealização” mencionaram que gostariam de ter sido atendida de maneira diferente. Outras por vez, não tiveram nenhuma queixa relacionada ao atendimento, dizendo que foi tudo como elas imaginaram.</p>	<p>Estudo, pesquisa, busca por ideias semelhantes ↓ Criação do imaginário ↓ Busca por equipe que contemple essa ideia ↓ Dialogo, construção e definição de atendimento ↓ Plano de parto ↓ Capacidade de lidar com as situações que estava fora do padrão pré-estabelecido.</p>
--	--	--	--

Fonte: Da autora; Strauss e Corbin (2008).

Na sequência, procedeu-se a codificação axial, que consiste no processo de relacionar as categorias às subcategorias. Esse processo chama-se axial, pois toda a análise gira em torno do eixo de uma categoria, associando suas propriedades e dimensões.

Nessa etapa o foco de análise foram os códigos abertos definidos pela leitura inicial, que foram agrupados com base em semelhanças dando origem às subcategorias e categorias, conforme pode ser observado no Quadro 4:

Quadro 4 – Codificação Axial segundo modelo da TFD (Formando subcategorias e categorias)

Categoria	Codificação axial	
	Subcategoria	Código aberto
Dualidade	Sentimentos	Alegria Frustração Idealização

Fonte: Da autora, 2023.

Na codificação aberta o resultado da análise é definido pela definição das categorias e suas propriedades, na codificação axial as categorias são sistematicamente desenvolvidas fazendo uma associação com as subcategorias, mas somente quando conseguimos uma integração entre categorias e subcategorias podemos formar um esquema teórico sólido e consistente.

E a esse processo de formação do esquema teórico denominamos de codificação seletiva. Nessa etapa o objetivo principal é a definição da categoria central, que emerge a partir do refinamento das categorias anteriores.

A consolidação das três categorias deu origem à categoria central denominada “Emoções, sentimentos e sentidos”, que embasou a definição da teoria fundamentada nos dados.

4.2 Desenvolvimento do Infográfico animado

A infografia é uma ferramenta de comunicação que tem a capacidade de organizar as ideias e tornar o caos em algo compreensível (CAIRO, 2008).

Essa possibilidade de usar recursos de imagem e texto vem sendo utilizada de longa data por profissionais de saúde, que constantemente recorrem a esse recurso para explicar ideias difíceis de serem entendidas apenas pela comunicação verbal ou por um texto (MENDONÇA, 2015).

O termo infografia vem do inglês *infographic* (expressão utilizada para definir *information graphic*). Na língua portuguesa o termo “grafia” nos remete à escrita ou registro e “info”, informação. Nesse sentido, podemos definir que infográfico consiste na união entre informações e imagens que levam o leitor ao conhecimento sobre determinado assunto (CARVALHO; ARAGÃO, 2012).

No entanto, o processo de criação e construção de um infográfico não é tão simples como a descrição do termo apresenta. Para que o resultado seja satisfatório a representação visual da informação não pode ser considerada apenas como a tradução do que pode ser lido

para o que pode ser visto. Algumas etapas são importantes para o desenvolvimento desse material, pois os conceitos e informações devem ser compreendidos e representados de forma que o leitor possa compreender a informação e significá-la (RAJAMANICKMAN, 2005).

Por esse motivo, muitos profissionais do design têm utilizado o instrumental da linguística para o desenvolvimento de seus trabalhos. A linguística é o campo de estudo que busca o entendimento da linguagem verbal (CARVALHO; ARAGÃO, 2012).

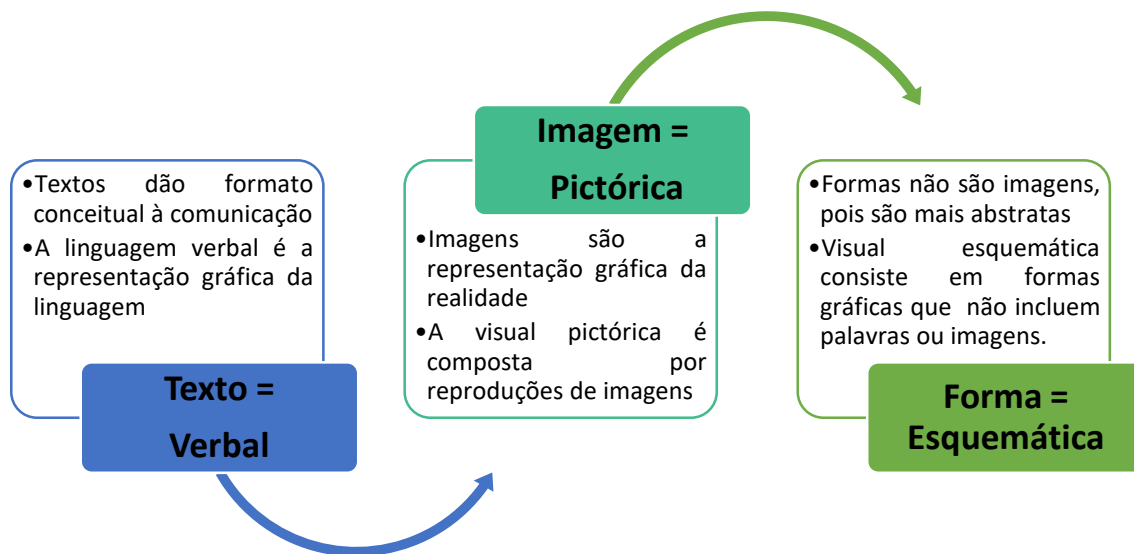
Horn (1998) e Twyman (1979) adequaram o conceito da linguística e desenvolveram hipóteses que são seguidas por profissionais de diversas áreas do design gráfico, que buscam classificar o infográfico como objeto de design pautado no estudo da linguagem (CARVALHO; ARAGÃO, 2012).

Horn (1998) utiliza o termo linguagem visual para definir a interação entre linguística e elementos visuais. Para ela a eficiência da comunicação depende da integração entre três elementos: texto, imagem e forma.

Para Twyman (1979) a linguagem é um veículo de comunicação, que pode ser do tipo auditiva (verbal ou não verbal) ou visual (gráfico ou não-gráfico). Ainda nesse processo de definições de termos, ele considera que o gráfico é um elemento, é a representação de uma ideia ou ação. Fazendo a junção dos dois termos ele define a linguagem gráfica como um mecanismo de comunicar uma mensagem, que pode ser representada pelos seguintes símbolos: verbal, pictórica e/ou esquemática.

A associação entre os conceitos desenvolvidos pelos dois autores nos leva ao entendimento sobre linguagem visual, como podemos observar no esquema abaixo (Figura 2):

Figura 2 – Esquema representando a consolidação dos conceitos aplicados por Horn e Twyman definindo o termo Linguagem visual.



Fonte: Da autora; Twyman (1979); Horn (1998).

Tufte (2001) e Rajamanickan (2005) incluem os conceitos e utilizações dos gráficos na construção da infografia, além de classificá-los de acordo com o conteúdo.

Para Tufte os gráficos são mais precisos e reveladores que os dados estatísticos convencionais, e por esse motivo, considera o melhor instrumento para representar dados quantitativos. E na infografia os gráficos tem o papel de contextualizar visualmente uma interpretação de dados.

O autor defende a ideia de que os infográficos configuram desenhos gráficos fundamentais como mapas, séries de tempo, narrativas de espaço-tempo e gráficos relacionais.

Já Rajamanickam (2005) utilizou o conteúdo informacional para definir a tipologia dos infográficos. Ele considera três variáveis para a infografia: tipo da informação, ferramenta de representação e método de comunicação.

Diante da fundamentação teórica apresentada e embasados nos achados de sua pesquisa, Carvalho e Aragão (2012) desenvolveram uma metodologia de produção de infográficos composta por três fases: concepção, execução e acabamento. Essa metodologia foi a base para o desenvolvimento infográfico gerado por nosso estudo.

4.2.1 Concepção

Nessa fase realizamos a definição e a apropriação do tema, e foi desenvolvida tomando por base três premissas: definição do tema, apuração e levantamento dos dados e análise de similares.

O tema foi definido a partir dos dados oriundos da pesquisa exploratório-descritiva que buscou compreender os sentimentos das mulheres acerca de seu parto e como a sociedade e/ou as pessoas de seu convívio podem interferir no processo delas expressarem seus sentimentos.

A equipe de desenvolvimento do infográfico, composta pela pesquisadora responsável pelo estudo, por um profissional da Comunicação visual e uma graduanda do curso de Publicidade e Propaganda, com os dados analisados e finalizados, buscaram estruturar a melhor maneira de apresentar o conteúdo selecionado. Algumas variáveis foram imprescindíveis para a estruturação do tema e do conteúdo, como por exemplo: o objetivo do infográfico, a qual público será direcionado, as informações que devem ser inseridas, em qual mídia será apresentado, como será desenvolvido, quais recursos tecnológicos disponíveis.

O objetivo definido para o infográfico foi fornecer informação para gestantes e puérperas acerca do processo de parto, fortalecendo seu conhecimento sobre as melhores práticas da assistência obstétrica, empoderando-as para as definições e tomadas de decisão sobre seus próprios partos, bem como possibilitar as mulheres a reconhecer e identificar os sentimentos vivenciados durante a gestação e pós-parto.

Pensando na relação entre o objetivo proposto e o público alvo, percebemos a necessidade de desmembrar o infográfico e produzir duas peças, cada uma contemplando uma linha sugerida. Dessa forma, uma das peças aborda as questões relacionadas à assistência obstétrica e a segunda peça apresenta os sentimentos mais comuns vivenciados pelas participantes do estudo.

Com esse desmembramento, as peças buscam atingir tanto gestantes quanto puérperas, sendo o primeiro infográfico direcionado para gestantes e o segundo infográfico pode contemplar as necessidades tanto de gestantes que estão se preparando para o parto quanto das puérperas que estão em busca de respostas para seus sentimentos e necessidades.

O infográfico foi construído com base e estrutura para ser veiculado em diversas mídias digitais, mas a princípio será mantido no Youtube, com acesso restrito à banca de avaliação dessa tese. Somente será disponibilizado para a população em geral após a finalização dos trabalhos e trâmites acadêmicos necessários para a defesa.

4.2.2 Execução

Nessa etapa é importante colocar em prática a fundamentação teórica proposta por Horn e Twyman, que nos orientam sobre os elementos do infográfico. Para essa etapa utilizamos duas fases, a elaboração do conteúdo e a arquitetura da informação.

Essa etapa foi desenvolvida utilizando-se como ferramenta o mapa de empatia, que tem como finalidade analisar as perspectivas dos clientes tomando por base o ambiente, o comportamento, as aspirações e preocupações dos indivíduos (PEIXOTO; MOURA, 2022).

O mapa de empatia é uma estratégia utilizada no mundo empresarial para o desenvolvimento de planos de negócios, mas vem sendo amplamente utilizado na área da saúde, pois essa tecnologia permite colocar as pessoas no centro das discussões, para que sejam o foco principal das ações (CORRÊA et al., 2022).

O Mapa de empatia é constituído por quatro quadrantes, representado pelas palavras: “Diz”, “Pensa”, “Faz” e “Sente” (PEIXOTO; MOURA, 2022). Para a construção do infográfico nesse estudo, o mapa de empatia foi desenvolvido baseado nas percepções das participantes do estudo, dessa forma, os quadrantes foram respondidos sob o ponto de vista delas e foram configurados da seguinte maneira: “o que elas ouvem?”, “o que elas dizem e fazem?”, “o que elas veem?” e “o que elas pensam e sentem?”. Com a intenção de trazer as percepções exatas das participantes, o mapa de empatia foi desenvolvido sob duas perspectivas no espaço temporal, a percepção das mulheres enquanto gestantes e a percepção delas após o nascimento do bebê. Além das questões pertinentes ao mapa, foram incluídas mais duas perguntas ao material: “quais são as dores delas?” e “quais são os desejos, as necessidades e as esperanças delas?”. Esse material pode ser analisado em sua íntegra no Apêndice VI.

Com essas informações o texto informativo foi sendo desenvolvido embasando o roteiro do infográfico (Apêndice VII). Em seguida esse roteiro foi dando origem às peças utilizando a junção do texto, das imagens e a forma de apresentação da mesma.

Para a construção das peças o programador utilizou diversos sites e aplicativos que podem ser identificados no quadro 5.

Quadro 5 – Apresentação dos aplicativos e sites utilizados na construção dos infográficos

Aplicativos e sites	Descrição
Adobe Photoshop (Ps)	É um software de imagem digital muito utilizado por designers e profissionais da web e de vídeo, pois ele permite a manipulação e composição de imagens em 2D e 3D, garantindo a edição das imagens, criação de arte digital, design gráfico e animações.
Adobe Illustrator (Ai)	É um programa de vetor, ou seja, trabalha imagens de diferentes tamanhos sem perder a qualidade. A utilização desse software possibilita a criação de ícones, logotipos, desenhos, tipografia.

Continuação Quadro 5

Aplicativos e sites	Descrição
----------------------------	------------------

Adobe After Effects (Ae)	É um programa com funções destinadas ao acabamento e últimos detalhes em peças de vídeo ou imagens. Ele permite a inserção de efeitos especiais, animações, vinhetas e diversos elementos gráficos que compõem os vídeos.
Filmora X	É um editor de vídeo e áudio que permite ao programador acesso a uma grande biblioteca de efeitos, imagens e gradação de cores, favorecendo a edição com eficiência e flexibilidade.
Opera GX	É um navegador criado especificamente para gamers. É amplamente utilizado para a pesquisa de referências e acesso a outros sites com vídeos sem direitos autorais (copyright)
https://www.bluevertigo.com.ar	É um site especializado em bookmarks (ferramenta para adicionar sites como favoritos de forma totalmente online) e direcionado para designers, pois disponibiliza em seu conteúdo bookmarks de fotos, fontes, ícones, clipart vetoriais, logotipos, 3D e ferramentas. Alguns conteúdos são gratuitos e há também a disponibilidade de compra de determinadas criações.

Fonte: Da autora, 2023.

4.2.3 Acabamento

Na fase de acabamento, forma e conteúdo foram unificados, dando origem aos infográficos animados. Trata-se de uma fase técnica, onde as habilidades do profissional de designer são de grande importância, pois ele consolida todo o trabalho desenvolvido ao longo do período de programação e define a arte final, o acabamento e a revisão das atividades desenvolvidas.

Com a conclusão de todas as etapas apresentamos dois infográficos animados: “Porque ir atrás do parto humanizado? A dualidade: a mulher antes e depois do parto” e “parto humanizado: o que tem de diferente?”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados a partir dos materiais coletados e produzidos através das entrevistas, memorandos e diagramas seguindo os preceitos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados. A discussão foi realizada sob a perspectiva do Paradigma da Complexidade utilizando os preceitos teóricos propostos por Edgar Morin, e levaram em consideração os sentimentos das mulheres em relação aos seus partos e como a sociedade interfere em sua capacidade de expressá-los.

5.1 Resultados gerais do Formulário de Perguntas do Google

Primeiramente apresentamos os dados sociodemográficos coletados e analisados a partir do formulário de perguntas do Google disponibilizado na publicação convite para a pesquisa. Nessa ocasião 77 mulheres responderam esse questionário. Essas participantes apresentam características sociais, educacionais, familiares, econômicas e localização geográfica de residência distintas, o que pode estar relacionado ao fato da pesquisa ter sido veiculada em uma rede social de grande capilaridade e de fácil acesso a qualquer pessoa com mais de 13 anos de idade, sendo considerada a maior rede virtual do mundo (WIKIPÉDIA, 2022).⁵

Com relação ao local de residência, houve participação de mulheres de quatro regiões brasileiras, sendo 69 (89,6%) participantes do sudeste, 3 (3,9%) do nordeste, 1 (1,3%) do sul e 4 (5,2%) do norte. A região sudeste conta com o maior número de participantes nesse estudo, estando as mesmas distribuídas nos estados de Minas Gerais (n=48), Rio de Janeiro (n=14) e São Paulo (n=7). A Tabela 1 apresenta a distribuição geográfica das participantes, como pode ser observado a seguir.

Tabela 1 – Distribuição geográfica das participantes do estudo.

Regiões brasileiras	Estado	Municípios	Número total de participantes
----------------------------	---------------	-------------------	--------------------------------------

⁵ Disponível em <https://pt.m.wikipedia.org/wiki/facebook>

Nordeste	Bahia	Barreiras (n=1) Coribe (n=1) Salvador (n=1)	3
Norte	Amazonas	Manaus (n=3) Parintins (n=1)	4
Sudeste	Minas Gerais (n=48)	Alfenas (n=8) Alpinópolis (n=1) Barbacena (n=2) Belo Horizonte (n=3) Caeté (n=1) Conceição das Pedras (n=1) Machado (n=1) Muzambinho (n=1) Passos (n=28) São João Batista do Glória (n=1) São Sebastião do Paraíso (n=1)	69
	Rio de Janeiro (n=14)	Duque de Caxias (n=1) Rio de Janeiro (n=12) Teresópolis (n=1)	
	São Paulo (n=7)	Franca (n=1) Guarulhos (n=1) São Paulo (n=5)	
Sul	Santa Catarina (n=1)	Jaraguá do Sul (n=1)	1
TOTAL			77

Fonte: Da autora, 2023.

Quase a totalidade das participantes era brasileira, apenas uma era de nacionalidade estrangeira. Com relação à idade a participante mais nova estava com 22 anos e a com maior idade 56 anos. Três participantes preencheram o campo com a data de nascimento de forma inadequada, por isso não pudemos identificar a idade das mesmas. A faixa etária predominante foi entre 30-39 anos, com 39 mulheres, seguida pela faixa entre 40-49 anos com 29 participantes. Na faixa entre 18-29 participaram 13 mulheres e acima de 50 anos houve três participações.

O perfil educacional das participantes demonstra que a grande maioria apresenta formação acadêmica, sendo 46 participantes com 17 ou mais anos de estudo. Com formação de nível médio foram 24 participantes que estiveram nas cadeiras escolares no período entre 12 e 16 anos, e aquelas com menos de 11 anos de estudo totalizaram sete participantes.

As profissões de maior predominância foram professoras e enfermeiras, com 18 participantes em cada uma dessas categorias. Nove mulheres declararam-se donas de casa, não desenvolvendo trabalho remunerado e três ainda são estudantes.

A renda familiar abaixo de R\$1.000,00 foi declarada por duas participantes, entre R\$1.000,00 e R\$ 4.999,00 por 31, entre R\$5.000,00 e R\$ 9.999,00 por 23, entre R\$10.000,00 e R\$ 14.999,00 por 11 e acima de R\$ 15.000,00 por 10 participantes.

Com relação à prole, a maior parte era mãe de dois filhos (35), seguido de 32 participantes com apenas um filho, 8 tinham três filhos, uma com 4 filhos e uma com cinco filhos.

Quando perguntadas se tiveram a oportunidade de conversar e expor seus sentimentos relacionados ao seu processo de maternidade, 54 delas disseram que tiveram com quem conversar e 23 não tiveram essa oportunidade. As pessoas do vínculo familiar foram as que mais estiveram dispostas para essa conversa. Apenas 13 participantes disseram que procuraram um profissional de saúde para conversar sobre esse tema.

5.2 Resultado – recorte das participantes do estudo – Questionário semiestruturado

A amostra desse estudo contou com a participação de 13 mulheres, que após a seleção definida pela análise dos critérios de inclusão foram contatadas e participaram de uma entrevista contendo duas etapas, sendo um questionário semiestruturado com perguntas relacionadas aos antecedentes obstétricos.

No entanto, antes de darmos início ao processo de discussão, A Tabela 2 apresenta um recorte dos dados coletados a partir do Formulário de Perguntas do Google para que essa análise possa ocorrer de maneira mais esclarecedora e detalhada, além de podermos traçar um perfil dessas atrizes sociais.

Tabela 2 – Perfil epidemiológico das participantes.

		Número absoluto/porcentagem
Região brasileira	Nordeste	1 (7,7%)
	Sudeste	12 (92,3%)
Faixa etária	18-29 anos	3 (23,1%)
	30-39 anos	8 (61,5%)
	40-49 anos	2 (15,2%)
Renda familiar	R\$ 1.000,00 – R\$ 4.999,00	3 (23,1%)
	R\$ 5.000,00 – R\$ 9.999,00	4 (30,7%)
	R\$ 10.000,00 – R\$ 14.999,00	3 (23,1%)
	Acima de R\$ 15.000,00	3 (23,1%)
Número de filhos	1 filho	7 (53,8%)
	2 filhos	3 (23,1%)
	3 filhos	3 (23,1%)
Anos de estudo completos	12 a 16 anos	7 (53,8%)
	17 anos ou mais	6 (46,2%)

Fonte: Da autora, 2023.

5.3 Apresentação das atrizes sociais

Com base nos dados coletados na entrevista, memorandos e diários de campo, apresentamos as atrizes sociais a seguir. Conforme mencionado anteriormente, para manter o sigilo e confidencialidade de suas identidades trataremos a todas como Entrevistadas e seguiremos a sequência numérica de acordo com a ordem de cada entrevista e para facilitar a escrita utilizaremos a abreviatura com a letra inicial da palavra Entrevistada (E) seguida do número correspondente.

Entrevistada 1 (E1)

E1 mora na cidade do Rio de Janeiro, tem 32 anos e como muitas brasileiras tem uma jornada dupla de trabalho. Ela é Sargento da Força Aérea Brasileira - FAB, atuando como técnica de enfermagem em um grande hospital da FAB na cidade do Rio de Janeiro. Ela também é graduada em enfermagem, especialista em obstetrícia e trabalha em uma equipe de parto domiciliar. Declara uma renda familiar de dez mil reais. É mãe de dois filhos, uma menina de cinco anos e um menino com seis meses, ambos nascidos de parto normal. Nosso encontro virtual aconteceu no fim da noite, depois dela ter colocado as crianças para dormir. Foi uma conversa muito tranquila e descontraída. Ela ficou sabendo sobre minha pesquisa porque recebeu o link de acesso ao convite no grupo de Whatsapp da Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, e não pensou duas vezes em responder. Durante a conversa me contou sobre o sonho que ela nutria de ter um parto domiciliar desde a primeira gestação, mas o marido dela não concordava, pois ele ficava muito inseguro e receoso de que algo pudesse acontecer. Na segunda gestação ela conseguiu mostrar ao marido que seria seguro, e ele tomando por base a experiência do parto anterior que foi super tranquilo e fisiológico, acabou “comprando” essa ideia também. E esse parto domiciliar foi muito marcante para ela, pois foi em seu ambiente, com a presença de seu marido e sua filha, sendo atendida por uma equipe de amigas. Esse momento só traz boas recordações para ela. E1 se apresentou como uma mulher que não tem receio de falar sobre seus sentimentos, angústias e frustrações e que se utiliza de sua posição profissional para empoderar outras mulheres e encorajá-las a seguir os seus desejos e necessidades relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Ela é muito engajada nas redes sociais e o Instagram para ela é uma ferramenta de trabalho, que ela utiliza justamente para orientar as mulheres sobre cuidados com a gravidez, o parto, aleitamento materno, cuidados com os filhos entre outros temas.

Entrevistada 2 (E2)

E2 é uma jovem de 24 anos, mora na cidade do Rio de Janeiro, estudante do penúltimo semestre da graduação em enfermagem, mãe de uma menina de dois meses na ocasião de nossa entrevista. Desde que descobriu a gravidez ela foi morar com o noivo e eles têm renda familiar de nove mil e quinhentos reais. Ela teve acesso ao link da pesquisa, pois recebeu uma mensagem pelo grupo de Whatsapp da turma da faculdade da UERJ. Tivemos alguns problemas para a realização de nosso encontro virtual, mas tudo foi resolvido. No primeiro dia que agendamos, o noivo, que ficaria cuidando da filha, não conseguiu chegar a tempo em casa e remarcamos para o dia seguinte. Aí foi a vez da internet não cooperar muito, mas conseguimos firmar a conexão no segundo link de reunião registrado. Depois disso tudo transcorreu com tranquilidade. Ela iniciou nossa conversa com o bebê no colo sendo amamentada, foi uma tranquilidade, bebê super quietinha. Ela começou contando sobre seu parto e a frustração que ela ainda sente por não ter conseguido o parto normal que ela tanto planejou e se preparou. Ela foi submetida a uma cesariana após uma tentativa frustrada de indução do parto. Ela questiona essa indicação e fica sempre em dúvida se era mesmo necessário fazer a cesárea e que o noivo compactua de suas dúvidas também, pois ele também estava preparado e acreditava em um parto normal. A mãe dela que tenta acalmá-la e sempre a lembra que apesar de não ter tido o parto que ela queria, o bebê está bem e com saúde e ela também.

Entrevistada 3 (E3)

E3 tem 26 anos, é advogada, reside em Alpinópolis – MG com o marido e uma filha de três meses. Declara uma renda familiar de três salários mínimos. Teve acesso à pesquisa por intermédio das redes sociais de um amigo jornalista da cidade de Passos que publicou o link em sua página do Facebook. Nossa entrevista aconteceu em uma tarde de julho, tivemos um problema de conexão de internet, sendo necessária a geração de dois links de reunião. Foi uma conversa tranquila, sem interrupções. Ela estava bastante emocionada ao reviver o momento do parto. E3 se preparou durante toda a gravidez para um parto normal e acreditava que seria tudo muito tranquilo, inclusive optou por ganhar o bebê em sua cidade mesmo, apesar do hospital ser bem pequeno e com recursos básicos, mas ela nunca pensou que precisaria de nenhum tipo de suporte avançado. Ela sempre foi muito questionadora, perguntava todas as dúvidas para o médico, e pesquisava outras tantas na internet. O médico que ela escolheu é um profissional

acostumado a fazer muitos partos normais. Quando completaram 40 semanas de gestação o obstetra achou melhor agendar a internação e induzir o trabalho de parto, no entanto, a indução não progrediu e foi submetida a uma cesariana. E3 relata que acordou no dia da internação achando tudo muito estranho, pois afinal de contas eles tinham marcado o dia do bebê nascer. Ela acredita que se tivesse deixado fluir e acontecer naturalmente o desfecho poderia ter sido diferente. Ela ressalta no final de sua entrevista que o apoio que ela recebeu, tanto dos familiares quanto da equipe de saúde foram muito importantes para ela.

Entrevistada 4 (E4)

E4, 31 anos, é doutora em nutrição e atua como professora universitária. É natural de Brasília – DF, mas atualmente reside em Barreiras – BA em virtude do seu trabalho. Mora com o marido e seu bebê. Relata renda familiar de dez mil reais. Teve acesso à mensagem convite por intermédio de uma professora do departamento de nutrição da universidade onde leciona. Nosso encontro virtual aconteceu no período da tarde enquanto seu bebê dormia um pouco. Foi uma entrevista muito tranquila, ela é muito calma e tem um sotaque super gostoso de ouvir. E4 preparou-se desde o início da gestação para ter um parto normal, pois tinha a convicção que seria o melhor por conhecer os benefícios do parto, mas enfrentou grande dificuldade em encontrar uma equipe de confiança que pudesse acompanhá-la nesse processo. Ela iniciou o pré-natal com um médico do plano de saúde que havia sido indicado por uma amiga que também estava grávida, mas no decorrer das consultas ela começou a perceber indícios de que esse profissional queria indicar uma cesariana para ela. Então ela começou a buscar outros profissionais de assistência ao parto, e com 27 semanas de gestação começou a ser acompanhada por uma equipe de assistência ao parto humanizado de seu município. Ela estava com muito medo da situação sanitária em que o país estava vivendo, no período em que ela ganhou o seu bebê os casos de COVID 19 estavam muito elevados. Entrou em trabalho de parto em uma tarde de domingo, estava com 39 semanas e 4 dias. A enfermeira obstetra da equipe foi para sua casa e acompanhou todo o trabalho de parto, mas na madrugada de segunda-feira ela já estava muito cansada, sentindo dores intensas que não cessavam com as manobras não farmacológicas de alívio da dor que a enfermeira utilizava e optou por ir ao hospital. Manteve seu trabalho de parto no hospital até o início da tarde e ao exame obstétrico apresentava 9 centímetros de dilatação, mas o bebê estava com um “encaixe de cabeça e ombro”, e por esse motivo a médica indicou a realização da cesárea. E4 pediu para esperar mais um pouco, pois ainda acreditava que seria possível o parto normal, mas depois desse período a médica justificou

que a cesárea seria necessária para manter a integridade da mãe e do bebê e assim aconteceu. E4 fala da dificuldade em aceitar a cesárea, pois ela tinha um medo muito grande de morrer durante a cirurgia, e ela precisou desconstruir em sua cabeça tudo o que ela havia planejado para seu parto. Ela ainda tem a sensação de que se tivesse esperado um pouco mais o bebê teria nascido de parto normal como ela queria, e com isso vários questionamentos surgiram em seus pensamentos: "Será que sofri violência obstétrica? Será que se eu tivesse ido para um centro urbano mais desenvolvido o desfecho do parto teria sido diferente? Será que essa indicação de cesárea era mesmo necessária?". Ela conversou bastante também sobre o processo de amamentação e de como é difícil essa etapa do cuidado com o bebê. Ela acreditava que teria muita facilidade com a amamentação, pois a área de estudo e especialização dela é a nutrição materno-infantil, mas logo percebeu que o que ela tinha de teoria não a ajudou muito a desempenhar a prática da amamentação. No finalzinho da entrevista o bebê acordou e seu marido o levou para ela. Um bebê lindo! Olhos redondinhos, usando um babador bandana super estiloso e ele ficou quietinho só observando a tela do computador até finalizarmos a conversa.

Entrevistada 5 (E5)

E5 tem 31 anos, mãe de 3 filhos (13 anos, 5 e 1 ano), mora em Passos – MG, é esteticista e declara renda familiar de aproximadamente 5 mil reais. Teve acesso à mensagem convite na página do Facebook de um jornalista da sua cidade que compartilhou a postagem. Nosso encontro virtual aconteceu em uma tarde de agosto, ela estava em sua Clínica de estética, mas estava em uma sala privativa. Ela foi mãe pela primeira vez aos 17 anos, e em virtude da idade foi encaminhada para um serviço de assistência à gestante de alto risco e adolescentes que funciona em seu município, e foi atendida durante o pré-natal por uma psicóloga que a orientava sobre o parto normal, essa profissional e os ensinamentos que recebeu lá tiveram grande influência na forma como ela vê o parto normal. Ela foi convencida de que o parto normal seria muito melhor para ela e para o bebê e que poderia acontecer de maneira tranquila. Desde então ela é uma adepta e defensora do parto normal, e diz que em virtude disso, muitas vezes já foi mal compreendida pelas pessoas por acreditarem que ela estava contando vantagem de ter “conseguido” ter o parto normal. Por esse motivo ela optou por só conversar sobre esse assunto se realmente tiver liberdade e abertura para isso. E5 relata que seu último parto foi muito tranquilo, o que ela atribui a ser o seu terceiro filho. Apesar de ter plano de saúde optou por ter seu bebê em um hospital conveniado com o SUS, pois esse hospital é referência em parto

humanizado na região. Ela enaltece o atendimento que recebeu no hospital que ela escolheu, diz que foi tudo perfeito, parecia parto de novela.

Entrevistada 6 (E6)

E6, 41 anos, mora na cidade de Passos – MG, é mãe de uma menina de sete anos e um menino de um ano, professora do ensino fundamental, relata renda familiar de cinco mil reais. Teve acesso à mensagem convite por intermédio de uma postagem em um grupo do Whatsapp composto somente por mães que ganharam bebê recentemente. A entrevista aconteceu em uma noite de agosto, houve uma pequena falha na transmissão da internet, mas a entrevistada repetiu o trecho de falha e em seguida tudo transcorreu sem interrupções. E6 escolheu a cesárea desde o início da gravidez, seu primeiro parto também foi cesariana por opção, ela menciona que nunca quis saber de parto normal de tanto medo que ela tem. Reclamou bastante da forma como a médica conduziu seu pré-natal, pois a deixou com muito medo de possíveis complicações como diabetes e pré-eclampsia, apesar de sempre apresentar os resultados de exames e padrões da pressão arterial dentro dos níveis normais. Essa pressão com relação a possíveis complicações levaram-na a uma rotina de mensuração da glicemia capilar várias vezes ao dia ou sempre que comia alguma coisa “diferente”, além da mensuração da pressão arterial. Quando ela completou 37 semanas foi a uma consulta de rotina e a médica entregou toda a documentação para que a cesárea fosse realizada no dia seguinte, sob a alegação que o bebê estava muito grande e que o risco dela desenvolver uma pré-eclampsia era grande. E6 não concordou com o diagnóstico, pois tinha estudado bastante sobre os riscos do parto prematuro e também porque ela sabia que sua glicemia e pressão estavam boas. Ela percebeu que a médica queria adiantar o parto, pois as festas natalinas estavam chegando e ela iria viajar. Em casa ela teve o apoio do marido que também ficou preocupado com esse parto com apenas 37 semanas de gravidez, e decidiram procurar outro profissional para tirar as dúvidas. Essa busca não foi fácil, pois a maioria dos médicos estavam também nos preparativos para as festas de fim de ano ou não queriam assumir uma gestante no final da gravidez. Depois de grande procura encontraram um médico que a acolheu e a acompanhou, ele a avaliava a cada dois dias, e nesse período não houve nenhuma alteração em sua saúde. Uma semana após o ano novo, com 39 semanas o bebê nasceu, foi uma cesárea eletiva que transcorreu com muita tranquilidade e a deixou segura e satisfeita com o desfecho.

Entrevistada 7 (E7)

E7 tem 36 anos, é advogada de formação, mas atua como doula e educadora perinatal, relata renda familiar de 10 mil reais, reside em Teresópolis – RJ, é mãe de três meninos, sendo um enteado de 14 anos, que ela considera seu filho de coração, um de seis e o bebê de um ano. Teve acesso à mensagem convite para a pesquisa por uma postagem no Whatsapp de uma professora do departamento de enfermagem da UERJ. A entrevista foi realizada em uma tarde muito fria de agosto, e transcorreu sem nenhuma complicação. E7 teve uma cesárea em seu primeiro parto, e ela menciona que escolheu essa via de parto na ocasião, mas não tinha conhecimento nenhum para embasar essa escolha, e esse parto deixou muitas marcas nela. Ela não se sentiu satisfeita como tudo aconteceu, e apesar de “reclamar” com algumas pessoas da família sobre como se sentia, ela não foi acolhida, e com isso se fechou para as reclamações. Quando engravidou novamente teve a certeza que queria um parto diferente do anterior e começou uma grande busca por uma equipe que a acolhesse e pudesse atendê-la conforme acreditava que fosse a maneira correta. Passou por vários médicos do convênio, mas não sentiu confiança em nenhum deles. Descobriu o parto normal “humanizado” nesse processo de busca por informação e decidiu que queria ter esse parto, fase também que começou a estudar para se profissionalizar como doula. Nessa busca ela conheceu uma equipe de assistência ao parto domiciliar/humanizado. Apesar do custo muito alto e de todos os questionamentos da família que não concordava com essa ideia, ela persistiu e teve o parto normal. Passou pelo trabalho de parto em casa e por opção foi para o hospital próximo ao período expulsivo. Expressa uma alegria empolgante quando fala desse dia, diz que seu parto foi maravilhoso e que gostaria de reviver tudo de novo se pudesse.

Entrevistada 8 (E8)

E8, 32 anos, técnica em farmácia, declara renda familiar de três mil reais, residente em Passos – MG. É mãe de dois meninos, o mais velho com sete anos e o pequeno com um ano. Teve acesso à mensagem convite por intermédio de uma postagem que sua mãe compartilhou pelo Facebook. A entrevista aconteceu em agosto de 2022, ela trabalha na farmácia de um hospital e estava no seu intervalo de descanso, ela permaneceu em uma sala privativa e conseguimos conversar sem nenhuma interrupção. A conversa começou com ela contando sobre sua experiência do primeiro parto, que foi uma cesárea, pois entrou em trabalho de parto prematuro, seu bebê ficou alguns dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal) e essa experiência foi muito desgastante e sofrida. Quando engravidou pela segunda vez se

preparou desde o início para ter um parto normal, influenciada pela médica que a acompanhou durante o pré-natal e por trabalhar no setor da maternidade em um hospital referência de parto humanizado no município onde reside. A gravidez transcorreu super bem, sem nenhuma complicação e quando estava com 36 semanas de gestação entrou em trabalho de parto, foi para o hospital e seu bebê nasceu de parto normal algumas poucas horas após o início das contrações. E8 enaltece muito esse parto, disse que dessa vez pode ver e segurar seu bebê assim que ele nasceu, estava super disposta no pós-parto, experiência completamente diferente do parto anterior.

Entrevistada 9 (E9)

E9 tem 28 anos, é professora de arte, declara renda familiar de cinco mil reais, é natural de Belo Horizonte, mas reside com o esposo e seu filho em Alfenas – MG. Recebeu a mensagem convite para participar da pesquisa por uma postagem da doula que a acompanhou durante a gravidez e parto. A entrevista aconteceu em agosto de 2022 sem nenhuma complicação ou interrupção. Ela começou falando de como estava ansiosa por essa conversa desde o dia que agendamos o encontro, que ela precisava falar, mas que seu marido ficou preocupado e se perguntando se realmente ela precisava voltar ao dia do parto para me contar. E9 está casada há oito anos e tentou engravidar inúmeras vezes sem sucesso, fizeram exames, mas nenhum dos dois tinha qualquer alteração que justificasse essa situação, até que “esqueceu que queria engravidar e engravidou”. Eles se prepararam muito para essa gravidez, estudaram muito e decidiram desde o início que queriam um parto domiciliar e dessa forma contrataram uma equipe de parto, mas continuou fazendo o pré-natal com o médico do plano de saúde. Ela teve uma gravidez muito tranquila, sem nenhuma alteração clínica, mas nas consultas ela percebia que o médico queria a induzir a fazer uma cesárea, mas ela não dava ouvidos para as falas dele, pois estava bastante decidida e orientada com relação à via de parto que escolhera. Quando completou 39 semanas de gestação foi à consulta de pré-natal e o médico fez um exame obstétrico que causou bastante desconforto e ele também queria fazer um exame de toque vaginal, mas ela recusou, e isso deixou o médico irritado e ele a afrontou dizendo como ela queria fazer parto normal se nem o deixava fazer um toque. Essa situação a deixou preocupada e sem confiança nesse médico, o que a fez procurar outra médica, que a acolheu. Com 41 semanas e 3 dias de gestação, nem sinal do trabalho de parto, a equipe de parto domiciliar optou pela indução natural do parto com o descolamento das membranas amnióticas e assim foi feito. No entanto, esse parto domiciliar terminou no hospital com uma cesárea. Ela diz que se sente

frustrada e acredita que o problema foi que ela idealizou, romantizou e controlou demais esse parto e sente raiva e rancor porque estava sedada e nem viu seu bebê nascer, e esse era o maior sonho dela, segurar o filho assim que ele saísse de sua barriga.

Entrevistada 10 (E10)

E10, 42 anos, é enfermeira e atua como docente em uma universidade no Rio de Janeiro, cidade onde reside, declara renda familiar de 20 mil reais. É mãe de três meninos com idades de 10, 8 e 2 anos, além dos meninos cuida também de seu pai que mora com ela há vários anos. Teve acesso à mensagem convite para participar da pesquisa através de uma postagem no grupo de Whatsapp da Universidade onde trabalha. Agendamos uma primeira entrevista que não pode ser realizada, pois houve um erro no processo de gravação do aplicativo de reunião on-line, dessa forma reagendamos uma nova data e dessa vez pudemos concretizar a conversa sem complicações. Foi uma conversa muito tranquila, E10 tem uma fala calma e segura, e se diz uma pessoa católica e de muita fé. Ela começou me falando do desejo que tinha de ter um parto normal desde a primeira gravidez, mas na época em que seu primeiro filho ia nascer sua mãe estava com problemas de saúde graves e que seria submetida à uma cirurgia, dessa forma, como ela é filha única ela teria que cuidar da mãe e por isso optaram em realizar a cesárea para dar tempo dela se recuperar e cuidar da mãe. Na segunda gravidez a médica falou dos riscos de um parto normal pós-cesárea e o marido não concordou em tentar o parto, e ela mais uma vez teve que desistir de seu desejo. No terceiro filho ela mesma optou pela cesárea, pois achou que seria mais fácil se organizar com todas as atividades que ela tem em casa. Ela não tem reclamação com relação às cesáreas, ela menciona é a solidão que ela sente nesse momento, pois as atenções são voltadas para o bebê e ela se sente abandonada, sem cuidados. Ela fala ainda que como vive em uma casa só com homens ela não tem abertura para conversar e reclamar sobre seus sentimentos.

Entrevistada 11 (E11)

E11 tem 32 anos, atua como docente da educação básica, morou nos Estados Unidos da América por alguns anos enquanto ela e o marido cursavam o mestrado, relata renda familiar de três mil e quinhentos reais, reside em Alfenas – MG. Teve acesso à mensagem convite para a pesquisa, pois foi marcada em uma postagem compartilhada por uma doula que ela segue no

Facebook. Agendamos uma primeira entrevista, mas houve uma falha na conexão de internet e não pudemos dar continuidade, reagendamos para o dia seguinte e tudo transcorreu corretamente. E11 emocionou-se muito durante a entrevista, ela se sente muito mexida quando fala de seu parto. Ela fala que o seu parto foi um evento muito importante para ela e o marido, mas em virtude de vários acontecimentos que não estavam sob o controle deles, esse momento foi frustrante, desgastante física e emocionalmente. Eles se prepararam para um parto normal, juntaram as economias e contrataram uma equipe de assistência ao parto domiciliar, mas o atendimento que recebeu por essa equipe não contemplou suas expectativas e necessidades e por isso, durante o trabalho de parto após várias situações que ela considera como violentas, ela e o marido optaram ir para o hospital. No hospital também passou por algumas situações ruins no atendimento. Sua filha nasceu de “parto vaginal” conforme ela classifica. Nasceu um bebê lindo e saudável, mas que encontrou uma mãe muitíssimo abalada com a assistência que recebeu.

Entrevistada 12 (E12)

E12 tem 39 anos, é dentista, residente em Barbacena – MG, relata renda familiar de 15 mil reais. Teve acesso à mensagem convite através de uma postagem no Facebook de uma amiga. Realizamos a entrevista no fim de agosto de 2022, no período noturno, após seu bebê dormir, foi uma conversa tranquila e não houve nenhuma interrupção. Ela começou contando sobre sua gestação anterior e a tristeza por ter tido um aborto espontâneo na 10ª semana. Alguns meses depois desse aborto ela engravidou novamente e manteve-se apreensiva até passar pela fase inicial da gravidez. Desde o início da gestação ela se preparou para o parto normal, seguindo a experiência de sua mãe que teve os três filhos de parto normal e também que por ser dentista ela conhece os riscos de uma cirurgia e isso a deixava com muito medo de uma cesárea. Estudou bastante, leu livros e assistiu documentários sobre o parto normal e sentia-se segura e confiante com o parto. A médica que a acompanhou no pré-natal também a incentivava. Com 39 semanas sua “bolsa estourou” e ela foi para o hospital, permaneceu em trabalho de parto por cerca de cinco horas e após realizar uma cardiotocografia a médica indicou uma cesariana. Ela foi para o procedimento com muito medo, mas não houve nenhuma complicação e ela ficou bem. Ela sente-se tranquila com o desfecho do parto, pois sempre pensou que o bebê teria que sair de alguma forma e o que acontecesse seria para ele nascer bem.

Entrevistada 13 (E13)

E13, 37 anos, formada em serviço social, atualmente não está trabalhando, relata renda familiar de 15 mil reais, reside em Passos – MG. É mãe de duas meninas, uma com sete anos e a pequena com um ano. Teve acesso à mensagem convite para a pesquisa por uma mensagem que recebeu em um grupo de Whatsapp. A entrevista aconteceu no fim de uma noite de setembro de 2022, horário que ela conseguiu colocar a bebê para dormir, foi uma entrevista rápida e sem interrupções. Ela fala da alegria que sente em ser mãe, e que se ela fosse mais nova gostaria de ter mais filhos. Ela nunca pensou em ter suas filhas de outra forma que não fosse por cesariana. Ela diz que os dois partos foram muito tranquilos, que ela agendou o dia do parto, fez a unha e o cabelo e chegou no horário agendado. O único problema que ela teve no parto foi que devido à pandemia a equipe do hospital não permitiu que seu marido estivesse no momento do parto com ela, e ela sentiu falta da presença, do apoio e da segurança dele.

5.4 Diagramas

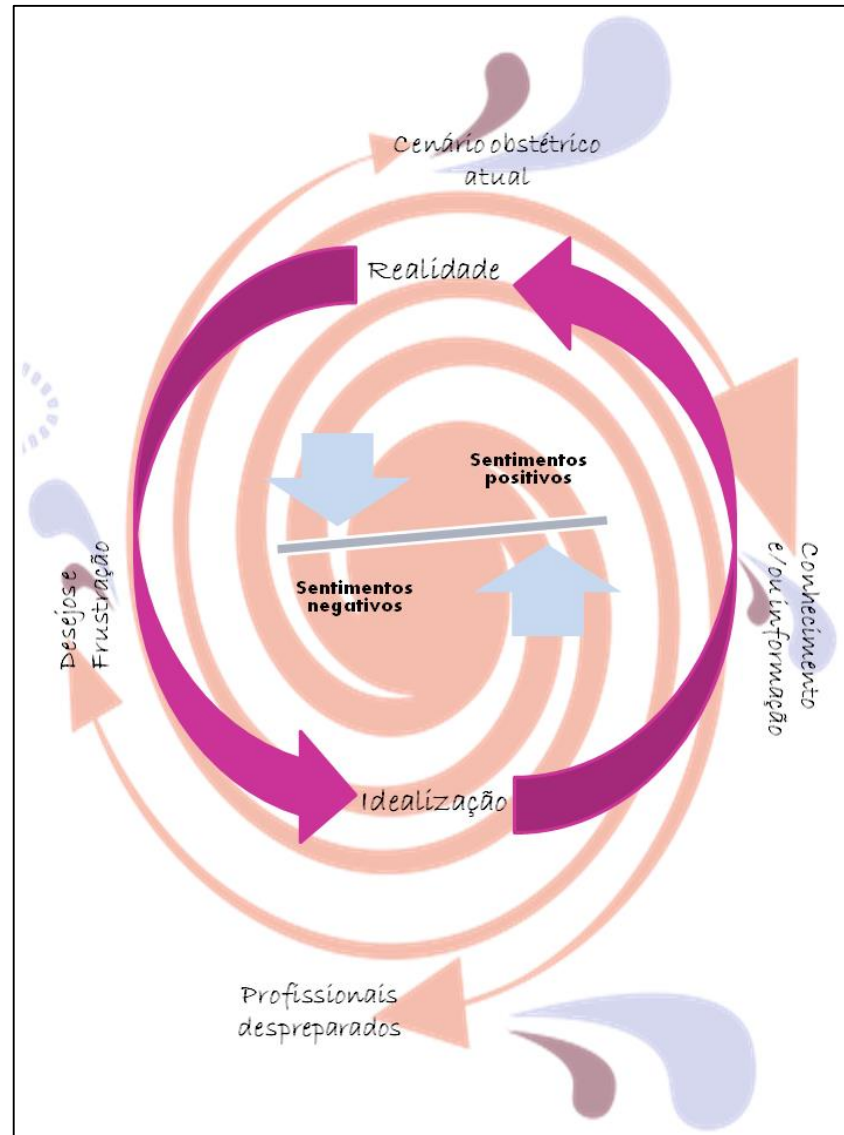
Os diagramas definidos neste estudo foram construídos baseados nos pressupostos da TFD. Além disso, o olhar atento às diretrizes do Paradigma da Complexidade foi imprescindível para que esse processo de estruturação fosse definido, pois a todo o momento buscamos fazer a análise dos dados olhando o que o todo nos mostrava, evitando uma análise superficial ou simplista. Observamos os detalhes em partes, mas analisando o que cada uma dessas partes juntas estava nos mostrando. Dessa forma, seguimos a ideia de que “o todo está na parte que está no todo” (MORIN, 2015).

Dessa análise emergiram três diagramas estruturais que são: diagrama 1 – Ser mãe não é fácil, diagrama 2 – Eu falo! Você me escuta? e diagrama 3 – O que importa é o filho nascer bem?

Compilando as ideias discutidas nesses diagramas emergiu a categoria central apresentada no diagrama “Emoções, sentimentos e sentidos”.

5.4.1 Diagrama 1 – “Ser mãe não é fácil”

Diagrama 1 – Ser mãe não é fácil.



Fonte: Da autora, 2023.

A gestação e o parto são um momento de muitas transformações na vida da mulher, sejam as alterações físicas e emocionais, as mudanças no ambiente familiar que esse momento desencadeia ou a mudança nos papéis sociais que essa mulher desempenha.

As participantes desse estudo relataram como esse processo é desgastante e difícil de ser vivenciado em virtude dos muitos sentimentos que elas experimentam nessa fase. Esses sentimentos e percepções com relação ao parto foram a base de discussão desse diagrama.

Os relatos das atrizes sociais remetem a vivência de sentimentos intensos e controversos, e que muitas vezes as deixavam inseguras e culpadas por senti-los de maneiras tão divergentes.

Os sentimentos vivenciados e relatados pelas mulheres desse estudo nos mostram como as pessoas tendem a segmentar suas ideias, pensamentos e sentimentos. É muito difícil para essas mulheres conviverem com sentimentos tão distintos e antagônicos. No entanto, o paradigma da complexidade busca analisar esses eventos, fenômenos e ideias de maneira ampla

e integral. Não se trata de analisar os sentimentos antagônicos separadamente, e sim perceber que eles são interdependentes, mesmo sendo reciprocamente excludentes eles se complementam.

Para o desenvolvimento dessas análises, o diagrama “Ser mãe não é fácil” foi estruturado pela categoria “Dualidade”, que agrega três subcategorias: “Sentimentos”, “Idealização x realidade: como lidar com um projeto que não deu certo?” e “Causas e efeitos”, que serão discutidas a seguir.

5.4.1.1 Categoria: Dualidade

A integralidade e a inter-relação dos eventos que apresentaremos nessa categoria vem de encontro ao princípio dialógico proposto por Edgar Morin que considera que em cada unidade a dualidade está presente, pois em um mesmo evento existem conceitos opostos e apesar de antagônicos eles podem ser complementares.

Essa categoria apresenta, discute e reconhece o problema em amplitude, buscando a unidade e o múltiplo, tendo a consciência que o fenômeno em questão pode ser coeso e incerto, inter-relacionado e contraditório ao mesmo tempo.

Por esse motivo, buscamos elencar situações antagônicas e complementares para dar fundamentação a essa discussão: sentimentos positivos *versus* sentimentos negativos, idealização *versus* realidade, causas *versus* efeitos.

5.4.1.1.1 Subcategoria: Sentimentos

As experiências vivenciadas pela mulher durante o trabalho de parto podem despertar sentimentos tanto positivos quanto negativos, sentimentos esses que ficarão marcados na memória dessa mulher indefinidamente (SILVA et al., 2021).

O conflito de sentimentos é fator inerente ao processo de parturição e são experimentados em virtude de situações percebidas como negativas e positivas durante esse processo. Habitualmente os sentimentos positivos estão relacionados com experiência boa ou alegre, cuidados da equipe e dos familiares percebidos como adequados, sensação de vitória e heroísmo, satisfação com a via de parto escolhida. Por outro lado, os sentimentos negativos surgem quando tais elementos citados anteriormente como positivos não são contemplados, bem como as sensações de medo, angústia, dor, abandono, solidão e falta de atenção são evidenciados (ROSA et al., 2021).

Quando analisamos o relato da E11 sobre os inúmeros sentimentos experimentados por ela, podemos perceber a intensidade e a diversidade deles. Outro fator importante é que ela não classifica e/ou defini os sentimentos em ordem de importância, ela percebe os sentimentos e ambos são sentidos com a mesma força e intensidade, independente de serem considerados positivos ou negativos.

(Emocionada) Um monte de sentimentos juntos, eu sinto raiva, eu sinto culpa, mas eu sinto bastante amor, eu lembro com muito gosto da parte que eu passei em casa, no chuveiro com meu esposo, das minhas contrações e ele cuidando de mim, foi super lindo, eu lembro com bastante saudade dessa parte, dele me apoiando o tempo todo. Eu me lembro de sentir assim, nossa, de sentir um amor tão grande naquele momento, mas as vezes eu esqueço um pouquinho dessa parte que é o imediato que a gente pensa, que é aquela parte do sonho que não realizou, um pouco a gente fica, então eu me frustro, com bastante pesar e raiva de ser todo uma cultura, de tantas coisas te levaram para aquilo. [...] eu sinto também orgulho, orgulho do meu esposo e de mim de como a gente conseguiu apesar de tudo passar por aquilo, que na hora que a gente está passando você acha que vai sucumbir a aquela situação, sinto medo. (E11)

Esse relato nos mostra a intensidade, diversidade e ambiguidade de sentimentos experimentados pela participante. Nossa sociedade tende a lidar com os conflitos, incertezas e inseguranças de maneira isolada, por acreditarmos ser a forma mais fácil para organizar e lidar com os problemas. No entanto, quando reduzimos o problema em “compartimentos” estamos impedindo que ele seja observado de maneira integral e conseqüentemente impedindo que o mesmo seja resolvido em sua totalidade. Nesse caso a fragmentação limita nossa visão do todo e com isso nos impede de compreender que cada uma dessas partes isoladas compõe uma rede indissociável, que constantemente se comunicam e se retroalimentam.

Para E2 e E4 os sentimentos ambíguos estão relacionados à via de parto a que foram submetidas. Ambas preparam-se para um parto normal, no entanto tiveram indicação médica para uma cesariana. Elas relatam alegria com o nascimento do bebê, mas citam a frustração com a via de parto e a dúvida com relação a real necessidade da realização da cesariana.

É uma mistura de alegria, porque foi um momento muito feliz o nascimento da minha filha, mas foi um pouco frustrante também por eu querer muito que fosse normal e não ter sido a via que eu queria. Mas no geral, assim, me sinto feliz quando eu penso nesse momento. Porque a cirurgia foi tranquila, foi boa, os profissionais que estavam lá, e foi muito feliz assim quando minha filha nasceu. Então foi isso! Foi feliz, mas foi um pouco frustrante também. (E2)

Um misto de felicidade e dúvidas. Essa questão de saber se realmente era uma indicação de cesárea naquele momento. Se eu estava satisfeita ou não com o que tinha acontecido comigo. Até comigo mesma. Eu estava tão cansada, será que realmente eu... É isso, é uma questão minha, mas também uma questão de questionamento em relação à equipe. Eu e meu marido, nós estávamos muito certos que eu teria um parto normal, pela recuperação um pouco

melhor que a cesárea, conversamos muito e teve um momento que ela (médica) deixou a gente super à vontade para poder decidir o que nós gostaríamos, mas durante um tempo eu ainda fiquei em dúvida se realmente era essa decisão que eu tinha tomado. Meu filho está aí saudável, maravilhoso, mas se realmente teria sido necessário ou não. A felicidade é por ele estar aqui! (E4)

O trabalho de parto/parto é o momento pelo qual essa mulher encerra um ciclo de sentimentos, idealizações e expectativas que foram sendo construídas ao longo do processo de gestação. Muitas vezes esses sentimentos são construídos bem antes da gestação de fato, pois podem fazer parte do contexto cultural, social e familiar em que essa mulher está inserida (ROSA et al., 2021).

As experiências anteriores, sejam aquelas que lhe foram apresentadas por familiares ou amigos próximos, tem papel importante na construção dessa ideação do parto.

Em virtude das experiências progressas algumas mulheres são impulsionadas a buscar modelos alternativos de assistência obstétrica para suprir suas necessidades e expectativas relacionadas ao parto. Para tal é necessário que essas mulheres vislumbrem novas possibilidades, o que ocorrerá após apresentação a novos modelos assistenciais, sejam por profissionais de saúde, mídias digitais, rodas de conversa, entre outros (APOLÔNIO et al., 2021).

Nesse contexto, a E7 relatou que no primeiro parto, apesar de parecer que tudo foi lindo e perfeito, com o tempo ela foi percebendo como aquele momento havia moldado seus sentimentos e percepções, e como esses sentimentos a machucavam. Por isso, quando engravidou novamente ela buscou receber cuidados diferentes daquele vivenciado anteriormente. A experiência que viveu no primeiro parto foi importante para que ela buscasse um novo contexto de atendimento quando engravidou pela segunda vez.

Esse parto eu fui muito atrás para que fosse um parto humanizado, um parto natural com o mínimo de intervenção possível e porque eu queria ter, na verdade eu estava buscando uma experiência oposta à experiência que eu tive no meu primeiro parto. Eu tive uma cesárea anterior desnecessária, com nenhuma informação. E eu fui sentindo os efeitos daquele parto em mim, nos meus sentimentos só depois dele. Eu não me preparei durante a gravidez, eu fui percebendo o quanto aquilo tinha me feito mal, algumas coisas que tinham acontecido nessa cesárea anterior e o quanto tinha impactado no meu início de maternidade. (E7)

Os sentimentos vivenciados durante o parto podem reverberar ao longo da vida, e são fortemente revividos em outras gestações e partos dessa mulher. Com isso, as experiências anteriores tem um grande peso na tomada de decisão em gestações subsequentes.

Esse relato nos desperta para uma realidade vivenciada por muitas mulheres que não são atendidas da maneira como esperavam ou até mesmo que sofreram algum tipo de violência obstétrica e que esse atendimento tem papel preponderante no processo de idealização, construção e ressignificação dos sentimentos em uma nova gestação.

Muitas vezes a parturiente tende a seguir os caminhos propostos pela equipe de saúde que a atende. No entanto, em virtude de determinadas ocorrências ou situações essa mulher percebe que tal atendimento não ocorreu conforme suas expectativas e a partir dessa percepção que elas podem empoderar-se, ressignificar sua experiência, reconstruir-se emocionalmente para resgatar sua autonomia e seu direito de escolha para uma nova gestação, parto e nascimento (DIAS, PACHECO, 2020; SANTANA et al., 2020).

As mulheres mesmo de maneira inconsciente tendem a seguir as orientações e indicações definidas pelo profissional que as atende, mas nem sempre essas condutas as deixam seguras e confiantes de que seguiram o melhor caminho.

Quando analisamos essa situação à luz dos pilares do paradigma da complexidade conseguimos perceber o quanto as regras estruturais da sociedade se organizam para suprir as necessidades dos indivíduos contidos nesse contexto. Mas essa análise, muitas vezes é realizada de maneira simplista, fragmentada e com isso os interesses e necessidades podem contemplar apenas um dos lados desse sistema.

Nesse caso, quando a decisão e definição das condutas a serem tomadas durante a assistência ao parto forem estruturadas apenas por um componente desse elo a desarmonia pode ser percebida nesse processo. Por isso, as tomadas de decisão devem ser resolvidas em parceria por profissionais de saúde e mulheres, pois assim é possível analisar a situação em sua totalidade, uma vez que cada parte desse engrama interage entre si.

O sentimento de dúvida com relação ao tipo de parto e a incerteza de terem acatado a indicação médica no momento do trabalho de parto fez com que algumas participantes desse estudo colocassem em dúvida sua própria capacidade de parir.

“Ah! Será que realmente é necessário fazer uma cesárea?” (E2)

Entrei para a cesárea e aí quando foi mais ou menos quatro e pouco da tarde o bebê nasceu. [...] Tranquilo, mas ainda fico com aquela coisa que se eu tivesse insistido um pouquinho mais eu conseguiria fazer um parto normal, que eu me preparei tanto. (E4)

A mulher além de conviver e lidar com várias situações durante a gravidez, ela também precisa decidir a via de parto de sua preferência, e essa é uma decisão influenciada por diversos

fatores, sejam pessoais, da sociedade ou ainda do profissional que a assiste (TAVARES et al.; 2020).

Um estudo realizado com 28 puérperas usuárias de uma maternidade do sul do Ceará investigou a satisfação dessas mulheres com relação à cesariana. O estudo aponta que as mulheres que planejaram um parto normal e tiveram que ser submetidas ao parto cirúrgico sentem-se frustradas, mas imaginam que com a cesárea puderam evitar riscos desnecessários (SANTOS; BELTRÃO, 2021).

Muitos sentimentos expostos pelas participantes vêm de encontro às falas das participantes do estudo citado anteriormente. A frustração pelo fato de não ter conseguido finalizar o trabalho de parto conforme o planejado foi demonstrado por várias mulheres. No entanto, apesar de sentirem-se frustradas ou até mesmo em dúvida com a real necessidade da realização da cesárea, elas se agarram a ideia de que a cesárea veio para proteger o bebê e a elas próprias de uma situação de risco. Esse sentimento fica explicitado no relato da E12, que apesar de não ter tido o parto normal conforme seu desejo inicial, a indicação da cesárea garantiu a ela a tranquilidade de ter proporcionado segurança ao bebê.

“Sinto muito, mas agora está contra indicado o parto normal na sua situação (fala da médica)”. Então vamos, já que não tem jeito e falei: “partiu bloco!”. Então a gente foi para a cesárea. Eu falava que se fosse para sair tinha que sair de algum jeito, que eu não queria que fosse de uma forma que fosse prejudicar ele. (E12)

Ainda nesse contexto, E3 quando perguntada sobre o sentimento que ela vivencia quando se lembra do parto, ela relata que se sente feliz, mas foi um momento de apreensão, pois era uma experiência nova para ela e também pelo fato do trabalho de parto não ter evoluído como ela esperava e houve uma indicação de cesariana, mas ela sentiu-se aliviada porque apesar disso o bebê nasceu bem.

Assim, de felicidade, porque eu tive a minha filha e de alívio também porque a agente, eu particularmente fiquei naquela apreensão. Como era minha primeira neném eu não sabia o que eu ia esperar de um parto, o que ia acontecer. Por mais que as pessoas vêm e falam para a gente, não tem como saber a real noção do que é um trabalho de parto. Envolve muito sentimento, aquela tensão de ter o neném, aquela vontade no meu caso do parto normal, mas como não aconteceu, mas pelo menos o alívio dela estar bem. (E3)

Sem dúvidas as mães idealizam, desejam e cercam-se de todos os cuidados para que o nascimento do filho ocorra da maneira mais segura e tranquila possível. Mas nem sempre as mulheres estão preparadas para situações que fogem dessa idealização de parto perfeito. E10 fala sobre essa situação quando diz que “a gente não pode esquecer que o momento do nascimento, na maioria das vezes é de alegria, mas não é sempre, porque você tem as

descobertas, aflições, as complicações que não estavam aí antes.” Essa percepção nos mostra que muitas vezes as mulheres não estão preparadas para situações adversas às programadas por elas, trazendo sentimentos conflitantes relacionados ao parto e nascimento de seus filhos.

Além do sentimento de frustração com o parto, observou-se também no relato da E3 um sentimento de culpa por acreditar que pode ter sido responsável pela dor e sofrimento do bebê em virtude dela ter desejado a realização do parto normal.

Porque para mim foi um susto, na hora que o meu neném nasceu com um risco grandão na cabeça eu me senti culpada no momento, por ter tentado o parto normal e não ter dado certo. Junta que a gente fica instável, aí eu colocava a culpa em mim. [...] “Nossa, porque eu fui fazer isso!”. Minha filha, de certa forma sentiu dor dentro de mim, de certa forma eu a fiz sofrer por uma coisa que eu tentei, tentei e não consegui. Que era uma vontade minha, que eu tinha de realizar (olhos lacrimejando). Foi por isso, porque eu quis o parto normal, tentei induzir, se eu não tivesse induzido, tivesse sido cesárea de uma vez, não teria acontecido isso. (E3)

A culpa é um sentimento universal e complexo, que tem como característica a carência, a falta, uma necessidade permanente do ser humano. Esse sentimento tem suas bases no desenvolvimento emocional-afetivo, que pode ser desencadeado por algum fato ou situação específica (MURIBECA, 2016).

Esse sentimento, evidenciado pela participante, tem relação direta com a construção social do papel materno, que define o padrão de boa mãe. A boa mãe é aquela que é capaz de suprir todas as necessidades, prestar todos os cuidados ao filho, independente de suas próprias necessidades e condições.

E vivenciar esse conflito não é fácil para as mulheres. A dualidade dos sentimentos e percepções entre a “mãe que eu sou” e “a mãe que esperam que eu seja” exacerbam o sentimento de culpa, promovendo um desgaste físico e emocional muito grande para elas.

A culpa tende a desestruturar a personalidade humana, pois ela faz com que o indivíduo perceba que existe a imperfeição que é tão desabonada por todos, é como se não pudessemos ser nós mesmos. Para a culpa não há resolução, ela permanece latente, aguardando seu retorno ao primeiro deslize, por isso é imprescindível conviver pacificamente com ela (GONÇALVES, 2019).

E4 menciona esse processo de superação da culpa quando remete sua própria aceitação, seu perdão por não ter conseguido ter o parto que desejava. No entanto observamos que mesmo ela relatando que começou a se perdoar, a dúvida sobre suas atitudes e decisões acerca do parto ainda não estão resolvidas.

Eu comecei a me perdoar, mas durante 2 meses eu me pegava pensando: “será que eu não conseguiria ter esse parto normal como eu gostaria que

tivesse sido?”. [...] hoje em dia eu nem penso assim [...], não vou dizer que fui enganada porque eu estava ciente que isso poderia acontecer, mas durante um tempo eu fiquei sentindo meio, ou pensando também que se eu tivesse ido para outra cidade com suporte melhor que uma cidade do interior eu teria um parto normal? (E4)

O parto cirúrgico, apesar de ser considerado um procedimento rápido e cômodo, não desperta sentimentos positivos nas mulheres que se prepararam para um parto normal. Para essas mulheres o parto normal é um momento de superação, de protagonismo feminino, maior intimidade e vínculo com o bebê, além de ser visto como mais saudável e espontâneo (DAMASCENO; MARCIANO; ORSINI, 2021).

A equipe de saúde pode pressionar as mulheres de inúmeras formas para conduzi-las a aceitar a cesariana. No caso das mulheres que estão em trabalho de parto, estes profissionais muitas vezes utilizam-se do medo da mulher para impor a elas a responsabilidade pelos possíveis riscos ao bebê (DAMASCENO; MARCIANO; ORSINI, 2021).

Para Damasceno, Marciano, Orsini (2021, p.10) a cesariana “*retira do nascimento a essência de parir e que a visão cirúrgica sobre a cesariana substitui o parir por operar*”.

A impossibilidade de concretizar o parto que havia sido idealizado pela mulher pode tornar esse momento, tão esperado por ela, como um evento frustrante, provocando sentimentos como insatisfação e culpa por não ter sido capaz de parir conforme havia programado (FERNANDES; ALMEIDA; NASCIMENTO, 2021).

Então foi um misto muito grande de sentimentos. Quando eu paro para pensar assim, estava feliz, estava com medo, acho que eu exagerava em algumas coisas, mas a gente só sabe quando a gente passa, depois que a gente passa. Acho que era um misto de medo com felicidade, talvez mais medo do desconhecido do que extremamente feliz. (E4)

O medo é um sentimento muito explicitado pelas mulheres e pode estar relacionado à imprevisibilidade do parto, à dor ou até à postura dos profissionais de saúde. O medo do desconhecido, falta de clareza ou incerteza relacionada ao processo de parto, pós-parto e os cuidados com o recém-nascido são fatores desencadeadores desse sentimento (SANTANA et al., 2020).

O principal motivo desencadeador de medo que as participantes desse estudo relataram foi o de “não dar conta de cuidar do filho”. Elas complementam que o puerpério não é fácil, que além dos cuidados com o bebê e com a própria saúde, tem os cuidados com os outros filhos, com a casa e com o marido, e tudo isso é muito desgastante.

É um momento de mistura de sentimentos, uma expectativa muito grande. Como é meu terceiro filho, o medo de não dar conta, aquela expectativa de “vai nascer e eu não vou dar conta porque eu tenho dois e o terceiro não vou dar conta”. Então foi uma mistura de sentimentos, aquela ansiedade do

começo de ver se ele estava bem, se as coisas estavam bem, se ele nasceria bem, com saúde, chorando. A gente se preocupa bastante com essa parte da saúde, da normalidade, dos parâmetros, se ele ficaria bem. E ao mesmo tempo aquele sentimento de não dar conta desse terceiro bebê e eu tenho tantas outras atribuições, eu vou amar esse bebê igual? Eu vou conseguir dar atenção a ele como os outros? Porque os outros já têm uma rotina, uma necessidade, meu outro filho tem uma doença crônica, então assim, aquela expectativa de conseguir dar atenção ao pequenininho. (E10)

Vivemos em uma sociedade que supervaloriza e cobra das mulheres o papel de boa mãe. Esse papel é definido por padrões rígidos, exigindo que a mulher seja “*amável, acolhedora, terna, tranquila, compreensiva*” e todo sentimento ou atitude que fuja desse padrão tende a ser desabonado por todos. No entanto, o sentimento ambíguo, divergente e muitas vezes inconciliável vem para mostrar que esse padrão romantizado da maternidade não se enquadra com a vida real (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p.269).

Esse relato nos apresenta também o medo da mulher de não amar seu novo filho como ama os outros, o que nos remete aos conceitos de Badinter (1985), sobre a construção social do amor materno, o amor nato e instintivo que a sociedade atribui à mulher/mãe. No entanto, é notório que o amor materno é resultado de vários fatores construído ao longo do processo de ser mãe: o desejo pela gravidez, a idealização do filho durante a gestação, o contato no pós-parto, entre inúmeros outros.

Outro fator desencadear do sentimento de medo foi o momento que as mulheres estavam vivendo em virtude da pandemia da COVID-19. Algumas participantes tiveram seus partos durante a pandemia, o que gerou muita insegurança, medo e até mesmo falta de assistência por parte da equipe de acompanhamento da gestação.

Nós estávamos na crista da onda de COVID, eu tinha muito medo de ter COVID. Aqui mesmo na cidade, vivenciando histórias de mulheres que estavam grávidas, tinham COVID e tinham indicação de cesariana, na verdade durante a cesárea a mulher era intubada e não chegava a conhecer o filho. Então realmente foi um período de muita aflição, então o mínimo que eu pudesse ter contato com as outras pessoas. Sendo um momento que eu queria compartilhar com as outras, eu tinha que me recolher. Eu sentia que tinha que me recolher por ter esse receio. (E4)

Eu fui à minha consulta de pré-natal com meu ginecologista porque até tinha um tempo que eu não tinha tido consulta com ele porque com a pandemia ele simplesmente desapareceu, então sofremos um abandono durante o final da gestação, ele desapareceu não se tinha contato com a secretária, com ninguém, que foi o médico que eu fiz todo meu pré-natal. [...] Minha bebê nasceu numa pandemia, pra começo de conversa, de qualquer maneira seria um parto que a gente não tem referência nenhuma familiar, não tinha ninguém na minha família que tinha parido durante uma pandemia, no século 21 dessa maneira, que você não pode ver as pessoas ou pode, que todo mundo tem que estar de máscara em volta de um bebê, e na verdade na época que eu ganhei a (nome do bebê), foi bem no início da pandemia, não se sabia nada

quase em relação ao vírus, o vírus num bebê, o uso de máscara o não uso de máscara, estava tudo muito incerto, então já foi um momento de tensão muito forte, mesmo que tudo tivesse corrido como a gente imaginava, teria sido tudo uma questão muito forte, muito marcante. (E11)

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 deixou clara a vulnerabilidade do ser humano diante de uma doença desconhecida e com grande impacto na saúde de todos. Para as gestantes a pandemia exacerbou muitos medos que são inerentes a esse momento como a luta com o desconhecido e imprevisível, a exposição ao risco e ao perigo e a incerteza com relação ao futuro. (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

Para as parturientes em especial, muitas mudanças relacionadas à assistência também foram impactantes nesse momento, pois elas perderam a possibilidade de escolhas pessoais e viram-se presas aos rígidos protocolos assistenciais definidos pelos serviços de saúde. A principal queixa foi a impossibilidade de ter um acompanhante durante o parto, como podemos observar nos relatos a seguir.

Quando nós chegamos ao hospital, foi mais um problema porque não queriam deixar meu esposo entrar, não queriam deixar a enfermeira obstetra que estava me acompanhando em casa entrar, não queriam me deixar ter acompanhante, eu comecei a falar que eu não ia entrar sem acompanhante [...] (E11)

Eu tive a companhia do (nome do marido) até o quarto, quando me buscaram para a sala de parto ele ficou lá no quarto. Mas lá dentro só enfermeira, médico, anestesista e tudo mais. (E13)

O acompanhante cumpre um papel fundamental para o desenvolvimento do trabalho de parto, pois ele contribui para que a mulher se sinta segura, acolhida, protegida e cuidada, além de ser um grande suporte no suprimento de necessidades básicas tanto da mãe quanto do recém-nascido (CASTRO et al, 2022).

Diante de todas as discussões que tecemos nessa subcategoria ficou evidenciado que os sentimentos experimentados pelas mulheres durante o período gravídico-puerperal são muitos e variados. Sem dúvida os sentimentos de alegria e felicidade com o nascimento do filho são unânimes entre as participantes, o que não inviabiliza a presença de sentimentos antagônicos como medo, angústia, dor sensação de abandono, solidão, frustração, culpa.

Os sentimentos antagônicos não podem ser percebidos como ruins para as mulheres e que precisam de intervenção para solucioná-los, pelo contrário, esses sentimentos são muito importantes para que a mulher possa desenvolver uma análise crítica e apurada dos fatos e eventos vivenciados. Por mais desconforto e dor que esses sentimentos possam causar, eles ao mesmo tempo descortinam novos saberes e descobertas para essa mulher.

Vejam os casos de E7 e E8, que tomando por base as experiências ruins que tiveram no primeiro parto, elas ressignificaram esses sentimentos, buscaram orientação e conhecimento e se programaram para mudar a forma como o próximo parto deveria ocorrer. E com isso puderam vivenciar um parto saudável e tranquilo, superando os sentimentos e expectativas ruins que carregavam de suas experiências anteriores.

Morin (2015) nos faz pensar que os sentimentos antagônicos, apesar de divergentes se complementam, são interligados por laços naturais que juntam os sentimentos mais afastados e diferentes. As contradições internas são importantes para o processo de construção de novos paradigmas.

E é nesse sentido que podemos auxiliar as mulheres no processo de organização desses sentimentos, não ignorando uns sentimentos ou supervalorizando outros, mas sim utilizando os pontos de convergência entre eles para que a ordem e a clareza possam ser observadas pela mulher e que ela possa ressignificar seus sentimentos e vivenciar a maternidade de forma mais tranquila e satisfatória.

5.4.1.1.2 Subcategoria: Idealização x realidade: como lidar com um projeto que não deu certo?

Seis participantes desse estudo endossam essa subcategoria. Eram mulheres que desejavam um parto normal humanizado, sendo que a metade se programou para um parto domiciliar. Todas elas relatam que planejaram e idealizaram um tipo de parto e na realidade elas vivenciaram situações e assistência bastante diferentes do que elas tinham como expectativa, o que acarretou vários sentimentos conflitantes no processo de aceitação desse parto.

A idealização e a realidade nos remetem a termos dialógicos, antagônicos, que podem se comportar tanto como inimigos quanto como colaboradores entre si, o que possibilita a ambos seguir pelo mesmo caminho produzindo a ordem.

Essa subcategoria, apesar de ainda trazer os sentimentos vivenciados pelas mulheres em seus partos, tem como foco principal a relação entre todo o processo de preparação, estudo e idealização de como elas e seus companheiros imaginavam para o parto perfeito e como a experiência vivida trouxe sensações e concretizações diferentes daquelas que estavam no imaginário dessas pessoas.

Como pudemos observar no material coletado, as mulheres estão cada vez mais buscando informação, conhecimento e capacitação durante a gestação. Essa busca por

conhecimento as auxilia em todas as etapas da gestação, trazendo informações sobre cuidados com a própria saúde, como lidar com as mudanças fisiológicas da gestação e principalmente sobre o parto. Com isso, a escolha pela via de parto tem sido decidida por essas mulheres a partir das fontes de pesquisa utilizadas por elas.

A informação não pode ser observada como um mecanismo de chegada a um determinado conceito, ela é o ponto de partida, pois ela nos revela os fenômenos de maneira limitada, superficial, mas ao mesmo tempo nos abre a inúmeras possibilidades de busca e interação (MORIN, 2015).

Essa busca por conhecimento e informação tem se dado de maneiras variadas, mas com base nas participantes desse estudo, as produções e publicações nas redes sociais tem sido a principal fonte de busca das mulheres. Como podemos observar nos relatos a seguir:

“Eu falo que eu consegui parir a minha bebê por causa das redes sociais [...] foi por isso que eu consegui falar para o meu esposo quando saímos da última consulta do pré-natal, que o meu obstetra decidiu ali naquele momento que a minha gravidez era de risco depois de todo um acompanhamento: “Não é mesmo que os caras fazem isso? Ainda bem que a gente estudou!”. E a gente estudou foi pelas redes! São médicos, são ativistas, enfermeiros, são pessoas que estão aí tentando lutar contra o sistema informando às mulheres e as outras pessoas [...] e foi muito positivo nesse sentido.” (E11)

“Eu buscava informações através do Instagram, também, entrava em alguns perfis de médicos, lia alguns posts interessantes sobre parto... eu costumo fazer isso até hoje.” (E1)

O uso das redes sociais é uma ferramenta que permite aproximar pessoas de regiões geográficas e costumes distintos, promovendo um local de vasto conhecimento e possibilidade de discussões impossíveis e inviáveis na sociabilidade presencial. No Brasil as mulheres buscando se proteger da massiva campanha pelas cesarianas, encontraram nas redes sociais como o Orkut e o Facebook um campo de discussão e fortalecimento do parto normal. Esses espaços tornaram-se importantes para agregar mulheres que desejavam um parto normal e proporcionar divulgação, troca de informação e conhecimento (HUGUES; HEILBORN, 2021).

Apesar das redes sociais cumprirem esse papel informativo e ser uma ferramenta de fácil acesso, não se pode dispensar a atuação dos profissionais de assistência ao parto no processo de educação continuada em saúde. A informação, orientação e desenvolvimento do conhecimento dos casais grávidos é parte indissociável da assistência obstétrica e ponto fundamental nas consultas de pré-natal.

A autonomia e o direito da mulher de escolher a melhor forma para sua assistência ao parto devem partir do pressuposto que a mesma tenha recebido informações de forma

transparente por profissionais responsáveis e comprometidos, que possam tornar as gestantes competentes para essa escolha (PAIER et al., 2021).

No entanto, muitas mulheres buscam informações nas redes sociais justamente porque não as recebem de maneira clara e contínua pelos profissionais que as assiste durante o pré-natal. Conseguimos perceber duas situações distintas. Em algumas situações o profissional restringe-se a responder dúvidas levadas pela própria paciente, ou em outros casos, a mulher quer falar sobre o parto ou assistência e o profissional posterga essa orientação que será dada em determinado momento, dependendo de determinada situação.

“Primeiro porque eu queria falar de parto e eles falavam: - deixa isso mais para frente, vamos fazer o pré-natal, vamos fazer ultra, depois a gente fala do parto.” (E7)

Desde o início da gravidez eu já comecei a pesquisar, porque era uma grande curiosidade minha saber sobre o parto e poder escolher a melhor forma dela vir ao mundo. Mas o médico, o que eu precisava de informação dele ele era sempre muito direto nas consultas dele. Mais no finalzinho, [...] ele sempre tentava esclarecer as minhas dúvidas. Eu sempre anotava em um papel alguma coisa que ficava de dúvida e eu ia e perguntava para ele e ele me esclarecia. Ele não chegou propriamente dito e falou assim: “isso é benefício e isso aqui é malefício”, eu é que fui atrás dele e perguntei. Não sei se uma pessoa que não vai atrás da informação se ele iria dar ou iria ficar quieto. (E3)

A ausência de informações durante o pré-natal é a realidade para muitas mulheres, e essa falha da assistência pode interferir diretamente na decisão e escolha pelo tipo de parto, bem como o desfecho do parto escolhido ou pretendido (FRANK et al., 2021).

Independente da forma como as mulheres buscaram essas orientações e conhecimento sobre a gestação e o parto, ficou evidenciado que somente essa busca não é suficiente para que seus desejos, ideais e escolhas sejam atendidos. Além delas, existe um sistema estabelecido que muitas vezes não está em sintonia com essas mulheres. Esse sistema, composto pelos profissionais de saúde, familiares e sociedade tem um grande poder de influência e controle sobre as mulheres, que por vezes veem sua autonomia cerceada.

“Eu vejo meu parto como um evento que me moldou muito em relação a como eu vejo profissionais de saúde no geral. Tudo que estava no nosso controle me transformou muito porque eu me descobri uma pessoa muito informada, ao mesmo tempo muito forte, mas [...] a gente se frustrou porque toda minha gestação eu estudei, eu pensei ‘eu vou conseguir, eu não vou ser mais uma que vai ser pega nesse sistema’. A gente pensa que se informar, se empoderar, ir atrás de uma equipe que você confia, vai te prevenir de não passar o que muitas mulheres passam [...] Então eu por muito tempo fui meio inocente, eu pensei que estava no controle em algumas coisas e aí foi um grande aprendizado que eu percebi que não estava no controle e que sozinha no sentido de só como um indivíduo, uma parturiente, uma família que vai passar por aquele evento a gente é muito fraco diante de toda uma cultura de violência contra mulher”. (E11)

Com o advento da cultura de medicalização, o parto deixou de ser um evento feminino e familiar, e isso trouxe inúmeras alterações na forma como os partos passaram a ser desenvolvidos em nossa sociedade. Com isso, as mulheres comumente relatam que a via de parto é uma escolha médica e que elas não se sentem ativas nesse processo (VASCONCELOS et al., 2021).

Defensores dos direitos humanos e da humanização da assistência entendem que o excesso de autoridade e poder dos médicos devem ser enfrentados por um processo de “horizontalidade da relação médico-paciente”. Nesse sentido a autoridade consiste em uma relação pautada na assimetria, o profissional tem um papel na hierarquia por ter conhecimento técnico-científicos primordiais para o bom desenvolvimento do cuidado, mas por outro lado, ele não pode impor condutas sem que haja um diálogo produtivo e esclarecedor entre o binômio médico-paciente.

Mas esse ponto de equilíbrio entre o saber médico e o desejo da mulher não tem sido uma realidade para a maioria das brasileiras, que tendem a decidir a via de parto, não baseadas nas informações e orientações dos profissionais médicos e sim levando em consideração as suas experiências ou de pessoas de seu convívio (DAMACENO; MARCIANO; ORSINI, 2021).

As autoras descreveram em seu estudo que metade das participantes não recebeu nenhuma informação sobre o trabalho de parto e parto e a outra metade recebeu apenas algumas orientações, mas com relação à via de parto não houve nenhuma conversa nesse sentido (DAMACENO; MARCIANO; ORSINI, 2021).

Em virtude dessas condições assistenciais, as redes sociais têm se apresentado como um espaço amplo, seguro e disponível para as mulheres que buscam informações sobre os partos. No entanto, o que pudemos observar nesse estudo, que as mulheres utilizaram muito essa ferramenta de orientação, mas as expectativas delas não estavam em alinhamento com a forma de atendimento dos profissionais que as assistiu.

“[...] nenhum dos profissionais que me atenderam, atenderam às expectativas, até mesmo os médicos que estavam de plantão que não chegaram a protagonizar violência obstétrica contra mim, mas assim o fato de ficar falando da outra parturiente ao lado, milhares de coisas, de me ridicularizar... eu lembro que hora que terminou meu parto o meu obstetra falou assim “ Da onde você tirou esse negócio de doula, de parir” . (E11)

O termo “criar expectativas” foi muito utilizado pelas participantes que o associaram ao processo de idealização do próprio parto. Para Ayers e Pickering (2005) o termo pode ser inserido em campos diversos e sua construção é complexa, multidimensional e dinâmica. A expectativa é um sentimento, um pensamento que tem relação direta com o que cada um tem

como idealização acerca de determinada situação ou vivência, pressupondo como essa situação vai acontecer.

O desenvolvimento de expectativas com relação ao parto foi sendo construído pelas participantes tomando por base as suas experiências anteriores, a vivência de amigas e familiares e principalmente pelos conteúdos disponibilizados nas redes sociais, e como pudemos observar, os profissionais de saúde tiveram pouco ou quase nenhum papel nesse processo. E isso trouxe para as mulheres um sentimento de frustração e impotência no momento de realização do parto, pois as expectativas delas não eram compartilhadas com os profissionais de assistência ao parto. Como disse E9 ela planejou o parto dela na sua cabeça, mas esse planejamento não foi devidamente estabelecido com o profissional que a atendeu.

“O parto do (nome do bebê) foi muito planejado. Hoje eu entendo que não precisava ter sido tão planejado, eu devia ter soltado um pouco as rédeas porque aquela coisa de ficar planejando, planejando... eu fiz o projeto aqui (apontou para a cabeça) e como ele saiu do que eu planejei desencadeou várias situações e ansiedade”. (E9)

A concretização das expectativas para o parto deve ser construída em conjunto com a equipe de assistência ao parto, pois somente será possível administrar esse cuidado se o binômio médico-paciente estiver em sintonia e alinhamento. Nesse caso a comunicação aberta e efetiva deve ser o pilar principal entre os envolvidos.

E9 fala que não devia ter planejado tanto, que devia ter deixado as coisas acontecerem mais soltas, esse sentimento também foi explicitado pela E3. Elas usam esse argumento de que não deveriam ter criado tantas expectativas, pois como o parto não aconteceu conforme a idealização delas, essa situação trouxe à tona sentimentos de tristeza, angústia, frustração e medo. Essa fala nos remete à ideia de que a mulher, mesmo que de maneira inconsciente, traz para si a culpa de ter idealizado e programado tanto o seu parto, fator que trouxe sofrimento e frustração pela não concretização dessas expectativas.

“Eu não queria ter ido com uma expectativa muito grande de determinada coisa, porque a gente fica tensa, esperando aquilo acontecer. Se eu tiver, se Deus me permitir ter o segundo filho, eu quero que as coisas fluam mais naturalmente. Eu quero ir com o meu sentimento, sem colocar na cabeça o que o mundo lá fora está me falando, quero ir mais neutra.” (E3)

Outro processo utilizado por elas para enfrentar essa frustração foi o mecanismo de desconstruir em sua mente tudo o que elas haviam programado para seu parto. E para quase todas as mulheres desse grupo, esse processo precisou ser iniciado ainda durante o trabalho de parto, em que as condições planejadas do parto precisaram ser redefinidas imediatamente.

E aí, toda a cabeça que eu tinha preparado para um parto normal, naquele momento foi completamente desconstruído para fazer uma cesárea. E agora? “Eu acho que vou morrer”, era isso que eu pensava. Fui conversando com meu marido, eu realmente estava muito cansada. [...] mas ainda fico com aquela coisa que se eu tivesse insistido um pouquinho mais eu conseguiria fazer um parto normal, que eu me preparei tanto (risos). (E4)

Não foi como eu queria. Imagina, faltando duas semanas eu ter que ir atrás de outro médico? Dá uma insegurança. (E6)

Eu passei por uma cesárea, não era esse meu planejamento, meu planejamento mesmo era ter um parto normal, devido até à influência da minha mãe, porque ela teve nós três de parto normal. E também eu tinha muito medo da cesárea para te dizer a verdade, eu tinha muito medo do pós-operatório, porque eu sou dentista, e a gente tem um pouco de noção do que é a cirurgia da cesárea. E eu tinha medo de não dar conta de cuidar do neném e ainda estar com uma cirurgia de grande-médio porte. [...] mas recebi uma indicação de cesárea durante o trabalho de parto. [...] Eu entrei até assim com um pouco de medo da anestesia, mas lá foi super tranquilo, bem diferente do que eu tinha em mente [...] quebrou minha expectativa negativa que eu tinha a respeito dessa cesárea. (E12)

A dualidade de sentimentos nesse momento torna-se muito evidente. Elas sentem medo de realizar um procedimento para o qual não se prepararam, ao mesmo tempo sentem-se aliviadas pela concretização do parto. Sentem alegria pelo nascimento do filho, mas uma frustração por não terem realizado o desejo de parto idealizado.

Esse processo de aceitação não é fácil, e é vivenciado de maneiras distintas por cada indivíduo. A maioria delas, no momento em que a decisão precisava ser tomada seguiu as orientações da equipe de saúde e por vários motivos como cansaço, vontade de finalizar o trabalho de parto, medo de alguma consequência nociva para o bebê ou mesmo por insegurança de discordar da orientação médica acataram a indicação no primeiro momento. No entanto, depois do parto concretizado, o bebê saudável, o sentimento de que o final poderia ter sido o idealizado por elas trouxe muitos questionamentos, dúvidas e até mesmo sentimentos mais intensos como raiva e rancor.

“Ainda é um pouco incômodo. Esse momento do parto é uma coisa que eu tenho trabalhado ainda. Tenho trabalhado não toda semana na terapia, mas em alguns momentos isso surge, isso vem e eu me lembro às vezes com um pouquinho de rancor, mas eu já reconheço que não preciso de rancor hoje de ninguém, nem de mim mesma. É um sentimento que ainda estou tentando entender, para falar a verdade, porque a idealização do parto foi o maior problema, que eu enfrento por causa disso, que eu idealizei e a experiência que eu tive, que foram diferentes.” (E9)

As mudanças na assistência obstétrica ao longo dos tempos e a massiva medicalização do parto fizeram com que a relação médico-paciente sofresse uma assimetria. Essa relação é fator preponderante para a decisão sobre a via de parto, e o que vemos na atualidade, apesar de

todos os esforços para mudar essa situação, é o médico assumindo o papel de ator principal e a mulher coadjuvante. Esse arranjo impede a mulher de ser ativa no processo de dar à luz ao seu filho, gerando sentimentos insatisfatórios para elas, pois o cuidado recebido é diferente do cuidado esperado (ROCHA; FERREIRA, 2020).

E11 relata todo o desgaste físico e emocional que o parto provocou em sua vida. Ela idealizou, programou, se preparou física, emocionalmente e com embasamento técnico, mas várias situações e condições da assistência não estavam sob o seu controle, pois, dependiam de um terceiro, no caso os profissionais de saúde.

O meu parto foi um evento muito importante que eu planejei muito, nos organizamos muito, mas teve uma série de acontecimentos que não estavam nem no meu controle e nem no controle do meu esposo, que acabaram fazendo meu parto se tornar, ao mesmo tempo um grande evento maravilhoso, porque claro nasceu minha filha linda, saudável, mas também uma grande frustração, emocionalmente, fisicamente, é um trauma. [...] Como o parto não foi exatamente como eu imaginava eu senti um vazio enorme, (muito emocionada) e uma sensação de derrota gigante, parecia que eu tinha perdido o controle de tudo, eu queria que ela voltasse para dentro da minha barriga, porque daí também veio um baby blues super forte, um medo. (E11)

As participantes desse estudo vêm buscando alternativas para esse atendimento obstétrico medicalizado, e o parto domiciliar tem sido uma escolha para elas, que buscam por mais autonomia, segurança e um cuidado mais centrado em suas necessidades. No entanto, até mesmo o parto domiciliar pode ser traumático. Duas entrevistadas relatam episódios desagradáveis em seus partos enquanto estavam sob o acompanhamento da equipe de parto domiciliar, uma delas menciona inclusive que sofreu violência obstétrica nesse atendimento.

“Hoje eu percebo que em alguns momentos, uma das meninas da equipe, ela forçava muito a barra comigo, ela queria que eu fizesse força, mas não tinha nem 8cm de dilatação ainda, eu ia fazer força prá que? O menino não vai passar com 8cm de dilatação. Então eu via que a outra ficava tipo assim “calma, não fala assim não”. Mas era uma coisa muito sutil que na hora eu não percebi, mas hoje eu penso assim: ‘Gente! Não faz isso na frente da mulher que está ali tentando parir’.” (E9)

“Eu não sei se eu chamei meu esposo ou se ele saiu do quarto e percebeu que eu estava sozinha lá no quarto meio com dor, me ajudou a ir para o banheiro aí eu falei “marido tem algum coisa de errado, parece que elas não estão muito de acordo com relação a quem que vai receber o bebê e quem vai ficar por conta da minha assistência, parece que nenhuma delas quer ficar com a parte de receber o bebê” e daí ele queria saber porque que eu estava sozinha, se não era pra eu estar sozinha, falei que elas me mandaram ir pro banheiro e ficaram lá no sofá conversando, postando nas mídias sociais, fazendo fotos de “olha estamos aqui atendendo um parto humanizado” se auto promovendo e eu estava sozinha. Meu esposo acordou, foi lá ficou comigo, a gente conversou enquanto estávamos no banheiro eu falei “alguma coisa não está legal aqui” daí pra frente eu já comecei a perder meu parto domiciliar, já

comecei a cair na real que aquilo não estava legal e ele também, a gente já ficou muito insatisfeitos.” (E11)

As marcas deixadas pelo parto vão muito além de cicatrizes físicas, elas estão no inconsciente, vívidas nas memórias, lembranças e emoções e que são constantemente revividas individualmente pelas mulheres (DIAS; PACHECO, 2020).

“[...] eu idealizei muito, então eu fico um pouco receosa às vezes eu vou e volto, eu visito o meu parto e olho ele de longe para poder lidar com ele, porque às vezes é muito incômodo, eu não imaginei que conseguiria conversar com você para falar da verdade.” (E9)

“Esse parto me visita muito, qualquer noite que eu perco o sono por qualquer motivo eu volto no parto eu repasso todas as situações e penso em tudo que eu devia ter falado ou feito diferente.” (E11)

Diante do apresentado, voltamos ao título dessa subcategoria “Idealização x realidade: como lidar com um projeto que não deu certo?” e buscamos nos dados coletados como as participantes desse estudo lidam com essa situação e os sentimentos desencadeados por ela. Evidentemente cada mulher age e reage de maneiras distintas à experiência de parto, mas para as mulheres desse estudo duas situações ficaram em evidência, a busca por ajuda profissional com a realização de terapia e a preparação mais criteriosa para um novo parto.

A quebra das expectativas idealizadas pela mulher para o seu parto pode ter grande impacto psicológico e comportamental para elas, com desenvolvimento de sentimento de decepção pela “*perda simbólica*” de tudo o que planejou e o acompanhamento psicológico se faz importante nesse momento (DIAS; PACHECO, 2020).

“Quando minha ficha caiu que eu não tinha visto o [nome do bebê] nascer, eu olhei para trás e vi tudo o que tinha acontecido, aí veio aquele rancor, aquela coisa horrível eu percebi que eu tinha que me salvar de mim mesma. Minha cabeça foi criando e criando coisas e situações e possibilidade para uma situação que já havia passado e que não adiantava ficar pensando em outros caminhos diferentes do que foi. Eu precisei dela [terapeuta] para isso, e levou dias, semanas para eu conseguir contar o processo todo para ela”.
(E9)

Essas mulheres buscam nas sessões de terapia a oportunidade de ressignificar os sentimentos, independentemente das marcas deixadas. Ainda sobre a importância da terapia -E9 referiu que estava deixando de viver e aproveitar o crescimento de seu bebê, pois estava presa a sentimentos ruins que as lembranças do parto despertavam nela, e isso foi decisivo para que ela buscasse ajuda.

O desejo de ter um parto feliz e que fosse vivenciado conforme a expectativa das mulheres não deixou de ser pensado e idealizado por aquelas que tiveram uma experiência de parto ruim. Algumas participantes desse estudo passaram por experiências desagradáveis em

seus partos anteriores e quando estavam grávidas novamente buscaram meios e alternativas para que pudessem ter o parto que sempre idealizaram.

“Eu sempre desejei um parto domiciliar desde a primeira gestação, mas na primeira eu não tive apoio do meu marido, então foi um parto hospitalar. Mas ele viu que foi um processo tão tranquilo, tão fisiológico e tão bacana que aí ele se animou e ficou mais seguro para o próximo ser em casa.” (E1)

“Pela experiência que eu tive da cesárea, eu não queria uma cesárea de novo a não ser que fosse uma necessidade, eu queria normal para estar bem e cuidar dele, então eu já estava decidida. (E8)

No entanto, essa busca não é uma realidade fácil para as mulheres, que muitas vezes ainda encontram dificuldades e obstáculos para que esse desejo seja concretizado, tais como a dificuldade de encontrar profissionais e serviços de assistência ao parto que estejam em sintonia com os ideais da mulher, recursos financeiros limitados, falta de apoio dos familiares entre outros.

“Eu passei por três médicos antes de chegar à equipe que eu escolhi. Todos eram médicos do plano de saúde porque eu estava buscando achar um médico do plano de saúde por questões financeiras. [...] Eu percebi o quanto foi difícil, o quanto eu demorei até achar a equipe certa, eu sei que eu tive um privilégio enorme de poder pagar por uma equipe que eu pudesse confiar, que fosse me respeitar, respeitar as minhas escolhas, então eu tive que batalhar muito por isso.” (E7)

O sonho do parto ideal ainda é distante para a grande maioria das mulheres brasileiras, que convivem com uma realidade muito diferente da idealizada por elas. O Brasil, apesar dos avanços estruturados pelas políticas públicas vigentes desde 1996, que vieram na esteira das discussões acerca dos direitos das mulheres relacionados ao ciclo gravídico puerperal que ocorreram em Genebra, ainda não conseguiu fazer dessas políticas uma realidade da assistência.

Há muito para ser alcançado, como a quebra do modelo tecnocrático vigente, o respeito pelos direitos das mulheres, empatia e emprego de cuidados centrados em suas necessidades e principalmente a formação de profissionais para que haja uma ressignificação da práxis assistencial (RODRIGUES et al., 2022).

Diante do exposto, lidar com as frustrações de um parto que ocorreu de maneira diferente daquela idealizada pode não ser tarefa fácil para as mulheres, pois nem tudo está ao alcance delas decidirem durante o parto. Inúmeras mudanças são necessárias nesse contexto, principalmente as de cunho estrutural dos serviços e postura dos profissionais, bem como a valorização do papel central da mulher no cenário do parto.

5.4.1.1.3 Subcategoria: Causas e efeitos

A subcategoria “Causas e efeitos” vem com a ideia de compilar as discussões das duas subcategorias anteriores, onde discutimos sobre os sentimentos que as mulheres despertam em relação ao parto e pudemos observar que grande parte dos sentimentos evidenciados estão diretamente ligados ao cuidado e atenção recebidos. Além disso, discutimos um pouco sobre as informações recebidas pelas mulheres e o conhecimento delas acerca da temática, e como isso pode interferir no desfecho do parto.

A análise criteriosa dos dados nos apresentou algumas linhas de observação que são intimamente interligadas e que podem concomitantemente ser causa ou efeito para determinado desfecho, seja ele bem sucedido ou não. Essas linhas a serem discutidas são: informação, conhecimento, desejo, frustração, profissionais despreparados e cenário obstétrico atual. Nessa subcategoria especificamente, apesar das linhas desejo e frustração comporem o arcabouço, não as discutiremos separadamente, pois já tratamos dessa temática nas subcategorias 1 e 2. No entanto, vale ressaltar a relevância desses sentimentos experimentados pelas mulheres e o impacto que eles têm na vida e na maneira como elas sentem e percebem seus partos e que estão intimamente ligados com as linhas que serão discutidas a seguir.

Para iniciarmos essa discussão é importante conceituarmos duas palavras que aparecem de forma recorrente nas falas e discussões aqui apresentadas, trata-se dos termos informação e conhecimento. São termos distintos e interligados, mas que comumente são mencionados como se tivessem o mesmo significado.

O termo informação adquiriu grande relevância com o desenvolvimento tecnológico pós-segunda guerra proporcionado pelo uso global das redes de computadores. Cotidianamente utilizamos o conceito de informação associado ao conhecimento comunicado, mas não deveríamos considerar esse conceito isoladamente, pois ele está associado a outros conceitos como a documentação e mídia. Nesse contexto podemos dizer que a informação é o mecanismo pelo qual as pessoas recebem as notícias, conhecimentos, comunicados (CAPURRO; HJORLAND, 2007).

O conhecimento vem do verbo conhecer, que é o ato de entender, compreender, apreender algo baseado nas experiências ou raciocínio e é construído ao longo da vida pelo acúmulo de vivências e ideias. Na atualidade o sistema de conhecimento está tão compartimentado que muitas vezes não somos capazes de responder perguntas simples, pois os temas estão divididos em tantas áreas que muitas vezes não é possível unificá-las para construir uma resposta. Nesse contexto surge o pensamento complexo que nada mais é do que um pensamento hábil a reunir os conhecimentos separados (MORIN, 2015b).

Para Edgar Morin (2015b) informação não é conhecimento, conhecimento é a organização das informações. Estamos expostos e imersos em informações que nos chegam no dia a dia, e a sociedade como um todo não consegue ter consciência disso. O conhecimento está disperso, sendo imprescindível uni-lo.

Esse posicionamento de Morin com relação à informação e ao conhecimento é muito importante nesse contexto de discussão acerca de como as mulheres estão preparadas para a gestação e para o parto, pois as redes sociais ofertam muitas informações, mas que muitas vezes não conseguem gerar o conhecimento pleno para as usuárias.

Partindo dos princípios explicitados anteriormente as entrevistadas E5 e E7 trazem como o conhecimento acerca do parto foi sendo construído por elas e como essa consolidação do conhecimento foi importante para a satisfação das mesmas.

Quando eu tive o meu primeiro filho eu tinha 17 anos, e o que me ajudou e colocou tudo isso na minha cabeça foi o programa do PROMAE que é destinado a adolescentes e pessoas de alto risco na gestação, e lá tinha uma psicóloga que tudo que ela me falava eu absorvia e eu acho que eu falando aqui hoje é muito parecido com o que ela me falava lá e foi o que me convenceu a optar pelo parto normal. Ela me convenceu, ela me mostrou que ele seria muito melhor para mim, para o bebê, desde que eu tivesse condições de fazê-lo. (E5)

Foi uma construção, eu fui construindo aquilo desde o início da gestação, e fui procurando outras equipes, eu fui estudando, fui pesquisando, conversando com outras mulheres, aí participei de rodas e quando de fato aquilo aconteceu da maneira como eu imaginava que poderia ser, que deveria ser normal foi uma sensação de realização também, porque acho que lá no fundo eu ainda tinha medo de que desse tudo errado. (E7)

No entanto, a construção do conhecimento não é acessível a todas as mulheres, que muitas vezes recebem tantas informações, mas não conseguem transformá-las em conhecimento adequado e satisfatório para que possam tomar as decisões apropriadas para ao seu cuidado.

“Eu nem acredito que isso foi uma opção de fato. Eu acho que a gente só consegue optar se tiver conhecimento. Por minha falha mesmo eu não tive esse conhecimento, eu fiz uma opção sem saber exatamente o que eu estava escolhendo.” (E7)

Esse processo de informação e construção do conhecimento tem uma relação muito próxima de duas outras linhas de discussão nessa categoria, o cenário obstétrico atual e o perfil dos profissionais da assistência ao parto. Apesar de todos os avanços e implementação de medidas que visam à melhoria da assistência obstétrica, a mudança das práticas intervencionistas e a medicalização do parto ainda está longe de ser uma realidade no Brasil. Essa mudança passa necessariamente pela postura dos profissionais frente ao parto e também

pelo processo de construção do conhecimento, seja da mulher, sociedade e dos próprios profissionais.

Quando falamos do cenário obstétrico atual nos deparamos com inúmeras condições desfavoráveis e que podem trazer prejuízos para a saúde da mulher e do bebê. O inquérito Nascer no Brasil (2014) aponta que parir de maneira natural não é uma realidade para as mulheres brasileiras, independente da condição social e econômica das mesmas. Os partos são marcados por muita dor e excesso de intervenções, sem falar do excesso de partos operatórios que fazem do Brasil o campeão mundial em realização de cesarianas (ENSP-Fiocruz, 2014)⁶.

O parto antes considerado evento feminino e doméstico, foi ao longo dos séculos XIX e XX transformando-se, e hoje é um evento hospitalar, que requer cuidado e intervenção. No Brasil mais de 90% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar, cujo foco está centrado nas ações e decisões médicas, com a presença de muitos aparatos tecnológicos e intervenções cirúrgicas (LEAL et al., 2021).

É notório que o uso adequado das tecnologias durante a assistência obstétrica contribui fortemente para a redução de danos e complicações para o binômio mãe e filho, no entanto a utilização indevida e inadequada dessas tecnologias e o uso rotineiro de intervenções podem desencadear danos e prejuízos para a saúde de ambos (LEAL et al., 2014).

Ao analisarmos os dados relacionados à via de parto observamos que oito participantes (61,5%) foram submetidas a uma cesariana, sendo que três foram agendadas previamente e cinco receberam alguma indicação para a cesárea durante o trabalho. Há vários relatos de intervenções, que iniciaram com a indicação de indução do parto, pois estavam com 40 ou mais semanas de gestação.

“[...] minha gestação chegou até 41 semanas e aí eu fui para o hospital, eu marquei o dia de internar para induzir o parto, que era o dia que completava 41 semanas.” (E2)

“Porque na verdade ele perguntou que tipo de parto eu gostaria de ter, então eu falei que eu tinha vontade de ter o parto normal e a gente esperou, esperou e ele me falou: “A partir de agora eu não aconselho a esperar mais. Vamos tentar induzir porque é o parto normal que você quer, mas se não der certo a gente tenta a cesárea”. (E3)

“Aí foi indo, foi indo e 41 semanas e 3 dias e o (nome do bebê) não tinha dado nenhum sinal. Eu estava imensa, pesando 100 quilos, literalmente 100 quilos, fechei a balança do 100 e muita dor nas costas. Conversamos a médica que começou a me atender, com a equipe e elas falaram que iam induzir de

⁶ Disponível em https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil

maneira natural descolando a membrana. Eu falei: “beleza, mas eu não quero procedimento hospitalar nenhum”. (E9)

A indução pode ser realizada de maneira mecânica ou química, e é um procedimento que tem como objetivo estimular as contrações uterinas e com isso dar início ao trabalho de parto. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde – OMS, a indicação da indução deve ser analisada com critério, pois os riscos de hiperestimulação, ruptura uterina e sofrimento fetal devem ser levados em consideração. Sua indicação deve ser analisada criteriosamente e só deve ser estabelecida caso os benefícios prevaleçam sobre as possíveis complicações (AMANDO et al., 2020).

As intervenções durante a assistência ao parto são uma realidade nas maternidades brasileiras, e elas ocorrem em graus e medidas variadas. E11 faz um relato que demonstra que as ações de intervenção podem ser violentas causando dor e sofrimento físico e emocional desnecessários.

“Infelizmente eu pedia para o médico parar de massagear meu períneo e ele não parava nem um segundo, o tempo todo que a bebê estava nascendo, ele ficou massageando o meu períneo e eu mandava ele parar porque me desconcentrava de fazer força e eu não conseguia sentir muito bem. Eu tinha feito uns exercícios pélvicos durante a gestação, mas ali eu não conseguia muito bem porque, parecia que eu não sentia muita dor de contração por causa da analgesia, mas eu sentia muito o ardor dele mexendo no meu períneo e aquilo estava me atrapalhando, eu falei e mesmo assim ele continuou. A outra médica estava impaciente, eu falava ‘espera eu quero respirar’ e a médica ‘não é questão de esperar e respirar é questão de que seu bebê não pode ficar aí todo o tempo do mundo’, mas não tinha nem 10 minutos que eu estava no expulsivo. O médico pediu para enfermeira (a mesma que me recebeu aos gritos na maternidade) que estava na minha cabeceira para ela fazer a manobra de Kristeller em mim, aí eu falei que não queria, que não era para fazer, na verdade ele falou ‘da um empurradinha em cima da barriga dela por favor enfermeira’. Nesse momento eu falei ‘não empurra, não é para empurrar, não é parar fazer manobra’. Eu olhava para o meu esposo tipo ‘você não vai deixar eles fazerem isso, porque agora eu estou aqui com as pernas pra cima, não tenho muito como lutar contra isso’. A enfermeira falou ‘olha doutor a paciente não quer e eu não vou fazer’ e ela não fez. O médico disse ‘ela não quer uma ajudinha?’ daí eu falei ‘não, obrigada, não quero’ ficou todo aquele clima na sala de parto. [...] Mas antes de eu começar a empurrar a bebê, antes dele por a mão em mim, eu falei ‘doutor você lembra o que gente combinou no consultório que não tinha episiotomia, que seria sem episiotomia?’. Ele não ficou muito feliz, mas ele já tinha combinado isso comigo e tinha um monte de gente em volta e ele não podia fazer pelo jeito, mas mesmo assim eu pari a minha filha vigiando o tempo todo. [...] A pediatra ficou muito nervosa o tempo todo, não sei qual o problema que ela estava quando entrou na minha sala de parto, ela só me olhava, eu lembro que eu fazendo força e essa mulher me encarando. Aquele tanto de acadêmicos com aquela carinha de tipo ‘isso, você consegue’ e aquilo me dava uma irritação, mas enfim, pelo menos eles estavam torcendo por mim de alguma maneira. A pediatra que estava P da vida de estar lá, ela queria mesmo que eu deixasse cortar, empurrar para sair logo a bebê, e eu só pensava assim ‘gente eu estou

fazendo força, esse povo está em um desespero para a minha filha nascer’. E ela falou assim ‘sua filha não pode ficar todo esse tempo aí’ e eu falei ‘então vem e ausculta meu bebê, porque que você não ausculta o meu bebê?’ Porque eu pensei se a minha bebê não está bem e eu preciso fazer uma força urgente que ela precisa nascer, da onde ela está tirando isso se ela não está sabendo como está o coração da minha bebê?’ (E11)

As condutas desses profissionais são caracterizadas como violência obstétrica, no entanto são práticas realizadas com tamanha naturalidade e de forma protocolar que os algozes não a percebem como violência. O papel de submissão da mulher imposto na vida e na sociedade é estabelecido em virtude das relações de poder. Nesse contexto, o médico assume a ponta dessa relação de poder por se enquadrar na figura do detentor do saber e por ser uma categoria profissional que recebe da sociedade grande apreço moral (DIAS; PACHECO, 2020).

Podemos perceber nas falas da E11 como ela estava submissa, entregue aos cuidados de uma equipe que ela não confiava e quão desprotegida ela estava: “*você não vai deixar eles fazerem isso, porque agora eu estou aqui com as pernas pra cima, não tenho muito como lutar contra isso*”. Ela ainda fala: “*eu pari a minha filha vigiando o tempo todo*”.

A discussão sobre o cenário obstétrico atual esbarra principalmente na qualificação dos profissionais de assistência ao parto. São relações uníssonas que se retroalimentam cotidianamente. Inúmeras iniciativas foram desenvolvidas nas últimas décadas com o objetivo de garantir às mulheres uma assistência de qualidade, pautadas nas suas necessidades e que pudessem proporcionar segurança e satisfação para elas.

O despreparo dos profissionais pode estar relacionado entre outros fatores à falta de qualificação, à baixa remuneração, à dificuldade em compreender os direitos das mulheres nesse contexto, bem como de seus familiares. Outro fator preponderante nesse processo é a formação do profissional que não garante a discussão de temas básicos para o atendimento como, por exemplo, a humanização da assistência (OLIVEIRA et al., 2019).

Com isso, muitas mulheres estão expostas a uma assistência desqualificada, cujas ações e condutas são realizadas de maneira a reproduzir padrões de cuidado muitas vezes obsoletos. Em condição diametral existe a atenção obstétrica pautada em boas práticas, cujo pilar de sustentação é um conjunto vasto de evidências científicas que garantem segurança para a assistência ao parto.

Em 2017 o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que reúnem as mais recentes evidências científicas para subsidiar o atendimento seguro e qualificado para as mulheres durante o trabalho de parto e parto. Esse documento traz de forma clara, objetiva e unificada todas as informações necessárias para que o provedor do

cuidado preste a melhor assistência para cada mulher, reduzindo as intervenções desnecessárias e todos os agravos à saúde que essas intervenções podem causar ao binômio mãe-filho (BRASIL, 2017).

A qualificação e a formação dos profissionais de assistência ao parto é uma preocupação também para as mulheres, que conseguem perceber como esse processo tem relação direta com a forma como elas são atendidas.

“Os médicos também precisam de uma formação em obstetrícia que seja digna de ter um título de obstetra, porque não é possível chegar para uma mulher que pode ter a decisão de ter um parto ou não e aquela pessoa simplesmente diz diversas coisas que não são verdadeiras”. (E4)

“Eu acho que a gente precisa de médicos que entendam que a gente precisa ser tratada com humanidade. É uma palavra batida, mas é tratar a gente como gente”. (E9)

“É estrutura, uma mudança de cultura eu acho, mas principalmente de estrutura, do hospital, de formação dos profissionais da área da saúde, que muitos deles estão praticando coisas aí que violentam as mulheres e os bebês durante os partos, mas eles acham que aquilo é certo, não é porque as vezes eles são pessoas malvadas, conspirando contra o mundo, as vezes é só jeito que eles aprenderam”. (E11)

“A gente sabe que o médico tem ar superior e se a gente paciente for discutir com eles, eles se sentem ofendidos e eu acho que deve ter mais empatia na equipe médica, nas equipes de saúde vamos dizer”. (E12)

A qualificação profissional é um dos eixos norteadores da Política Nacional de Humanização e deve ser desenvolvida em todas as unidades de assistência ao parto com o intuito de manter altos padrões de qualidade para o cuidado.

Estudo realizado com gestores de saúde de maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro apresenta a dificuldade dos gestores nesse processo de qualificação, uma vez que muitos profissionais que estão atuando na área de obstetrícia não estão preparados para desempenhar tal papel. Os dados reforçam a dificuldade enfrentada no processo de qualificação dos profissionais com mais tempo de serviço e formação, por serem resistentes a implementação de novas práticas e condutas na assistência, principalmente das boas práticas intervencionistas (PAULA et al.; 2020).

O dilema da formação e qualificação profissional em obstetrícia está inserido em um contexto muito mais amplo e complexo que não pode ser resumido tão somente à área de educação. O ato de parir e nascer não são regidos unicamente pelo processo fisiológico, é também um evento social e cultural, que traz consigo tradições e padrões estabelecidos ao longo dos tempos que fazem parte da memória dos indivíduos.

E nesse contexto, o cenário obstétrico em que estamos inseridos e a formação dos profissionais que prestam assistência ao parto estão interligados. Para que haja mudança real na assistência é imprescindível que ambos os setores passem por reformas e estruturação.

Historicamente a formação profissional em saúde segue o modelo tradicional, tecnocrático e centrado na figura do profissional médico, caracterizada pela superespecialização e pouca valorização pelos saberes popular (CARVALHO; GÖTTEMS; GUILHEM, 2021).

Como já discutido anteriormente, as mulheres estão cada vez mais buscando informações, orientações e desenvolvendo conhecimento para vivenciarem o momento da gestação e do parto com mais segurança e autonomia. Mas essa mudança de postura das mulheres não está em plena sintonia com as mudanças da assistência obstétrica como um todo, o que pode desencadear sentimentos como frustração por não terem seus desejos respeitados no momento do parto.

Partindo desse pressuposto, a ambiguidade entre idealização e realidade estará sempre posta, pois segundo Morin (2015, p.9) “*erro, ignorância e cegueira progridem ao mesmo tempo que os nossos conhecimentos*”. Dessa forma, é imprescindível que haja uma discussão ampla e aberta por parte de todos os setores envolvidos no processo de assistência obstétrica.

Essa discussão nos remete à complexidade, onde o uno e o múltiplo estão em tamanha congruência que podem a primeiro momento parecer ambíguos, desordenados, incertos (MORIN, 2015). Essa análise do todo, sem permitir o isolamento dos acontecimentos, das ações, das interações, pode levar a um denominador comum e satisfatório tanto para mulheres quanto para os profissionais que as assistem.

Nesse sentido, as mudanças no cenário de assistência obstétrica podem ser iniciadas através do conhecimento das necessidades e expectativas das mulheres com relação ao parto e respeito às suas escolhas pessoais, bem como a valorização do saber técnico dos profissionais de saúde, que devem ser desempenhados com o objetivo principal de garantir a saúde e bem estar do binômio mãe-filho.

5.4.2 Diagrama 2 – Eu falo! Você me escuta?

O diagrama 2 “Eu falo! Você me escuta?” reflete a percepção das mulheres com relação à sua capacidade de expressar os sentimentos advindos do seu parto e como a sociedade e/ou seus familiares e amigos podem interferir nesse processo. Ele é composto pela categoria “Eu quero falar... Quem está disposto a me ouvir?”, que se subdivide em duas subcategorias: 1 – Parece que a gente não pode sofrer as dores da gente e 2 – Não é tudo que eu quero/posso falar.

Diagrama 2 – Eu falo! Você me escuta?



Fonte: Da autora, 2023.

Esse diagrama nos remete à ideia de complexidade de Edgar Morin, que nos apresenta a analogia do emaranhado de linhas e fibras que quando juntas formam em tecido único e coeso (MORIN, 2015). Nossos dados são o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos que constituem o fenômeno que nos dispusemos a estudar.

Por isso, apresentamos esse diagrama como uma colcha de retalhos, composta por inúmeros sentimentos, falas, sensações, que separadas não fazem muito sentido, mas quando buscamos a ordem, a certeza, a precisão e a clareza, somos capazes de distinguir e hierarquizar essas ideias.

5.4.2.1 Categoria: Eu quero falar... Quem está disposto a me ouvir?

As participantes desse estudo relataram como sentem necessidade de conversar e expor os sentimentos vivenciados em seus partos, mas encontram muitas dificuldades nesse sentido. Em algumas situações não encontram condições e possibilidades de iniciar essa conversa, ou quando encontram esse ambiente propício para a conversa nem sempre as pessoas conseguem entender seus sentimentos ou dar a elas a resposta ou apoio que esperam.

5.4.2.1.1 Subcategoria 1 – “Parece que a gente não pode sofrer as dores da gente”

Essa subcategoria apresenta as queixas das mulheres com relação à forma como as pessoas minimizam seus sentimentos e dores, não acolhendo ou dando suporte às necessidades que as mesmas apresentam nesse momento.

O título dessa categoria é exatamente a fala da E11, que comenta sobre o positivismo tóxico com que as pessoas reagem às suas queixas e reclamações com relação ao seu parto.

Tudo você tem que ver pelo lado positivo sabe? Parece que a gente não pode sofrer as dores da gente. Às vezes eu sentia também que eu não podia falar sobre isso e algumas pessoas tipo assim: “é! Mas já pensou se tivesse que usar um fórceps como teria sido pior? (E11)

A positividade tóxica faz um contraponto à psicologia positiva. A psicologia positiva é uma linha de estudo e atenção na área da psicologia que faz com que o indivíduo faça uma mudança de foco acerca de determinadas situações. Não se trata de desconsiderar os problemas humanos, mas sim dar atenção à positividade (otimismo), qualidades, virtudes e

potencialidades, buscando que haja uma compreensão das perspectivas de sofrimento e felicidade, pois apesar de contraditórias são complementares e necessárias (ACHOR, 2012).

A positividade tóxica ocorre quando um indivíduo tenta suprimir os sentimentos negativos de outro com frases de animação e forte apelo. Essa situação pode trazer inúmeros prejuízos para a pessoa que está passando por problemas e dificuldades, pois podem se sentir invalidadas e não ouvidas. Normalmente as pessoas que utilizam essas frases de otimismo o fazem acreditando que estão ajudando a pessoa a enfrentar esse momento difícil.

Para E2, sua mãe tentou consolá-la por ela não ter tido o parto normal como desejava, e para isso utilizou de uma frase conhecida por muitas mulheres: “*Ah filha! Eu sei que você queria muito e tal, que pena, mas importante é que ela nasceu bem e com saúde*”. E tal fala proferida pela mãe realmente a auxiliou a construir uma narrativa de aceitação desse parto, como podemos ver em sua fala a seguir:

Depois até meio que ameniza um pouco isso, porque na hora eu fiquei bem chateada, na hora que eu soube que tinha que ser cesárea. Mas depois que ela nasceu isso amenizou, porque eu comecei a pensar que o mais importante mesmo era eu estar bem, ela estar ali comigo, com saúde e aí eu fiquei mais tranquila com relação a isso. (E2)

Nem sempre as frases de efeito positivista são percebidas pelas mulheres como um processo de ajuda e sim como uma forma de repreensão e como mecanismo de censura para suas queixas e reclamações.

Eu me sentia muito reprimida, como se eu estivesse procurando problema, inclusive eu ouvi de algumas pessoas próximas assim: ‘porque que você está chorando? Porque você acha que foi ruim? Seu bebê está bem, você está bem. Seu filho é lindo! Você teve o privilégio, você teve uma maternidade ótima, você foi super bem cuidada’. Eu ouvi isso de algumas pessoas quando eu tentei começar expressar alguma coisa e aí eu acabei não falando mais sobre o parto, sobre essa experiência. (E7)

A falta de apoio e julgamentos relacionados à escolha da via de parto também foi mencionada pelas participantes como uma atitude rotineira das pessoas, que com as falas e expressão de ideias tentavam dissuadi-las de suas convicções.

“[...] eu estudei muita coisa, li bastante coisa, vi o relato de outras mães nos aplicativos, então eu pensava: eu quero tentar o parto normal. [...] Já quem estava à minha volta, às vezes me desencorajava. Nesse sentido tem dois grupos de pessoas. Um grupo dizia que tem que tentar o parto normal, que o parto normal é melhor e tinha o outro grupo que dizia que a cesárea era melhor. No caso da cesárea eles falavam a questão da dor, não tem dor de jeito nenhum, é mais seguro, é mais rápido, você marca e vai lá. Já o grupo do parto normal falava que era melhor para a criança, você sentiria a dor, só que passaria. Só que até o grupo do parto normal me fez mal, porque eu falo assim, as coisas a gente tem que deixar acontecer, a natureza fluir”. (E3)

“Quando eu falava que queria o normal teve rejeição assim: ‘você é doida, isso não é natural não, é sofrimento’, [...]. Mas tem muito preconceito ainda. A família também apoiar o que a pessoa decidir, não só ficar falando: ‘não, não compensa’”. (E8)

5.4.2.1.2 Subcategoria 2 – “Não é tudo que eu quero/posso falar”

Nessa subcategoria discutiremos sobre os sentimentos que às vezes as mulheres guardam para si mesmas, pois são assuntos ou situações que poderão expô-las a julgamentos, comparação, vergonha, sensação de incompetência e derrota.

Anteriormente discutimos sobre todo o processo de construção e idealização que as mulheres desenvolvem sobre o parto e todos os acontecimentos que o rodeiam e quando o parto real não contempla as nuances do parto idealizado, vários sentimentos são experimentados por essa mulher. Em algumas situações esses sentimentos são tão íntimos e profundos que são deixados às escondidas pela mulher, seja por medo ou vergonha de expô-los ou por que os deixando escondidos elas os mantêm afastados de seus pensamentos.

Conviver com esses sentimentos, escondendo-os, é uma ferramenta utilizada por muitas mulheres que buscam seguir em frente com a vida, provando à sociedade que são competentes e com isso buscam ser aceitas. Nesses momentos de fragilidade, em que há baixa autoestima o ser humano tem como tendência ser muito exigente consigo mesmo, assumindo uma grande carga de responsabilidade e julgamento para si (POKLADEC, 2020).

Para E11 o fato do seu parto não ter acontecido em casa como ela havia programado fez com que ela se sentisse fracassada e envergonhada, pois ela à sua maneira mobilizou seus familiares para que os mesmos entendessem e aceitassem a proposta de parto domiciliar. A família inclusive auxiliou financeiramente para que o seu desejo fosse concretizado e essa situação trouxe um peso ainda maior para seus sentimentos.

“Até hoje a minha família não sabe exatamente porque que eu pedi transferência para o hospital, eu falo que é porque fazia muito tempo que eu estava em casa e eu não dilatei rápido e eu meio que eu precisava descansar e eu queria analgesia e claro que isso só tem no hospital. [...] Enfim, eu sinto muita vergonha porque uma coisa que eu defendi tanto, não deu certo, então eu ficava pensando assim ‘aí meu esposo, toda hora ele vai olhar para minha cara ele vai pensar, nossa oito mil e tantos reais’ [...] no fim da gestação a minha mãe acreditou muito no parto domiciliar, a minha tia, várias pessoas da família disseram ‘eu vou te ajudar com a equipe, eu quero dar um presente para sua filha, então eu vou dar esse presente’. Nós fomos informando todo mundo ao longo do curso, e aí eu senti vergonha, porque no começo eu não entendi que eu tive que ir para o hospital porque não estava bom em casa, eu achava que eu tinha sido fraca, que eu não tinha aguentado, que eu não era parideira”. (E11)

Falar sobre esses sentimentos não é uma tarefa fácil e por esse motivo muitas pessoas optam por não apresentá-los, o que por vezes pode impedir que as mesmas os transformem. Essa dificuldade de expressar os sentimentos tem suas raízes na construção de cada indivíduo que inegavelmente é fruto do meio onde vive.

‘Quando a nossa mãe dizia, ‘engole e choro’, a gente está pegando a nossa emoção e guardando para dentro da gente. A gente está dizendo para aquela pessoa que ela não pode expressar a emoção naquele determinado momento.
(E4)

Quando analisamos esse fenômeno à luz do princípio recursivo do paradigma da complexidade podemos observar que as ideias e os efeitos dessas atitudes das mulheres são em sua síntese a causa e o produto de tudo que é produzido. Nesse contexto, o fato de não querer ou não poder falar sobre seus sentimentos tem relação direta com os padrões sociais e culturais de como deve ser o comportamento, a conduta e as atitudes de uma mulher que está assumindo um papel de grande relevância no ambiente familiar, que é o papel de mulher mãe. Com isso, a mulher/mãe que não cumpre os padrões de coragem, determinação e abnegação que comumente a sociedade define como adequados tem maior chance de ser julgada, e por esse motivo escondem seus sentimentos para que estejam protegidas da vergonha e do julgamento.

Os padrões sociais são definidores das ações e atitudes dos indivíduos, no entanto, cumprir tais padrões pode ser uma atividade difícil, com possibilidade de desencadear muitos conflitos e desgastes pessoais. E4 e E5 trazem relatos distintos, mas em ambos podemos verificar como a resposta da sociedade tem um peso importante na maneira como elas reagem às situações de conflito, e a opção por não falar o que pensam e sentem é uma escolha.

“Talvez a gente pegue uma ideia do que é um padrão dentro da sociedade e a gente quer construir o padrão da gente, mas são pensamentos, nós somos seres individuais e nós somos diferentes nas situações. Então quando alguém diz que ‘eu não vou conseguir amamentar’ a gente está no agostinho dourado, que amamentação é um ato de amor. Mas se a mulher não teve uma rede de apoio e não conseguiu amamentar? É muito pesado para uma pessoa ouvir que amamentar é um ato de amor e a pessoa não teve uma rede de apoio suficiente e não conseguiu amamentar. Acho que é mais por essa construção de padrões, e aí a gente entra em diversas esferas dentro da maternidade, do que é esperado, do que não é esperado e que a gente não consegue dizer”.
(E4)

“Eu acho que é por isso, por ainda existir um tabu de que o parto normal era de antigamente, que o parto normal era visto antes como um parto de pessoas que não tinham condições para pagar uma cesariana. Hoje isso está mudando. Mudou muito de uns tempos para cá. Se fosse para eu te dar uma entrevista a dois ou três anos atrás, mesmo antes de ter o terceiro filho eu já pensava exatamente assim, mas eu acho que eu não faria, sabendo que as outras iam poder ver e da forma como vão me interpretar”. (E5)

Para E11 os padrões e conceitos definidos pela sociedade de como deve ser o parto na atualidade foi o motivo pelo qual ela manteve seus sentimentos guardados. A participante reconhece que o parto domiciliar ainda é uma área da assistência ao parto pouco conhecida e muitas vezes mal compreendida pela sociedade. Por esse motivo, abrir uma queixa ou discussão acerca do parto domiciliar poderia colocá-la em uma situação de vulnerabilidade e julgamento extremos.

“Porque como ninguém falava de violência em parto domiciliar, eu duvidei da minha percepção dos fatos por um tempo aí eu comecei a conversar com meu esposo, ele ‘foi assim mesmo’ comecei a conversar com outra enfermeira e ela ‘foi assim mesmo’. Quando eu vi sua pesquisa falei: ‘eu preciso falar disso com alguém num todo, que eu preciso começar a falar disso’. No começo eu tinha muito medo de denegrir o parto domiciliar que já é tão taxado pela sociedade e muitas vezes injustamente, não estou aqui depondo contra o parto domiciliar, mas eu tinha medo. Eu não falei muito do parto domiciliar com as pessoas porque eu sei que as pessoas sempre iam fazer assim ‘está vendo, foi inventar! Olha lá! Esse pessoal começa inventar essas modinhas, está vendo, da errado’, então interfere muito, como as pessoa falam, como a sociedade lida”. (E11)

Apesar de tudo, o desejo das participantes por falar sobre seus sentimentos é recorrente em seus depoimentos, mas algumas pessoas não os manifestam por não se sentirem à vontade com o interlocutor, por medo de não serem acolhidas ou até mesmo por falta de oportunidades.

“Tem gente que a gente tem mais liberdade e tem gente que não. Eu acho que influencia nesse sentido. Depende da nossa liberdade. Se eu for pegar uma pessoa, um amigo, uma pessoa aleatória, talvez não vá compreender assim na sua totalidade o que foi aquele momento para mim, por mais que eu tentar passar, tentar expressar, talvez não entenda o tamanho do meu sentimento no momento.” (E3)

“É uma mistura muito grande de sentimentos e eu queria ter conversado sim, mas realmente ninguém pergunta, não há uma pergunta de ‘como você está’, nem da parte da equipe de saúde, nem da médica, nem da enfermagem, nem em casa mesmo, ninguém pergunta como você está. E como eu sou muito introspectiva, eu vou resolvendo as minhas coisas, comigo, em oração, então eu vou fechando. Mas não é que isso me cause sofrimento. E sim, seria muito bom, eu acho que quando a gente expressa a gente trabalha melhor, reflete melhor sobre aquilo e coisas bobas podem passar”. (E10)

Muitas vezes os espaços de fala e discussão precisam ser construídos pelas próprias mulheres, e nesse contexto as redes sociais e a tecnologia tem desempenhado um papel fundamental nesse processo.

Eu conversei muito com algumas amigas que são mães e foram mães nos últimos dois anos. Na verdade talvez isso tenha me dado um suporte maior de facilidade e até mesmo de acolhimento dessas pessoas, dessas minhas amigas, porque se surgia alguma insegurança, eu perguntava. E no contexto, é por vídeo chamada, porque na pandemia a gente não se encontra [...] e as vídeo chamadas foram muito acolhedoras nesse sentido. (E4)

Durante a gestação uma amiga minha criou um grupo no Whatsapp com várias mães, várias gestantes na verdade. Logo a primeira ganhou e a gente ficou naquela torcida, aí ela relatou sobre o parto. Foi uma passando segurança para a outra. [...] Então nós tivemos sim essa chance de trocar experiências. (E6)

Quando eu me vi grávida pela segunda vez é que eu fui criando força, criando coragem para criar um outro cenário para mim, inclusive das pessoas que estariam ao meu redor e de criar esses espaços de poder expressar o que eu estava sentindo. Eu fui muito atrás desses espaços, rodas, desses grupos. (E7)

A busca por esses espaços é reflexo da falta de abertura que muitas mulheres encontram para expressar seus sentimentos. E10 relata que não teve oportunidade para conversar, que nunca ninguém perguntou como ela estava. Para ela a escuta é muito importante, mas é mais fácil falar do que ouvir.

Eu acho que a escuta dessa mulher é importante, porque às vezes tem necessidade dela que ela vai deixando. No meu caso é isso, eu não falei sobre essas minhas preocupações, minhas necessidades, meu medo e eu fui seguindo, pedindo a Deus que cuidasse de tudo. Esse era o meu consolo, saber que Deus estava acompanhando, cuidando de tudo. [...] Eu acho que as pessoas têm um pouco de medo de ouvir, é muito mais fácil falar do que ouvir. De modo geral, como a gente vai conversar com amigos, é mais fácil falar do que dar um tempo para ouvir, então eu sinto que eu ouço muito mais, na hora de falar eu falo muito menos. Não que me cause sofrimento, mas eu acho que talvez se tivesse alguém, eu convivo muito com homens, meu marido, meus três filhos e meu pai que mora comigo, então não é um ambiente que as pessoas perguntam como você está. Normalmente uma mulher tem mais acessibilidade para isso. Eu não tenho mais minha mãe, que talvez teria esse espaço. (E10)

E10 menciona que vive em um ambiente muito masculino, e que sente falta da presença de sua mãe, pois ela acredita que uma mulher tem mais facilidade de entender a outra mulher. Essa percepção de E10 corrobora com os achados do estudo desenvolvido com mulheres que foram atendidas em uma casa de parto na capital mineira. Nesse estudo as autoras apresentam que o apoio e a presença feminina, geralmente mulheres com alguma vivência na maternidade, é de grande importância, pois elas são capazes de acolher, amparar, compartilhar dúvidas e anseios, tornando as mulheres mais seguras e confiantes para passarem por essa fase da maternidade (SILVA et al., 2021)

O desenvolvimento de uma rede de apoio para as mulheres é essencial para que a mesma possa ser acolhida e receba um acompanhamento integral. Habitualmente a principal rede de apoio que a gestante estabelece é com os membros da família, principalmente sua mãe e seu companheiro. Esse apoio foi exaltado por quase todas as participantes desse estudo, que consideraram a presença dos familiares imprescindível para seu conforto, segurança e bem-estar.

Enfim, o que eu posso tirar do meu parto em resumo, foi um momento de muita importância, principalmente porque eu tive meu marido do meu lado, contar

com a parceria dele foi muito importante para mim. Contar com a parceria da minha mãe foi muito importante para mim no pós. Quando eu ganhei (nome do bebê) ela é que ficou comigo. (E3)

Veio uma responsabilidade que eu não sabia se eu estava fazendo direito ou não. Eu só falava assim: “e agora, eu vou fazer o que?”. Mas me apoiei no meu marido que é uma pessoa extremamente participativa. Ele faz muito bem a parte dele, ele me dá um apoio psicológico extremamente importante. (E4)

O apoio profissional também foi mencionado pelas participantes como de grande importância. No entanto, nem sempre esse apoio é dispensado às mulheres conforme suas expectativas e necessidades.

Eu como enfermeira sinto falta da equipe de enfermagem na hora do preparo, as atividades em grupo, as partilhas que a gente costuma fazer em ambiente hospitalar são muito boas, porque elas preparam a mulher para esse momento, um momento realmente de muita mudança. Eu acredito em um diálogo aberto, que passe segurança para que ela se sinta segura em optar e se houver o momento de partilha com outros profissionais e com outras mulheres que estão passando pela mesma coisa, isso seria muito positivo, teria um espaço de reflexão, um espaço aonde poderíamos dialogar sobre o que seria melhor. Uma coisa é você ter uma leitura sobre o que é teoricamente e melhor para o corpo, para o bebê e tudo e outra coisa são as questões individuais. (E10).

5.4.3 Diagrama 3 – O que importa é o filho nascer bem?

Diagrama 3 – O que importa é o filho nascer bem?



Fonte: Da autora, 2023.

A construção inicial desse estudo foi alicerçada na frase que dá nome a esse diagrama. A busca por entender melhor o que a expressão “o que importa é o filho nascer bem” realmente significa para as mulheres que acabaram de ser mãe me traz inquietação desde a realização do estudo que deu origem à minha dissertação, cuja categorial central apresentou que mesmo com todas as angústias, sofrimentos e tristezas que o parto real proporcionou para as participantes, as mesmas terminavam suas queixas e reclamações com a ideia de que apesar de tudo elas estavam com seus bebês no colo, lindos e saudáveis e que para elas nesse momento o que mais importava era que seu bebê estava bem.

Essa ideia reforça o imaginário coletivo e os padrões sociais que associam a felicidade da mãe tão somente à saúde e bem-estar do bebê, independente e apesar de suas vontades e sentimentos.

Para a construção desse diagrama utilizamos o princípio hologramático como base para as discussões. Morin (2015) nos apresenta a ideia do holograma como uma forma de

analisarmos os eventos e situações. Para ele a metáfora do holograma remete ao fato de que em cada fragmento de imagem podemos analisar quase a totalidade das informações contidas no objeto projetado.

Nesse diagrama faremos o caminho inverso, procedendo a análise do todo para a parte. Seguindo a metáfora do holograma, a imagem projetada seria a frase “O que importa é o filho nascer bem” cuja análise será precedida pelas pequenas partes que dão origem às subcategorias.

Portanto, o Diagrama 3 – “O que importa é o filho nascer bem?” é composto pela categoria – O que importa é ter segurança e conforto para os dois. Duas subcategorias dão embasamento para essa discussão, que são: 1 – O que é nascer bem? Quem define isso? 2 – O bebê não nasce sozinho! Mãe e filho estão juntos nesse processo.

5.4.3.1 Categoria: O que importa é ter segurança e conforto para os dois

Uma das perguntas norteadoras da pesquisa foi a seguinte: “Você concorda com a expressão: o que importa é o filho nascer bem?”. Em suas respostas imediatas 69,2% (n=9) das participantes responderam que não concordam com a expressão, 23,1% (n=3) concordam com a expressão e 7,7% (n=1) responderam com indecisão, utilizando os termos “*Concordo! Mas não, depende! Difícil né?*”. Todas as respostas imediatas foram acompanhadas de justificativas, apesar de não haver essa solicitação na pergunta. E são essas justificativas espontâneas que darão embasamento para as discussões dessa categoria.

5.4.3.1.1 Subcategoria 1: O que é nascer bem? Quem define isso?

O termo “nascer bem” é amplamente utilizado por profissionais de assistência ao parto, gestantes e seus familiares, mas comumente é utilizado de maneira aleatória e genérica, pois na realidade não existe um padrão único e linear para essa definição. O sucesso do parto e nascimento é formado por um conjunto de situações, atitudes e resultados que podem gerar desfechos distintos.

O bebê nascer saudável e com segurança e a mulher ter um parto seguro e feliz é o mínimo, é o básico que se espera, mas a maneira como esse parto é conduzido tem relação direta com esse desfecho e vai definir o sucesso desse evento.

Importa o filho nascer bem? Importa muito, mas só faltava além de tudo o filho nascer mal. Essa mãe já está toda machucada e ainda ter um bebê machucado para cuidar. Eu acho que não importa só o filho nascer bem. Por que o que é nascer bem? Quem que define isso? Nascer bem é o quê?(E11)

E11 lançou esse questionamento e com certeza trata-se de uma pergunta de difícil resposta, pois são inúmeros fatores e variáveis que estão inseridas nesse contexto. Voltando a ideia do princípio hologramático nos deparamos com inúmeras situações isoladas que ao serem agrupadas e analisadas nos dão uma imagem definidora. Dessa forma buscamos responder a esse questionamento com base nesses inúmeros eventos, fatores e situações que definem se as condições do nascimento cumprem os padrões estabelecidos.

O índice de Apgar, método mundialmente reconhecido, é um sistema que avalia as condições clínicas do recém-nascido (RN). Tal método foi desenvolvido pela médica Virgínia Apgar em 1952, e consiste na avaliação de cinco parâmetros vitais no primeiro e no quinto minutos de vida do recém-nascido. A frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele são avaliados e uma pontuação é atribuída para cada critério, ao final essa pontuação é somada e espera-se um valor superior a sete, sendo o índice perfeito quando esse chega aos 10 pontos (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

No Brasil, a Portaria 371, de 07/05/2014, instituída pelo Ministério da Saúde, define as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido e elenca alguns cuidados que são primordiais para a segurança e bem-estar o bebê. Dentre os cuidados estabelecidos destacamos: 1 - o atendimento ao RN deve ser realizado por profissional qualificado, preferencialmente por um pediatra, neonatologista, enfermeiro obstetra ou enfermeiro neonatologista, que seja capaz de cumprir as diretrizes de boas práticas da assistência preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, que tenha treinamento específico para reanimação neonatal; 2 – a primeira hora de vida, ou a hora de ouro, é de grande importância e deve ser priorizada, mantendo mãe e filho em contato pele a pele imediato e contínuo, estando o bebê sobre o abdômem/tórax materno, seco e aquecido; 3 – o ambiente deve manter o conforto e segurança ao RN, nesse caso a temperatura deve ser mantida em média de 26°C; 4 – O clampeamento do cordão umbilical somente deve ocorrer após cessadas suas pulsações, cerca de 1 a 3 minutos após a expulsão; 5 – estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida; 6 – postergar todos os procedimentos de rotina para serem realizados após a primeira hora de vida (BRASIL, 2014).

“Para outras pessoas a minha filha nasceu super bem, para mim ela não nasceu bem! Eu até vejo na foto a carinha dela, [...] ela ficou com uma cara feia nas primeiras fotos. E eu falo que ela tinha que estar mesmo, porque é

engraçado, fala para gente que bebê escuta tudo que você fala na gestação, nossa se você se sentir um pouquinho chateada já te culpam “olha vai passar para o seu bebê” aí na hora da sala de parto, hora que está todo mundo fazendo horrores se o seu filho nascer respirando, chorando, fortinho, não precisou de uma incubadora ou uma intervenção, ele nasceu bem. Eu não sei, eu não concordo, porque minha filha “nasceu bem”, mas a minha placenta não tinha nem dequitado e o médico já tinha cortado o cordão dela assim, ela saiu ele já veio cortando o cordão. [...] Ela nasceu bem mas podia ter nascido melhor, eu não tive a hora de ouro, ela não teve a hora de ouro, ela não mamou na primeira hora de vida, porque os profissionais que estavam lá que talvez poderiam ter me ajudado pelo menos se não tivessem atrapalhado porque eu estava tentando fazer sozinha, se não tivesse atrapalhado, falado que ela estava sujando o jaleco deles e qualquer outra coisa ela teria tido a hora de ouro dela”. (E11)

No entanto, tais parâmetros clínicos e assistenciais ainda não são suficientes para estabelecer quais são as condições adequadas que definem o que é nascer bem. E2 relata que *“nascer bem é meio vago isso. Nascer bem não é simplesmente... eu acho que as pessoas as vezes pensam que nascer bem é simplesmente a criança estar viva, respirando e tudo mais e não ter nenhum problema, mas não!”*. Realmente são parâmetros vagos, mas que estão baseados em evidências científicas e que compõem um rol de ações e atitudes que irão balizar esse conceito de nascer bem, pois eles são peças desse holograma que estamos construindo.

Nesse contexto, as mulheres estão buscando cada vez mais condições melhores para seus partos, e somente parâmetros clínicos não são suficientes para que as mesmas definam seus partos como bons ou satisfatórios. Elas buscam por profissionais que atendam às suas necessidades, que sejam capazes de garantir sua segurança, respeitem sua autonomia e escolhas, que lhes ofereçam todos os recursos tecnológicos disponíveis, mas que esses sejam utilizados somente quando realmente necessários. Elas buscam por partos tranquilos e harmoniosos, com a presença de pessoas queridas, que seus bebês permaneçam com elas nas primeiras horas de vida, priorizando o contato pele a pele e a amamentação (RODRIGUES, 2017).

Desde a década de 1980, inúmeras iniciativas vêm sendo desenvolvidas para garantir a atenção qualificada e humanizada para os partos e nascimentos. São diretrizes e protocolos que buscam definir ações e atitudes a serem seguidas por profissionais e unidades de assistência ao parto, e que tem como intuito garantir que mulheres e recém-nascidos recebam o melhor cuidado possível.

É indiscutível que os avanços tecnológicos desenvolvidos ao longo de décadas foram imprescindíveis para a redução da morbimortalidade maternal e neonatal, mas em contrapartida, esse modelo assistencial transformou as gestações e partos em eventos patológicos e que

precisam de intervenções e correções. Com isso, a segurança de mulheres e recém-nascidos foi fortemente prejudicada (BRASIL, 2017).

Por outro lado, os manuais técnicos e diretrizes desenvolvidos ao longo de décadas, nos garantem padrões assistenciais de qualidade, mas a relação interpessoal continua sendo o cerne da assistência. É notório que todos esses documentos visam orientar aos profissionais e garantir que mulheres e recém-nascidos recebam a melhor assistência obstétrica disponível, no entanto essa realidade ainda é distante para muitas mulheres, que contam com a assistência prestada por profissionais não preparados integralmente para esse cuidado.

A atenção à mulher e ao recém-nascido na hora do parto deve ser observada sob uma perspectiva ampla, onde as mulheres tenham uma assistência centrada em suas necessidades, preferências, crenças e que seus medos e anseios sejam acolhidos e respeitados de forma integral (RODRIGUES, 2017).

Com isso, somente a avaliação de parâmetros clínicos do bebê torna-se superficial e contraproducente. Para algumas mães a maneira como o parto é conduzido tem relação direta com o bem-estar e saúde do bebê, como fica evidenciado nos relatos a seguir.

A forma como esse parto é conduzido, a forma como esse bebê é recebido ao mundo, eu acho que isso impacta na vida dele, no futuro dele. Então, o fato do bebê nascer com boa vitalidade e a mãe ficar bem, é claro que isso é muito importante, mas eu acho que a forma como esse processo é conduzido vai impactar, vai ter impacto na vida futura do bebê, na mãe, na amamentação. Acho que impacta em várias coisas dali prá frente. (E1)

A experiência de parto impacta na vida da mãe e na vida do bebê fortemente também, então o importante é que as mulheres sejam respeitadas, sejam bem tratadas e tenham uma melhor experiência possível de parto. (E7)

Esses relatos são muito pertinentes e vem de encontro aos estudos desenvolvidos por inúmeros cientistas pelo mundo. Odent (2002) em sua obra clássica, A cientificação do amor, nos apresenta resultados de pesquisas científicas cujo foco de estudo é o amor materno. Segundo seus relatos a forma como as crianças vêm ao mundo são primordiais para definir seu crescimento, desenvolvimento e até sua capacidade de amar (ODENT, 2002).

Durante o trabalho de parto, diferentes hormônios são secretados e se mantém ativos na corrente sanguínea da mãe e do recém-nascido por longo período no pós-parto, sendo importantes na interação entre eles (ODENT, 2002).

E1 traz em seu relato sua visão acerca desse coquetel de hormônios e como eles são importantes para o bem-estar do recém-nascido.

[...] Quando a mãe não passa por esse mergulho hormonal, pelos hormônios do amor, eu acho que pode interferir de alguma maneira no pós-parto. Porque, por exemplo, ela teve uma cesárea eletiva, o bebê nasceu e não sabe

que nasceu, ela ganhou o bebê, mas não sentiu as dores e não estou desmerecendo de forma alguma quem escolheu essa via de parto, mas eu acredito muito que passar pelo processo tem muita importância pra mãe, pro bebê, porque aí você sabe que o bebê nasceu na hora dele, na hora que ele estava pronto, independente da idade gestacional. Eu acho que tudo isso contribui para a saúde da mãe e do bebê. O bebê ele pode nascer de 38 semanas por uma cesárea eletiva e ficar “tudo bem” (aspas mencionadas pela entrevistada), mas eu acho que vai muito além de simplesmente nascer bem e ficar tudo bem. (E1)

O “mergulho hormonal” mencionado pela participante tem um papel preponderante para o parto. Odent (2002) discorre sobre a complexidade do equilíbrio hormonal, onde o estrogênio e a progesterona atuam ativando receptores para que a ocitocina e a prolactina atuem e como esses dois se complementam no pós-parto. As morfina naturais que são secretadas pela mulher em trabalho de parto e as endorfinas liberadas pelas mulheres e pelo feto nesse processo. Os opiáceos e a adrenalina que tem papel relevante no desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o bebê. E todos esses hormônios, vívidos na corrente sanguínea do binômio mãe e filho produzem efeitos comportamentais imprescindíveis para as interações entre eles (ODENT, 2002).

Dessa forma, o parto não é apenas um ato fisiológico que pode ser caracterizado por consecutivas contrações uterinas e a expulsão do bebê. Trata-se de um evento físico, hormonal, emocional, social e cultural. Essas inúmeras variáveis estão presentes, agindo, reagindo e interferindo no desenvolvimento e no sucesso do parto.

Voltemos então ao questionamento da E11 “*O que é nascer bem? Quem que define isso?*”. A expressão “nascer bem” é o ápice de um conjunto de ações, atitudes e resultados que garantem ao recém-nascido e à sua mãe bem-estar físico e emocional, segurança, conforto e tranquilidade para essa fase inicial de adaptação entre eles.

Nesse caso, a imagem hologramática “nascer bem” será composta por pequenos fragmentos de imagem representando as boas práticas assistenciais, os protocolos e diretrizes que definem tais práticas, a relação e o vínculo entre a mulher, seus familiares e a equipe de saúde, o suporte físico e emocional por parte da equipe e familiares, o ambiente propício para o desenvolvimento do parto, a autonomia da mulher para conduzir seu parto, o uso adequado das tecnologias disponíveis, a ação dos hormônios do amor, a liberdade para expressar suas crenças, cultura e sentimentos.

5.4.3.1.2 Subcategoria 2: O bebê não nasce sozinho! Mãe e filho estão juntos nesse processo

O conceito de complexidade utilizado por Morin está em perfeita consonância com o que podemos considerar do binômio mãe-filho, pois são seres distintos, mas intimamente ligados e essa união constitui o todo. A esse “todo” podemos elencar a relação física íntima e duradoura, o vínculo emocional e afetivo, os arranjos culturais e sociais que envolvem essa unidade. Sem dúvida, o momento de separação desses corpos, o parto, é um momento de intensa união e sincronia entre eles, por isso considero o parto o ápice do *complexus*, onde tudo está sendo tecido junto, em conjunto e em harmonia.

Dessa forma, é imprescindível analisarmos o parto como um fenômeno em que dois seres estão envolvidos e com uma relação tão íntima que a saúde e bem-estar de ambos também estão inter-relacionados. Fato que nos permite analisar tal situação também sob a ótica do segundo princípio proposto por Morin, o recursivo, pois a saúde é tanto causa como efeito do produto desejado, ou seja, a mãe saudável tende a gerar um bebê igualmente saudável, fechando um ciclo satisfatório para ambos.

Durante a gestação o vínculo afetivo entre mãe e filho vão se intensificando, bem como a expectativa em relação ao parto e ao nascimento de um filho forte e saudável. Além da preocupação com a saúde e bem-estar do bebê, as mulheres preocupam-se também com a própria saúde e bem-estar, pois acreditam que esses fatores estão relacionados ao bom desenvolvimento do bebê (FERREIRA et al., 2019). Os depoimentos a seguir reiteram a importância de que mãe e bebê estejam bem ao final do parto, além da relação de necessidade do cuidado materno que será dispensado ao filho.

Os dois tem que estar bem depois do parto, até porque a criança é totalmente dependente da mãe, depois que nasce e depende da mãe estar bem para ser bem cuidado. Não só o filho, mas a mãe também tem que sair bem, psicologicamente bem desse processo. (E3)

O importante é o bebê nascer bem? É o mínimo que a gente espera. Se me perguntaram “o que você prefere? Você ou seu filho ficar bem?”, vou dizer que é meu filho, mas na prática quero que ele esteja bem, mas eu preciso estar 100% também para ele ficar bem, eu sempre falo “o filho está bem se a mãe estiver bem”. (E9)

Essa visão de que a mãe deve estar em plenas condições de saúde para que possa suprir todas as necessidades do filho faz parte da construção social do papel de ser mãe e consequentemente está inserido em nossa cultura e sociedade. Em virtude dessa construção social existe uma supervalorização do bebê saudável em detrimento à segurança, conforto e bem-estar da mãe.

“Eu acho que o importante é ter segurança e conforto para os dois. O bebê tem que nascer bem, mas a mãe tem que estar bem também, porque fica um enfoque tão grande em cima do bebê e a mãe está ali, passando por uma série de coisas, os hormônios que estão mudando, o puerpério que não é fácil e está todo mundo preocupado somente com o bebê e a mãe fica lá de lado, então por isso que eu não concordo”. (E5)

Acho que a mãe importa muito. Isso é uma coisa que eu tenho refletido muito inclusive, porque o nosso cenário obstétrico parece que ele dá mais importância para o bebê nascer bem. É como se, independente do que tenha acontecido no parto, a gente não pode reclamar porque o filho nasceu bem, porque o médico salvou a vida daquele bebê ou salvou a vida daquela mãe. (E7)

É evidente que com as políticas públicas desenvolvidas ao longo das últimas décadas o cenário obstétrico vem passando por mudanças, mesmo que ainda de forma pouco célere. Até a década de 1970 o foco principal das ações e atitudes desenvolvidas na atenção às mulheres no período gravídico-puerperal visavam basicamente manter a saúde e vitalidade do bebê e consequentemente reduzir a morbimortalidade infantil.

Hoje o cuidado obstétrico é amplo e visa contemplar as necessidades tanto da mãe quanto do bebê, e existe o entendimento de que ambos estão interligados e a saúde de um pode interferir na do outro. No entanto, o foco ainda é muito voltado para as condutas no espectro biológico, ficando as relações pessoais, afetivas e emocionais deixadas em segundo plano. Os relatos apresentados nos mostram essa percepção das participantes, de que as atenções estão voltadas para o bebê, como se somente a saúde dele dependesse de cuidados. E nesse caso, o biológico passa a ter um peso muito maior em detrimento a todas as alterações hormonais, físicas e emocionais que essa mulher está vivendo e que muitas vezes todas essas necessidades não são percebidas nem pela equipe de saúde, nem pelos familiares.

E10 expõe em seu relato o sentimento de solidão que ela experimentou logo após o nascimento do bebê, justamente pelo fato de não mais sentir o cuidado dos profissionais com relação às suas necessidades.

“Uma coisa que me faz sentir mal acolhida são esses momentos de solidão. Eles deixam a mãe, mostrando que ali a mãe não é mais importante. Tirou o bebê e foi todo mundo atrás do bebê e a mãe fica meio naquela solidão. [...]. Acho que seria bom que alguém da equipe de enfermagem ficasse junto na sala, conferindo o curativo, fazendo certa companhia, se ia ter alguma intercorrência naquele momento, porque poderia acontecer um vômito, um enjoo”. (E10)

Rodrigues (2017) em seu estudo aponta que as mulheres que receberam apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto, sentiram-se mais seguras e o simples

fato de serem acolhidas, de terem suas necessidades atendidas e de serem ouvidas durante esse processo foi preponderante para a avaliação de satisfação com os cuidados recebidos.

Para além dos aspectos biológicos, as participantes mencionaram também a importância de terem suas expectativas e anseios relacionados ao parto contemplados. E demonstram que elas não desejam que seus filhos nasçam bem a qualquer custo, principalmente se esse “custo” for sua própria saúde física e mental.

“No final não é só o filho nascer bem. Na verdade, eu acho que a mãe também tem que ter o momento dela e sair bem dessa situação, do parto em si”. (E3)

“Eu acho que importa a segurança da mãe, importa o conforto da mãe. Não é só o filho nascer bem não, têm vários outros fatores. Por isso que eu não julgo quem opta por ter uma cesárea, mesmo podendo ter o parto normal, porque se ela vai sentir segurança assim, se é assim que ela vai estar bem, é assim que ela tem que fazer. De que adianta ela tentar um parto normal se ela vai ficar ansiosa, se ela vai ficar nervosa? Pode ficar pior para ela, pode ficar pior para o bebê”. (E5)

E12 quando questionada se concordava com a expressão “O que importa é o filho nascer bem?”, ela disse que concordava e em sua resposta ela expõe a importância da mulher perceber quando seu desejo e expectativa com relação ao parto podem interferir na saúde e bem estar do bebê.

Eu concordo principalmente na via de parto. Eu me preparei para o parto normal estudando sobre ele e a gente sabe que existe intercorrências, a gente sabe que existe contra indicação, são poucas, mas existem, e quando existem a gente tem que cuidar, tem que tomar cuidado, porque a gente tem muitos casos de mães que perdem o filho porque ficam insistindo naquela situação e o médico não dá um basta, deixa e continua naquele trabalho de parto longo e que pode acontecer alguma coisa com o bebê, o bebê entrar em sofrimento e vir a óbito mesmo. Então por isso eu concordo, eu tenho medo na verdade. (E12)

Esse posicionamento de E12 nos levanta duas questões importantes, primeiro a necessidade de as mulheres terem conhecimento acerca do tipo de parto que desejam ter e estarem cientes das inúmeras possibilidades e indicações de mudanças durante o trabalho de parto. E9 relata exatamente essa questão em sua entrevista.

“Desde o começo a gente sabia que existe a possibilidade da mulher parir na maior facilidade do mundo, não que seja fácil, mas as mulheres, o corpo da mulher sabe botar o bebê para fora. Mas eu sabia também que poderia ser que não acontecesse. Tudo bem! A gente contratou uma equipe de parto domiciliar, eu e meu marido buscamos informações, mas podia ser que eu precisasse ir para o hospital”. (E9)

A segunda questão levantada pelo relato de E12 é o fato da equipe de assistência ao parto estar preparada para identificar e tomar decisões adequadas na presença ou eminência de alguma intercorrência ou complicação no trabalho de parto e parto. Essa tomada de decisão não pode ficar sob a responsabilidade da parturiente. E por outro lado as decisões da equipe não devem ocorrer sem que a mulher e quem a estiver acompanhando sejam devidamente informados das alterações, das consequências para ela e para o bebê e as possibilidades de nova abordagem.

Anteriormente discutimos sobre diretrizes e protocolos que visam o cuidado e atenção ao recém-nascido e que balizam as condutas da equipe de saúde. Da mesma forma existem inúmeros protocolos, diretrizes e instrumentos para a avaliação e acompanhamento do trabalho de parto, garantindo à equipe um cuidado centrado nas necessidades específicas daquele binômio, permitindo avaliar, identificar e definir condutas a serem tomadas em todas as situações que possam acontecer.

Todos os relatos e análises anteriores nos remetem a ideia de que existe uma sincronia entre mãe e filho, seja no aspecto físico, emocional ou das relações, e que a saúde de ambos pode ser afetada, em maior ou menor grau, dependendo das situações ou condições que cada um apresenta. Outra ideia analisada foi a importância que as mulheres dão para a saúde e bem-estar do filho, e que as expectativas desenvolvidas por elas durante a gestação é de terem em seus braços filhos lindos e saudáveis.

No entanto, o filho real pode não ser o filho idealizado e a mulher muitas vezes não foi preparada durante a gravidez para receber, acolher e se ver mãe de uma criança que necessita de cuidados especiais, sejam cuidados esses transitórios ou permanentes. E10 relata sobre essa condição da mulher que não se prepara para as adversidades que possam vir a acontecer e como é importante que ela tenha uma rede de apoio para auxiliá-la nessas condições.

O filho nascer bem não é o todo. Às vezes pode nascer com alguma doença ou complicação, mas você tem que ter força para enfrentar aquilo, então se a mulher é bem acompanhada, ouvida, eu acho que ela consegue se preparar mais para esse momento do nascimento. Porque a gente não pode esquecer que o momento do nascimento, na maior parte das vezes é de total alegria, mas não é sempre de alegria. Você tem complicações, você tem as descobertas, aflições que não tinha no momento, não tinha nenhum risco, a princípio os exames mostram que meu filho não tinha de nascer com algum problema de saúde, mas a gente sabe que no momento do nascimento pode nascer. E cuidar da mãe é poder cuidar desse momento dela estar preparada para receber um bebê que pode estar em condições 100% ou um bebê que não esteja tão bem e se a mãe não está bem preparada, bem acolhida, eu acho que esse momento pode ser muito ruim para a mãe. (E10)

O vínculo entre mãe e filho começa seus contornos logo no início da gestação, tornando-se mais evidente a partir do momento que essa mulher começa a perceber os movimentos e desenvolvimento do bebê, mas ainda é uma relação íntima entre invisíveis, pois o bebê ainda é apenas uma imaginação. Quando a gestação avança e o parto vai ficando mais próximo, esse bebê imaginário começa a ter contornos de realidade, estabelecido pela definição do nome, a imagem física que essa mulher projeta para o filho e os preparativos para a chegada dele (PICCININI et al., 2004).

No estudo realizado por Piccinini et al. (2004), as mulheres apontaram a má formação do filho como a principal preocupação relacionada à saúde que elas tinham durante a gravidez. A presença de alguma má formação exibe um confronto impactante entre o bebê real e o bebê imaginário, e interfere diretamente na autoestima da mulher, pois inconscientemente ela considera que seu bebê é uma extensão de si mesma, e conseqüentemente essa situação abala também sua imagem pessoal.

Os estudos na área de psicologia apresentam inúmeras classificações e descrições das projeções conscientes e inconscientes que pais e mães fazem acerca de seus bebês e que são fomentadas pelas percepções pessoais e coletivas, pela cultura e sociedade em que estão inseridos, entre outros.

Lebovici (1987) apresenta os três tipos de bebê que transitam na psique das gestantes: o bebê edípico, o bebê imaginário e o bebê propriamente dito. O edípico carrega as imagens, situações e desejos da própria infância materna, e por isso é o mais inconsciente. O imaginário traz as expectativas e desejos maternos relacionados ao processo da maternidade. E por fim o propriamente dito, que é aquele que a mãe recebe após o nascimento e ela precisa se adaptar a essa realidade (BOSSI; ARDANS, 2015).

Frederick Leboyer (1998, p.143) traz de maneira poética esse processo de “conhecimento” e criação de vínculos entre mãe e bebê logo após o nascimento, pois é no primeiro momento, no primeiro contato que a mãe vai enfim se deparar com o filho que ela imaginava, mas que ao nascer apresenta sua real forma.

*“E depois, sair nas pontas dos pés,
deixando enfim sós e juntos
os dois
que, finalmente, se encontram,
que tanto querem silêncio,
intimidade,
para olhar-se, descobrir-se,
pois se o bebê não é totalmente,
ou nem um pouco, nem um pouco,
aquilo que se esperava...
mesmo assim será amado,*

*será muito amado
do jeito que é”.*

Nesse poema podemos identificar a naturalização do amor materno, que é percebido por muitos indivíduos como um instinto feminino e da maternidade. O amor materno, como toda forma de amar, não se trata de um processo simples e de igual desenvolvimento para todos. O amor materno também é construído e perpassa por várias situações de incentivo a esse desenvolvimento. O contato físico, a troca de carinho e afetividade, o cuidado e o manejo com o bebê são condições que estimulam e fortalecem os vínculos e constroem o amor materno (BADINTER, 1985).

E4 expressa em seu relato como o amor pelo seu filho não aconteceu de maneira imediata ao parto, ela precisou de um tempo de adaptação e convivência para que esse sentimento fosse realmente percebido por ela.

Eu vejo muita gente romantizando a maternidade, que vem um amor que a gente não sabe de onde, de uma hora para a outra, mas eu acho que eu estava muito cansada. Eu fiquei feliz, mas não foi aquele amor todo, que hoje eu sei que eu tenho, [...] Me senti extremamente responsável pela criança e tá “ agora eu sou mãe e agora, eu vou fazer o que?”. [...] A partir do momento que vai passando uma semana, duas, fui começando a ter um pouco mais de confiança no que eu estava fazendo. Aí o amor parece que... o medo deu um pouco mais de espaço e aquele sentimento bom vai aparecendo, quando a gente vai tomando mais conta da situação. (E4)

Como mencionamos anteriormente, existe uma preocupação muito grande por parte dos profissionais de saúde, família e sociedade com a condição física de mulheres e seus bebês; no entanto, o desgaste emocional das mulheres nesse período é muito grande, podendo interferir fortemente no desenvolvimento de vínculo, afetividade e amor pelo bebê. A sensação de cansaço mencionada por algumas participantes muitas vezes passa sem ser percebida ou até mesmo associada apenas às alterações físicas e fisiológicas do pós-parto.

E10 traz em seu relato a necessidade que as mulheres têm de serem escutadas e como esse processo de escuta pode ajudá-la a passar pelo parto e pós-parto de maneira mais tranquila e saudável.

A mãe precisa ser cuidada, a mãe precisa de atenção, não só no momento do parto, mas também no pré-parto, porque a gente precisa estar preparada para esse momento. [...] Eu acho que a escuta dessa mulher é importante, porque às vezes tem necessidade dela que ela vai deixando. No meu caso é isso, eu não falei sobre essas minhas preocupações, minhas necessidades, medos e preocupações e eu fui seguindo, pedindo a Deus que cuidasse de tudo. Esse era o meu consolo, saber que Deus estava acompanhando, cuidando de tudo. Mas de pessoas, assim, família, equipe de saúde, ninguém realmente me perguntou ou se preocupou com minhas questões emocionais nesse período do pré-parto ou pós-parto imediato, em todo o processo. (E10)

O período puerperal é uma fase de grandes transformações na vida da mulher, além de todas as alterações físicas e emocionais características dessa fase, ainda há todo o impacto que a presença do bebê desencadeia, seja pelos cuidados a serem dispensados a ele ou mesmo pelas mudanças que esse novo componente promove no contexto familiar.

E com isso a mulher requer maiores cuidados, pois essas mudanças podem impactar diretamente sua saúde física e mental. Para que esse momento transcorra de maneira favorável para a mulher algumas premissas devem ser observadas pelos familiares e profissionais de saúde, dentre elas suporte para o autocuidado e cuidados dispensados ao recém-nascido, além disso, as mulheres devem ter acesso a serviços de saúde cujo atendimento seja realizado de maneira que satisfaça suas necessidades (BARBOSA et al., 2018).

Diante de todas as discussões apresentadas nessa subcategoria retomamos ao ponto inicial apresentado que é a íntima relação entre mãe e bebê em todo o ciclo gravídico-puerperal e como a saúde e bem estar de ambos está interligada.

Ao reunirmos e dispormos metodicamente as inúmeras situações, fatos e acontecimentos apresentados e analisados nesse contexto, será possível projetar uma imagem hologramática de mãe e bebê unidos.

A visão geral de mãe e bebê unidos nos mostra a complexidade da relação existente entre eles, e a primeira vista pode enganar os olhos. A união entre eles não é estática e definitiva. São dois seres distintos, com objetivos e necessidades também distintas, algumas vezes até divergentes, mas que criam laços e tecem essa intimidade, proximidade e inter-relação necessárias para o desenvolvimento e sobrevivência de ambos. Tramas distintas que se unem para formar o tecido que reveste essa fase da vida de ambos.

Não podemos dizer de uma forma simplista qual saúde importa mais. O que importa mais, a saúde e bem estar do bebê ou de sua mãe? Como responder a essa pergunta se ambos estão tão juntos, conectados que as relações de causa e efeito exercidas sobre eles são capazes de produzir situações adversas e impactar diretamente os resultados finais dessa união?

Dessa forma, todos os esforços da equipe de assistência ao parto devem ser direcionados ao cuidado centrado nas necessidades específicas de cada um deles. As necessidades devem ser analisadas de forma separadas, o que é importante e primordial para a mulher deve ser implementado, bem como o que é importante e primordial para o bebê.

É salutar analisarmos mãe e filho como um binômio, mas que não são indissociáveis. Quando somos capazes de oferecer um cuidado individual e de qualidade, o resultado final para ambos tende a ser satisfatório.

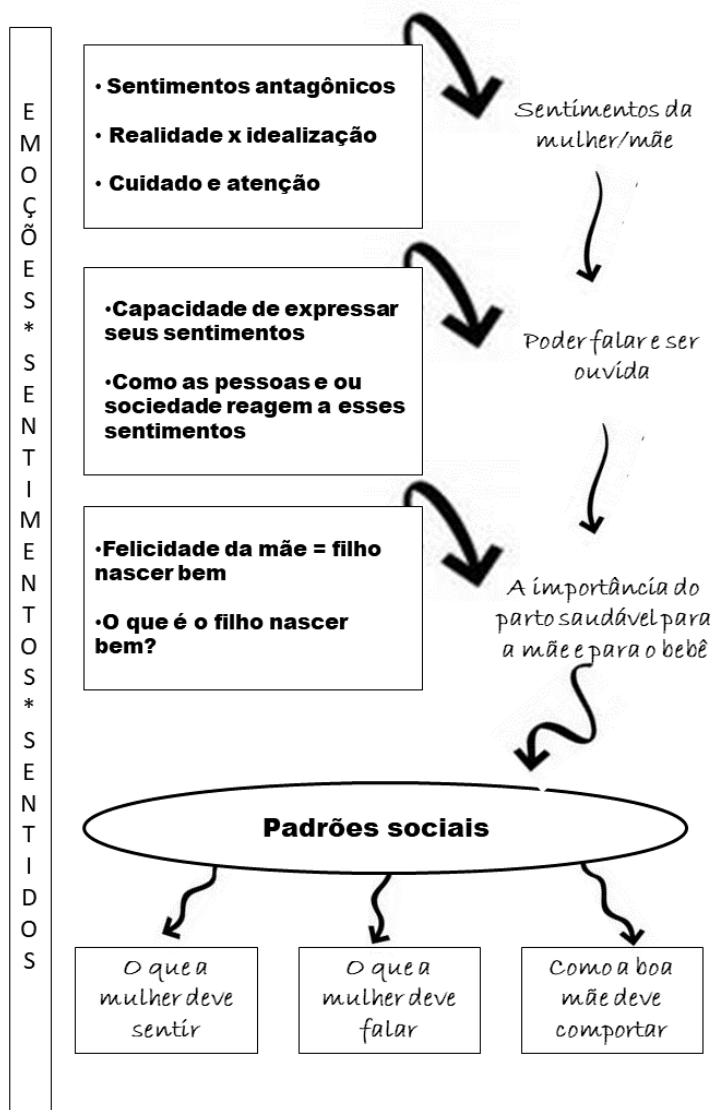
5.5 Categoria Central – Emoções, sentimentos e sentidos

A categoria central nos apresenta o tema principal da pesquisa. Ela é resultado da análise dos dados, mas tem muito da percepção do pesquisador também, que em poucas palavras explica sobre o que essa pesquisa vem apresentar (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Analisar as emoções e sentimentos em uma pesquisa científica pode ser visto por muitos autores como uma tarefa de difícil interpretação, pois os mesmos são percebidos como algo subjetivo e não mensurável. No entanto, com a análise dos dados, construção dos diagramas, categorias e subcategorias e principalmente pela discussão dos dados pretendemos desconstruir essa ideia de subjetividade dos sentimentos, pois eles são reais, vivenciados, expressados e até mesmo quantificados pelas participantes. E são esses sentimentos que formam a base principal desse estudo.

Para o desenvolvimento da categoria central estruturamos o diagrama “Emoções, sentimentos e sentidos”, que é a integração de todos os conceitos discutidos nos três diagramas estruturais apresentados.

Diagrama 4 – Emoções, sentimentos e sentidos



Fonte: Da autora, 2023.

Esse diagrama apresenta os sentimentos vivenciados e experimentados pelas mulheres/mães durante todo o ciclo gravídico puerperal, bem como a necessidade e desejo que elas têm de poder conversar com as pessoas sobre esses sentimentos, mas que muitas vezes esse desejo não é possível de ser realizado. E o ponto de integração dessa discussão se dá pelo impacto que os padrões sociais e culturais que permeiam as relações dessas mulheres podem interferir em sua capacidade de sentir e expressar seus sentimentos, sejam eles positivos ou negativos aos olhos da sociedade.

A sociedade é constituída por indivíduos que convivem em um mesmo espaço territorial e que compartilham valores culturais e éticos, regras de convivência e o mesmo regime político e econômico. Trata-se de um sistema organizado cujas instituições formais e informais

estruturam normas e regras que vão definir os papéis sociais e manter a coesão social, política e econômica do grupo.

O cumprimento dessas normas, valores e modelos característicos de uma sociedade definem os padrões sociais, que podem ser vistos como comuns e normais pelo grupo, mas nem sempre significa que estão certos ou adequados.

É a partir dos padrões sociais que iniciaremos essa discussão. A sociedade impõe inúmeros padrões e regras de convivência para as mulheres, e esses padrões limitam e cerceiam direitos básicos para elas. Nesse estudo ficou evidente como a sociedade interfere na capacidade dessas mulheres expressarem seus sentimentos relacionados ao momento do parto e nascimento de seus filhos.

Como descrito anteriormente, os padrões sociais são definidos pela sociedade com o objetivo de organizar a convivência, e para as mulheres/mães participantes desse estudo três padrões foram mencionados por elas como definidos pela sociedade: o que a mulher deve sentir, o que a mulher deve falar e como a boa mãe deve comportar.

Cumprir esses padrões não é tarefa fácil, pois os sentimentos que ela vivencia nem sempre estão de acordo com essas normas, o que gera grande frustração e ansiedade.

Os sentimentos nesse momento são intensos e principalmente antagônicos, a mulher sente-se feliz pelo nascimento do filho, mas ao mesmo tempo passa por um turbilhão de outros sentimentos vistos como negativos como medo, incerteza, frustração, tristeza, solidão, culpa, incapacidade entre inúmeros outros. Esses sentimentos conflituosos promovem um desgaste físico e emocional muito grande para as mulheres que estão vivendo uma situação que muitas vezes é muito diferente daquela que foi idealizada. E nesse momento ela requer muito cuidado e atenção, que por sua vez é negligenciado por profissionais de saúde e familiares.

As mulheres sentem necessidade de falar e expor seus sentimentos, no entanto não encontram um ambiente propício para isso. Em algumas situações encontram abertura para falar sobre esses sentimentos, mas nem sempre suas queixas são realmente acolhidas e elas percebem que não são entendidas ou acolhidas como gostariam. Em outras situações as mulheres optam por não falar, seja por medo de serem julgadas ou mesmo por não ter abertura ou por não se sentirem encorajadas a expressar esses sentimentos.

As mulheres percebem de maneira intensa a importância que a sociedade dispensa ao filho, e que as necessidades maternas são comumente negligenciadas. E para as participantes desse estudo a saúde e bem-estar do bebê não deve sobrepor suas próprias necessidades, elas percebem a importância de um parto saudável e feliz para o binômio.

6 TECENDO SENTIMENTOS, COSTURANDO POSSIBILIDADES E APRESENTANDO SOLUÇÕES

Chegamos a mais um ponto crucial desse estudo, pois estamos fechando todos os conceitos, achados, discussões e conclusões. E mais uma vez nos deparamos com os conceitos tão fortemente estabelecidos pela ciência clássica, e precisamos nesse momento unir o que a ciência tende a separar: teoria e método.

Os pesquisadores, em sua maioria, têm por premissa tratar desses conceitos de forma separada, como se fossem procedimentos independentes. Mas à luz da complexidade são conceitos que formam uma engrenagem uníssona que busca um ponto de partida e chegada para tratar os problemas de maneira integral.

Morin (2013) em sua obra *Ciência com Consciência* aborda os conceitos de teoria e método e com sua genialidade transforma suas diferenças e antagonismos em engrama e convergência. Para ele o método é iniciativa, invenção e arte que é desenvolvido pela capacidade de pensamento do sujeito. A teoria só se estabelece com essa intensa atividade mental do sujeito, pois a teoria por si só não produz resultados, ela seria apenas um processo passível de degradação, de simplificação.

O resultado que aqui apresentamos foi construído utilizando todos os conceitos e ordenamentos da Teoria Fundamentada nos Dados propostos por Strauss e Corbin (2008), que nos proporcionou tanto o desenho da pesquisa quanto embasamento para análise e discussão dos dados. Concomitantemente todo esse processo foi desenvolvido à luz da complexidade de Edgar Morin, que também nos norteou desde a construção do projeto até a última discussão desse estudo.

A análise dos dados nos trouxe uma diversidade de informações e sentimentos vivenciados pelas mulheres. Essa diversidade nos apresentou na análise preliminar um cenário de confusão em virtude do grande número de sentimentos citados e principalmente pelo antagonismo entre eles.

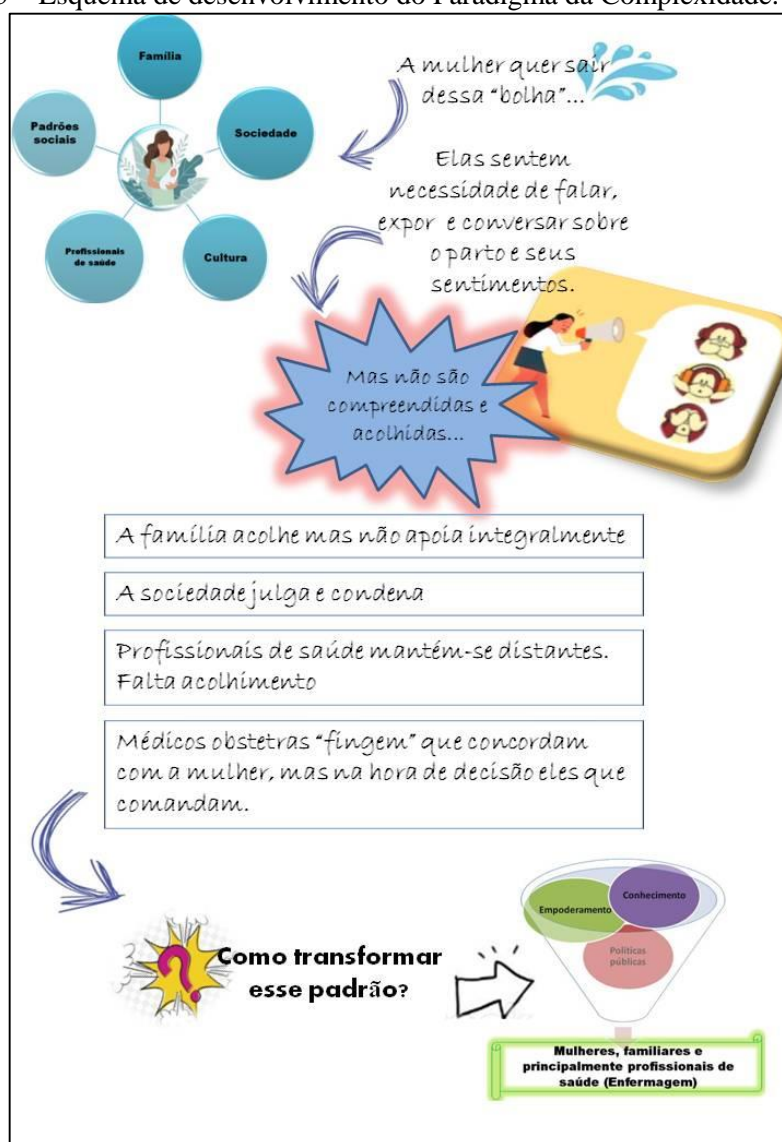
Com o propósito de organizarmos essa trajetória metodológica, os princípios dialógico, hologramático e recursivo, propostos por Morin, foram a base para essa análise e alinhamento dos dados.

Conforme apresentamos na categoria central os padrões impostos pela sociedade interferem diretamente na capacidade das mulheres expressarem seus sentimentos de maneira ampla e sem restrições, pois em algumas situações elas se sentem constrangidas em expor seus sentimentos e em outras, apesar de terem a oportunidade de conversar sobre esse assunto,

muitas vezes suas queixas e preocupações não são acolhidas ou compreendidas pelo interlocutor. Outro fato identificado foi a percepção por parte das mulheres de como suas queixas, angústias e cuidados são negligenciados por profissionais de saúde e familiares e como há uma supervalorização do bem-estar do recém-nascido em detrimento à saúde e bem-estar materno.

Utilizando os pilares apresentados anteriormente, desenvolvemos o paradigma da complexidade sobre o fenômeno estudado, respeitando suas inúmeras dimensões. O diagrama 5 apresenta de forma esquemática as ideias desenvolvidas nesse paradigma.

Diagrama 5 – Esquema de desenvolvimento do Paradigma da Complexidade.



Fonte: Da autora, 2023.

As mulheres estão fortemente ligadas aos padrões e regras de convivência em sociedade, o que vai moldando e definindo seu papel social. É evidente que como todo ser humano, somos um conjunto do físico, biológico, social, cultural, psíquico e espiritual, e é essa junção que nos

define. O pensamento complexo nos permite, apesar das diferenças, articular todos esses aspectos criando uma identidade e interação entre eles. A complexidade busca o conhecimento multidimensional, respeitando as diversas dimensões presentes em cada fenômeno.

Os padrões impostos às mulheres são muito fortes e bem definidos em nossa sociedade e balizam as condutas, ações e atitudes desempenhadas por elas. No entanto, as inquietações e questionamentos a esses padrões vêm sendo inseridos em nosso contexto social cotidianamente.

Ficou evidente nos dados analisados a necessidade que as participantes tinham de conversar sobre o momento em que elas estavam vivenciando, queriam expor suas alegrias, medos, frustrações e falar sobre todos os sentimentos despertados pelo acontecimento do parto e nascimento de seus filhos. Em contraponto a essa necessidade as mulheres depararam-se com falta de acolhimento e incompreensão por parte de familiares, sociedade e principalmente por parte dos profissionais de saúde.

A família foi percebida pelas participantes como a principal base de apoio e suporte, principalmente no que dizia respeito ao cuidado com o bebê. Foram com os familiares, especialmente mães e companheiros, que as mulheres tiveram maior oportunidade e receptividade para expressarem seus sentimentos negativos relacionados ao parto.

Apesar dessa receptividade, as mulheres sentiram-se pouco acolhidas por eles, que em muitas ocasiões minimizaram suas queixas, medos e frustrações, utilizando sempre do argumento de que “apesar disso o bebê nasceu e estava bem”.

Mesmo com todos os avanços e mudanças propostos para a assistência ao parto, o cenário obstétrico brasileiro ainda é muito centrado no modelo biomédico, pautado no uso indiscriminado de tecnologias e intervenções e a sociedade tende a seguir tais padrões, ditando suas próprias regras e condutas relacionadas ao cuidado e assistência ao parto.

As mulheres, impulsionadas por movimentos pelo parto humanizado difundido ao redor do mundo, vem buscando por um atendimento que seja centrado em suas necessidades, com o uso consciente e racional das melhores tecnologias disponíveis, em que elas sejam a protagonista e possam desfrutar desse momento com alegria, saúde e segurança para ela e seu bebê.

Mas esse movimento de humanização do parto e nascimento ainda não foi capaz de realizar grandes mudanças nos padrões de assistência, que são muito sólidos em nossa sociedade. Por tratar-se de ideias relativamente novas, os padrões culturais e sociais relacionados ao parto ainda não acompanham as mudanças pleiteadas pelas mulheres, e é justamente por esse motivo que suas queixas e reclamações não têm sido acolhidas ou respeitadas pelos familiares ou pelos profissionais de saúde.

A falta de apoio por parte dos familiares expressada pelas participantes em algumas situações é o reflexo de como a sociedade reage às mulheres/mães que insistem em fugir dos padrões convencionais que regem o papel social da mãe. Isso ficou evidente nos dados, principalmente quando percebemos que essa falta de apoio e acolhimento estava relacionada ao desejo das mulheres de buscarem um parto fora dos padrões estabelecidos.

Essa postura da sociedade diante dos novos modelos de atenção ao parto e nascimento que vem sendo discutido e pleiteado pelas mulheres ao longo das últimas décadas reforça o peso que os padrões sociais têm em nossas vidas. Além disso, nos mostra também o quanto a sociedade atual ainda não tem conhecimento suficiente acerca dos prejuízos que o modelo biomédico traz para a saúde da mulher e do recém-nascido, e como a ciência confirma os inúmeros benefícios que o novo modelo de assistência ao parto promove para o binômio.

É a partir do conhecimento que insiro o papel dos profissionais de assistência ao parto nessa discussão. Os dados nos apresentaram várias queixas das participantes relacionadas à assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Apesar dos avanços que a medicina baseada em evidências trouxe para a atenção ao parto nas últimas quatro décadas, muitos profissionais ainda não incorporam tais conhecimentos à assistência. A análise dos dados nos demonstra que grande parte dos profissionais segue a linha de atenção pautada no modelo biomédico e tecnocrático, ignorando os desejos e propostas das mulheres para um parto mais natural e sem intervenções desnecessárias.

É justamente em virtude desse embate de pensamentos e desejos entre profissionais de saúde e mulheres que os sentimentos negativos relacionados ao parto se tornaram evidentes nesse estudo. Foi possível perceber que o parto idealizado pelas mulheres não encontra espaço para ser concretizado nas instituições de saúde em que foram atendidas.

Por um lado, as mulheres sentem-se excluídas das decisões relacionadas ao próprio parto, sendo impedidas de conduzi-lo conforme suas convicções e instintos, desencadeando com isso sentimentos como tristeza, frustração, raiva, incapacidade entre outros. Já os profissionais de saúde, especialmente os médicos, também se sentem pressionados pela postura de um grupo de mulheres que lutam e exigem o atendimento obstétrico pautado nas novas políticas de assistência, mas nem sempre essa mudança nos padrões de atendimento é viável para esses profissionais, seja por falta de estrutura nas maternidades, falta de conhecimento técnico apropriado ou mesmo por não concordarem com as diretrizes obstétricas propostas na atualidade.

E como é possível equacionar esse impasse? Existe algum mecanismo que seja capaz de transformar a assistência obstétrica contemplando os desejos, receios e expectativas de todos os atores envolvidos nesse processo?

Fica evidente nos dados analisados que a satisfação da mulher com relação ao parto está diretamente ligada à forma como ela foi atendida, sendo quanto mais natural esse parto transcorreu melhor é a percepção de sucesso para essa mulher.

Além disso, pudemos perceber que as participantes com maior grau de satisfação nos seus partos foram aquelas que em virtude de uma experiência de parto ruim anteriormente, buscaram alternativas de assistência obstétrica diferente daquela que havia recebido.

E nesse ínterim encontramos várias partes de um sistema que compõem a assistência obstétrica e que apesar de formarem um grande grupo, eles não interagem entre si. Estão caminhando paralelamente, mas não se encontram e convergem para um ponto em comum.

As mulheres desejam um parto feliz e saudável para elas e para seus bebês. Os profissionais da assistência cumprem seus protocolos e diretrizes de acordo com suas percepções. Os familiares cuidam das mulheres e dos recém-nascidos, mas acolhem pouco as queixas e demandas delas.

Esses caminhos paralelos nos apresentam a totalidade desse fenômeno. Mas esse fenômeno precisa ser analisado de forma coesa e totalitária, é preciso conhecer o todo em cada parte e cada parte que compõe esse todo.

Morin (2013, p.264) considera que o todo é mais e menos que as partes e vice-versa, mas ele também nos mostra que o todo é incerto, insuficiente e conflituoso, por isso devemos buscar a consolidação de um conceito complexo, a *unitas multiplex*, que nos remete à ideia de diversidade, diferenças, cruzamentos.

A complexidade nos obriga a unir noções que são distintas ou mesmo excludentes, portanto, para que possamos pensar em uma assistência obstétrica que agregue todos os atores envolvidos no processo e gere congruência entre os sentimentos que esse fenômeno desperta em cada um deles é importante analisarmos e definirmos ações de forma ampla e unificada, pensando nas interações de cada um deles.

Para isso, definimos três grandes áreas a serem desenvolvidas para que alcancemos a *unitas multiplex* desse fenômeno, que são: conhecimento, empoderamento feminino e políticas públicas. Faremos essa discussão buscando a integração entre esses elementos, criando um circuito ativo das ideias e desenvolvendo uma macrounidade.

Morin (2013) nos traz a ideia do circuito ativo como um processo de integração entre os conceitos, que mesmo contendo a diversidade ou antagonismo, eles podem convergir e se

autocomplementar. Nesse sentido o conhecimento, o empoderamento e as políticas públicas, mesmo apresentando conceitos, formas e condições distintas, quando unificados podem caminhar juntos para a consolidação do todo.

► o conhecimento fomenta o empoderamento que fomenta a criação de políticas públicas que fomenta

6.1 Conhecimento

O conhecimento está relacionado à capacidade humana de aprender e compreender os conteúdos disponibilizados. Com isso há uma alteração no estado mental do receptor, que compreende e internaliza a informação, trazendo para si uma ideia, um pensamento, o conhecimento. O conhecimento nos permite olhar para o mundo e seus elementos, construir uma ideia e transformar essa ideia em ações e atitudes.

Buscando consolidar o conhecimento como instrumento de transformação da assistência obstétrica, o trataremos de três formas, o processo de educação em saúde para as mulheres e para a sociedade, formação profissional e qualificação profissional.

Vale ressaltar que todas essas formas de conhecimento são primordiais e imprescindíveis para as transformações galgadas por movimentos em prol dos partos e nascimentos mais seguros e saudáveis. Essa transformação na assistência só será exitosa se mulheres, sociedade e profissionais de saúde estiverem em sintonia e cientes das melhores práticas obstétricas propostas pela ciência.

O primeiro passo nesse processo de transformação da assistência obstétrica deve ser dado pelas instituições de educação profissional, desenvolvendo projetos pedagógicos que abordem a temática da assistência obstétrica em suas mais diversas vertentes, pensando a obstetrícia pelo viés histórico, cultural, social, financeiro, físico, emocional e de caráter multiprofissional.

A formação de novos profissionais de saúde também é impactada pela estrutura e cultura assistencial das unidades de saúde utilizadas como campos de estágios e desenvolvimento de atividades práticas. Apesar das políticas, programas e diretrizes formuladas nas últimas décadas, a assistência obstétrica brasileira ainda é muito centrada no modelo biomédico e tecnocrático, e com isso os novos profissionais ainda estão sendo expostos a esse modelo durante sua formação.

Nesse contexto, podemos perceber como formação profissional e atendimento em saúde estão interligados e há uma retroalimentação entre sua forma e conteúdo. O estudante desenvolve suas habilidades de assistência em um ambiente cujos padrões não condizem com as melhores práticas propostas pela ciência, podendo tornar-se um profissional pouco capacitado para desempenhar suas funções.

Para interromper esse ciclo é imprescindível que junto à formação de novos profissionais, haja um efetivo processo de mudança dos serviços de assistência obstétrica implementando projetos de qualificação dos profissionais que estão em exercício. Os dados nos mostraram como os profissionais ainda utilizam técnicas e procedimentos comprovadamente ineficazes ou maléficis para mulheres e bebês. Em contrapartida citamos os estudos que relatam a dificuldade que as unidades de saúde e seus gestores enfrentam no processo de educação permanente em serviço devido à baixa adesão dos profissionais de assistência ao parto, particularmente os médicos obstetras.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de estado instituída pela Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004), cujo arcabouço legal está pautado desde a Constituição Federal de 1988 e consolidada por inúmeras leis estruturais. A EPS atua para fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas profissionais, levando em consideração as características institucionais, políticas, ideológicas e culturais que permeiam aquela determinada comunidade e como esses valores podem operar os limites e as possibilidades desse processo. Dentre os principais objetivos dessa política estão a melhoria no desempenho dos profissionais em todos os níveis de atenção e funções, contribuindo para o desenvolvimento de competências e garantindo melhor qualidade e atenção prestada à população (BRASIL, 2009).

Um dos grandes problemas enfrentado no processo de implantação da política é a total desarmonia entre os inúmeros setores das instituições, pois os objetivos e ambições de gestores e colaboradores podem não estar em acordo. Outra lógica dificultadora é a insistência em promover os projetos de capacitação única e exclusivamente sob a ótica do modelo escolar, afastando o capacitando de sua realidade laboral, além de colocá-lo na posição de ouvinte.

Implementar metodologias pedagógicas que estejam em sintonia com as novas tecnologias existentes e que estimulem uma maior interação entre os profissionais de saúde é um grande desafio a ser superado.

Esse desafio também é enfrentado quando se trata de educação em saúde, pois o processo de informação e orientação dos usuários dos serviços de saúde tende a seguir a mesma

lógica do modelo escolar, em que o profissional de saúde desenvolve um roteiro e explica para os usuários, sem a utilização de recursos pedagógicos que sejam atrativos para esse cidadão.

E voltando à discussão do ciclo de orientação e formação, também nesse caso as mulheres podem estar sendo orientadas por profissionais que não possuem qualificação suficiente, impedindo que elas tenham acesso às informações necessárias para formar uma opinião acerca da temática e com isso definir as condutas que ela quiser para seu parto.

Esses três processos, orientação em saúde, formação e qualificação profissional compõem o grande eixo da educação e conhecimento, estando todos unidos e interligados, nos impedindo de classificar algum deles com maior grau de importância ou prioridade para a execução.

No entanto, para que esse processo seja executado é imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas capazes de transformar tanto a educação em saúde quanto a assistência obstétrica dispensada à população.

6.2 Políticas públicas

Um marco simbólico para a implementação das políticas públicas voltadas para o cuidado em obstetrícia no Brasil foi a reunião desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Fortaleza-CE em 1985. Nessa ocasião discutiu-se sobre práticas assistências desenvolvidas durante os partos e nascimentos à luz das melhores evidências científicas disponíveis.

Essa foi a primeira vez que peritos em obstetrícia, reunidos pela OMS puderam discutir acerca das práticas de assistência ao parto e definir condutas e estratégias para que esse cuidado pudesse ser pautado pelas melhores evidências científicas.

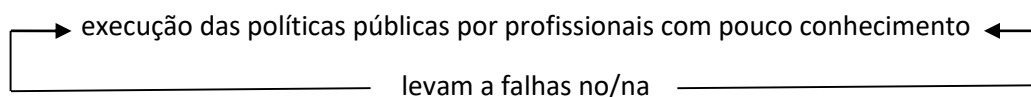
Desse encontro houve a produção do manual técnico “Assistência ao parto normal: um guia prático” (OMS, 1996), que apresenta normas, técnicas e diretrizes assistências que embasam o cuidado em obstetrícia até os dias atuais, e que sustenta também as várias políticas que foram sendo desenvolvidas ao longo dos anos no Brasil.

Nesse contexto, políticas públicas foram implantadas com o intuito de melhorar os indicadores obstétricos e neonatais, reduzir a morbimortalidade materno-infantil e humanizar os partos. Apesar de todos os avanços que tais políticas proporcionaram o cenário obstétrico brasileiro ainda é pautado por excesso de intervenções e cesáreas desnecessárias, pouca participação e autonomia das mulheres no processo de escolhas e tomada de decisões, denúncias constantes de violência obstétrica, profissionais pouco engajados nos movimentos de

humanização do parto, hospitais despreparados para a implementação dessas políticas, falta de recursos financeiros, entre outros problemas (OMS, 2014; BRASIL, 2017).

O sucesso dessas políticas depende de diversos fatores, sendo que os principais são a adesão dos entes federativos e o engajamento dos serviços de saúde e profissionais que devem executar o cuidado.

Quando retomamos as discussões anteriores relacionadas à dificuldade dos profissionais de saúde em aderir aos eventos de educação permanente em serviço, nos deparamos com um fator complicador para que essas políticas sejam realmente desenvolvidas. E nesse caso, quando pensamos no circuito ativo, os elementos conhecimento e políticas públicas interagem em desarmonia, impedindo que haja plenitude nos processos (MORIN, 2013).



Tal desarmonia impacta diretamente a assistência e cuidado recebido por mulheres e bebês nas mais diversas unidades de saúde espalhadas pelo país, fato que pode ser percebido nos relatos realizados pelas participantes desse estudo. Pudemos perceber que as políticas existentes são de conhecimento das mulheres e até mesmo as unidades de saúde/maternidades fazem adesão a elas, mas de acordo com os relatos, o cuidado e atenção durante a assistência ao parto não condizem com as políticas propostas.

As atrizes sociais desse estudo são mulheres que buscaram informação e desenvolveram conhecimento sobre as principais normas e diretrizes de assistência ao parto vigentes, pois estavam em busca de um parto saudável, seguro e que acontecesse de uma maneira mais natural.

Ficou evidente nos dados que esse conhecimento só foi possível porque as mulheres pesquisaram e estudaram o tema de forma autodidata. Os relatos revelam que os profissionais de saúde não contribuíram para o desenvolvimento desse conhecimento, pois não houve por parte deles nenhum processo de educação em saúde voltado às participantes.

Nesse sentido, se as mulheres de uma forma geral, não tiverem acesso às informações e orientações por fontes seguras e confiáveis sobre o universo da assistência obstétrica, conseqüentemente elas podem não ser capazes de desenvolver conhecimento suficiente para acompanhar, decidir e fazer escolhas conscientes sobre as questões que envolvem sua gestação e parto, fato que interfere diretamente no empoderamento dessas mulheres.

6.3 Empoderamento

Empoderar-se é tomar para si o poder e é desenvolvido por intermédio da consciência coletiva que promove ações de fortalecimento das mulheres buscando a equidade (www.significados.com.br/empoderamentofeminino).

Em virtude da construção social do “ser mulher” na sociedade, as mulheres não conseguem perceber o poder que possuem, e é nesse sentido que o empoderamento feminino pode atuar. As ações de orientação, informação e educação para as mulheres são essenciais para que as mesmas consigam perceber que são capazes e que possuem muitos direitos que foram negligenciados ao longo de décadas, pois os processos de transformação em todas as áreas dependem das atitudes empoderadas das mulheres para que as mudanças comecem a acontecer.

No âmbito da assistência ao parto, o empoderamento feminino é primordial para o sucesso desse processo. É salutar que as mulheres resgatem seu papel de protagonismo no parto. Esse resgate depende de diversos fatores, mas que podem ser consolidados em duas vertentes, o conhecimento e as políticas públicas.

Está posto que empoderamento feminino é o resultado de uma consciência coletiva, portanto, para que essa sociedade possa definir os princípios, ações e conceitos dessa consciência, o processo de educação e conhecimento acerca da temática deve ser explorado exaustivamente nessa construção.

Nesse sentido, para que ocorram mudanças consistentes e duradouras na rede de atenção ao parto e nascimento, as mulheres precisam ter conhecimento para que possam escolher, decidir e definir as melhores práticas assistências que podem receber. Mas as ações de informação e construção do conhecimento de mulheres, familiares, sociedade e também dos profissionais de saúde perpassam pela existência de políticas públicas de incentivo à educação e formação desses indivíduos.

Nesse caso nos deparamos com o circuito ativo empoderamento – políticas públicas – conhecimento atuando de maneira complementar. Mas vale ressaltar, que apesar de complementares, essa engrenagem não estará em pleno funcionamento se uma dessas vertentes estiver em desarmonia ou até mesmo inexistente.

As participantes desse estudo são mulheres que buscaram informação, possuem conhecimento acerca das melhores práticas obstétricas a serem aplicadas, possuem capacidade de argumentação. Analisando o conceito de empoderamento feminino podemos afirmar que são mulheres empoderadas, que conhecem seus direitos e lutam por eles. No entanto, essa condição não foi suficiente para que as mesmas recebessem o cuidado obstétrico de acordo com suas expectativas e necessidades, o que nos remete ao circuito ativo descrito anteriormente e demonstra uma falha nessa relação.

6.4 A enfermagem como agente de transformação no cenário obstétrico contemporâneo

As discussões sobre as três vertentes elencadas nessa teoria, o empoderamento, o conhecimento e as políticas públicas nos apresenta o conhecimento como o pilar base para essa construção. É o conhecimento que define o conceito *unitas multiplex* desse estudo e é pelo processo de educação que conseguiremos criar a convergência desses conceitos e desencadear as mudanças necessárias na assistência obstétrica contemporânea.

A OMS reconhece que a enfermeira obstetra é a profissional capaz de transformar a assistência medicalizada hoje dominante, em uma assistência centrada nas necessidades individuais da mulher. A enfermagem agrega sua expertise no cuidado ao respeito à fisiologia do parto, exercendo a atenção obstétrica reinventando as relações desiguais de poder (COFEN, 2019).

A análise dos dados nos surpreendeu no que diz respeito às menções que as participantes fizeram da enfermagem. A maior percepção de cuidado foi evidenciada pelas mulheres que vivenciaram um parto domiciliar acompanhado por enfermeiras obstetras. As mulheres que foram atendidas durante o trabalho de parto e parto em unidades hospitalares fizeram poucas referências à enfermagem, sendo que a percepção mais evidente foi a da falta de apoio e participação no processo. As mulheres conseguiram perceber maior atenção e cuidado da equipe de enfermagem durante o manejo com a amamentação.

Esse achado reforça as discussões anteriores acerca do modelo obstétrico vigente em nossa sociedade e como essa cultura medicalizadora e intervencionista dos partos e nascimentos impacta inclusive a forma como a equipe de enfermagem presta seus cuidados, abdicando das doutrinas que regem a profissão, como o cuidado integral, pautado nas necessidades humanas básicas para atuar de forma tecnocrática e intervencionista.

Esse padrão de assistência da enfermagem tem relação também com o modelo de formação profissional, o processo de educação permanente em serviço e o desenvolvimento de políticas públicas tanto no âmbito da educação quanto da assistência obstétrica.

É de suma importância que as escolas de enfermagem, em todos os níveis de formação, desenvolvam Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) que contemplem a formação pautada nas melhores evidências científicas existentes. As emendas das disciplinas voltadas para a saúde da mulher devem ser elaboradas com base nas referências bibliográficas atualizadas e que estejam em alinhamento com as políticas públicas vigentes. De posse desse conhecimento o estudante

terá condições de identificar e superar as dificuldades impostas durante as atividades práticas curriculares.

Como mencionamos anteriormente, existe esse embate entre o processo de formação nos bancos escolares e o desenvolvimento de atividades práticas nas unidades de saúde, haja vista que o modelo medicalizador e intervencionista ainda é muito evidente nas instituições hospitalares. Para a quebra desse ciclo, é salutar que os docentes façam um paralelo entre o conteúdo proposto pelo PPC e as normas e rotinas da unidade de saúde onde as atividades práticas são desenvolvidas.

As escolas de enfermagem têm um papel preponderante nesse processo de transformação do cenário obstétrico atual, pois a enfermagem tem como princípios o cuidado integral, centrado nas necessidades humanas básicas, visando a saúde e bem-estar do indivíduo e coletividade.

Em virtude desse perfil técnico e científico, políticas públicas voltadas para a formação, qualificação e incentivo à atuação da enfermagem na assistência obstétrica nacional foram implementadas ao longo das últimas décadas. Dentre as principais políticas citadas destacamos a formação de enfermeiros obstetras através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e universidades federais e as legislações regulamentando a presença e obrigatoriedade dos enfermeiros obstetras nas unidades hospitalares, públicas ou privadas, em todo o território nacional.

Nesse sentido, voltamos a pensar nos conceitos educação e assistência obstétrica, como conceitos distintos, no entanto, complementares e indissociáveis.

Quando citamos o ciclo entre formação e assistência obstétrica e como esse processo impacta negativamente os resultados e as mudanças na forma como os partos e nascimentos acontecem em nosso país o fizemos com a convicção de inter-relação existente entre eles. É uma estrutura tão intimamente ligada que torna difícil a percepção dos limites entre elas. Por isso, reforçamos a importância da educação nesse processo de transformação.

Com isso, reforçamos a ideia de que as mudanças propostas por todos os atores envolvidos nos movimentos de humanização dos partos e nascimentos devem ter nas escolas o núcleo central de atuação. É através da formação de profissionais qualificados, críticos e conscientes que atingiremos os resultados planejados e desejados por esses movimentos.

Escolas eficientes formam profissionais qualificados e conscientes que serão
→ agentes de transformação nas unidades de assistência ao parto. ←

A formação profissional e a educação permanente em serviço deve ter total atenção dos entes públicos que visam à mudança do modelo obstétrico hoje predominante no país. Para que os resultados das políticas públicas sejam alcançados tanto o setor da educação quanto o da saúde devem dispor de recursos e autonomia para o desenvolvimento de ações no sentido de melhorar os indicadores obstétricos e neonatais tão importantes para o desenvolvimento de nossa sociedade.

A assistência obstétrica dispensada às mulheres é o resultado da relação intrínseca de um grupo de elementos distintos, que unidos e relacionados são capazes de nortear as transformações pertinentes. No entanto, está evidente que esses elementos não estão compondo uma engrenagem perfeita, o que vem ao longo das décadas impedindo a aplicação eficiente das políticas propostas e conseqüentemente as transformações necessárias para o cenário obstétrico vigente.

7 INFOGRÁFICO ANIMADO

Conforme apresentado anteriormente, esse estudo tem como objetivo conhecer os sentimentos das mulheres relacionados aos seus partos e como elas percebiam que a sociedade ou as pessoas de seu convívio podiam interferir no processo de exposição dos seus sentimentos. Desde a construção do projeto percebíamos a necessidade de desenvolver algum produto ou mecanismo para que nossos achados pudessem ser conhecidos e acessados por essas mulheres e que não ficasse restrito somente ao meio acadêmico.

A ideia de desenvolver o infográfico animado veio após acessar o site da EERP-USP e visualizar um infográfico animado com informações sobre a COVID-19. Naquele momento percebi que se tratava de uma tecnologia educacional muito potente, pois de forma clara, simples e lúdica as informações foram repassadas.

Já estávamos estudando e pesquisando sobre a importância das redes sociais na vida e cotidiano das mulheres e como esses ambientes virtuais estão sendo cada vez mais acessados por elas em busca de informação, orientação e até mesmo como espaço de fala e escuta de seus medos, angústias e preocupações.

E a escolha pelo infográfico foi concretizada, pois ele contempla o objetivo de orientar, informar e empoderar as mulheres, além do mais, sua forma e design tem tudo a ver com as redes sociais.

Dessa forma, a construção dos infográficos foi definida a partir dos dados oriundos dessa pesquisa. Com a análise dos dados pudemos perceber que dois grandes temas eram emergentes desse estudo, os sentimentos experimentados pelas mulheres e a assistência obstétrica como geradora de sentimentos, conflitos, incertezas e inseguranças. Por esse motivo percebemos a necessidade de desenvolver dois infográficos que pudessem atender as mulheres de acordo com a realidade em que ela estivesse vivendo naquele momento.

Assim, o primeiro infográfico aborda os sentimentos vivenciados pelas mulheres e tem como público alvo as gestantes e as puérperas. O segundo infográfico foi idealizado para trazer informações acerca da assistência obstétrica pautada nas melhores práticas disponíveis pela ciência e é direcionado para as mulheres que estão se preparando para o parto.

O termo “Humanização do parto” foi utilizado para compor o título dos infográficos como uma estratégia de marketing, pois se trata de um termo muito difundido na atualidade e que durante as buscas das mulheres por informação nas redes sociais é a partir desse termo que as buscas se iniciam.

7.1 Infográfico animado 1 – Porque ir atrás do parto humanizado? A dualidade: a mulher antes e depois do parto

O infográfico “Porque ir atrás do parto humanizado? A dualidade: a mulher antes e depois do parto” foi construído utilizando desenhos, fotos, vídeos e textos. A união desses recursos proporcionou a organização dos achados dessa pesquisa sendo capaz de levar ao expectador a informação de forma clara, simples e atrativa.

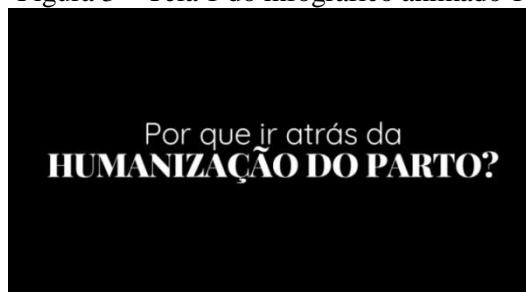
Em oito minutos e quarenta e sete segundos o vídeo apresenta os inúmeros sentimentos experimentados pelas participantes desse estudo e também as diferentes formas de apoio e acolhimento que elas receberam e transforma esses dados em uma peça informativa que reforça que os sentimentos vivenciados por cada indivíduo são diferentes e fazem parte do processo natural de desenvolvimento de cada um, portanto não existindo sentimento certo ou errado. Reforçamos também a importância de expor esses sentimentos que estão sendo percebidos como ruins pela mulher, para que com o apoio adequado ela possa ressignificar esses sentimentos e vivenciar a maternidade de uma forma mais tranquila e satisfatória.

O infográfico animado completo por ser visualizado acessando o link <https://youtu.be/Fdi2hZzrmo>.

Seguindo o mesmo esboço do mapa de empatia, o vídeo foi dividido em etapas marcadas pelas frases “o que elas ouvem”, “o que elas fazem?”, “o que elas veem?” e “o que elas sentem?”. A partir dessas percepções o conteúdo do infográfico foi desenvolvido como pode ser visto a seguir.

A Figura 3 apresenta a primeira tela do infográfico e traz o título do infográfico: “Por que ir atrás da Humanização do parto?”.

Figura 3 – Tela 1 do infográfico animado 1



As figuras 4 a 21 (telas 2 a 19) compõem uma breve introdução ao tema, abordando os sentimentos e expectativas da gestante em relação ao seu bebê, à gestação e ao parto. A vida das mulheres é constituída por eventos que definem os seus papéis sociais e que vão sendo construídos ao longo de toda sua vida, seja pelos exemplos familiares ou sociais. A gestação e o parto é um desses eventos marcantes na vida da mulher, que de “filha” assume o papel social de “mãe”.

A animação trás o termo construção social, que nesse contexto é caracterizada pelo compartilhamento de valores éticos e culturais, regras de convívio, estrutura das instituições e até o estilo de vida de uma dada sociedade e como esse sistema organizado é importante na definição do papel social desempenhado pelas mulheres-mães.

Figura 4 – Tela 2 do infográfico 1



Figura 5 – Tela 3 do infográfico 1



Figura 6 – Tela 4 do infográfico 1

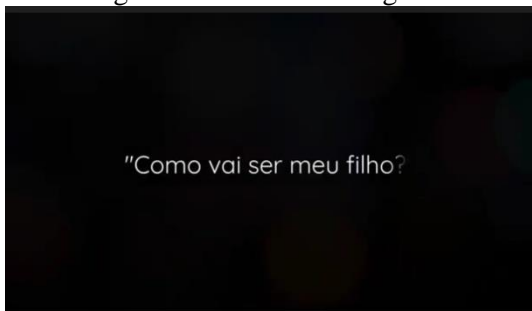


Figura 7 – Tela 5 do infográfico 1

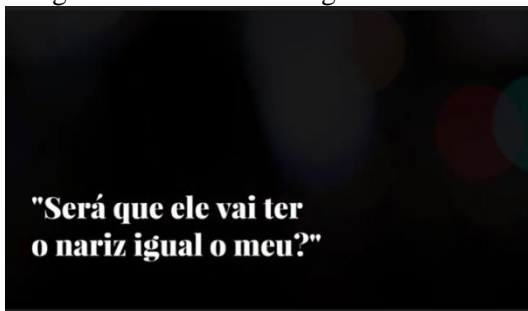


Figura 10 – Tela 8 do infográfico 1

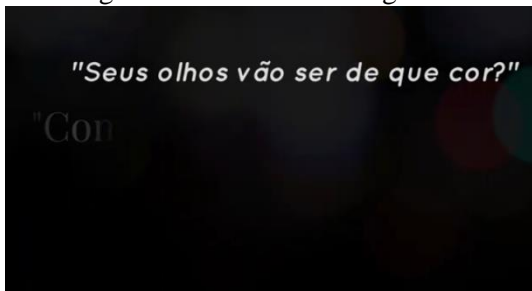


Figura 11 – Tela 9 do infográfico 1

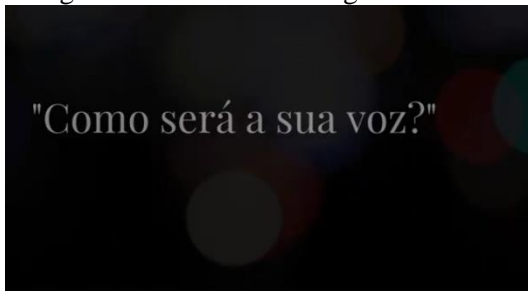


Figura 12 – Tela 10 do infográfico 1

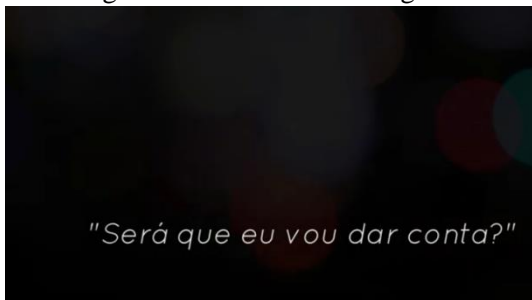


Figura 13 – Tela 11 do infográfico 1

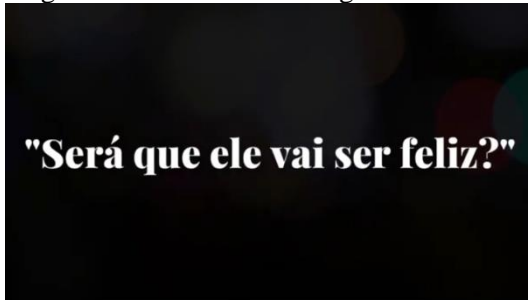


Figura 14 – Tela 12 do infográfico 1



Figura 15 – Tela 13 do infográfico 1



Figura 16 – Tela 14 do infográfico 1

Figura 17 – Tela 15 do infográfico 1



Figura 18 – Tela 16 do infográfico 1



Figura 19 – Tela 17 do infográfico 1



20 – Tela 18 do infográfico 1

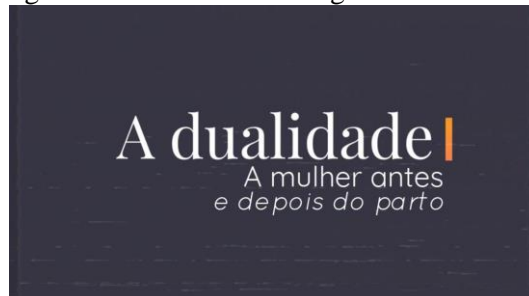


Figura 21 – Tela 19 do infográfico 1



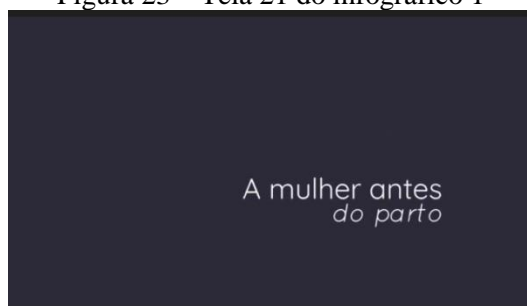
Nesse momento o infográfico faz um recorte que enfatiza esse marco divisório na vida das mulheres e traz o texto: “A dualidade. A mulher antes e depois do parto”. O termo dualidade foi amplamente discutido nesse trabalho, mostrando que nenhum sentimento, ação ou atitude podem ser vistos ou classificados sob uma única ótica. Os sentimentos, expectativas, ações e reações são construídos com base nas dualidades. Nessa tela a dualidade vai representar as duas versões da mulher. A mulher que antes do parto tem sonhos e expectativas e a mulher depois do parto, com todas as experiências e vivências reais desse momento. Nesse contexto a expectativa dá espaço para realidade e como essa realidade é assimilada pela mulher.

Figura 22 – Tela 20 do infográfico animado 1



O enredo do infográfico foi desenvolvido mostrando a mulher nessas duas fases da maternidade, antes e depois do parto, sendo que a divisão cronológica do tempo foi iniciada com a tela 21 (Figura 23).

Figura 23 – Tela 21 do infográfico 1



O trecho do infográfico apresentado pelas telas 22 a 33 (Figuras 24 a 35) reforça a ideia de que o conhecimento acerca dos partos vem sendo construído ao longo da vida e tem base nas experiências pessoais e familiares, além sofrer grande impacto pela construção social dos partos. Essas histórias e experiências passadas de geração em geração, normalmente são contadas sendo o parto um evento difícil e traumático.

Baseadas nessas histórias e reconhecendo o parto como um evento desagradável, as mulheres tendem a buscar maneiras e subterfúgios para se protegerem e também encontram nesse conhecimento empírico os mecanismos de proteção. As mulheres que já passaram pela experiência de parto e que vivenciaram toda a assistência obstétrica medicalizada e tecnocrática nas unidades hospitalares tentam alertar as gestantes para evitarem chorar, reclamar ou gritar. Elas recebem a orientação que o ideal é que a parturiente se comporte bem, pois assim elas se protegem de um parto mais sofrido e demorado. O medo de serem julgadas ou mal tratadas durante o trabalho de parto é uma realidade vivenciada por muitas mulheres.

Figura 24 – Tela 22 do infográfico 1



Figura 26 – Tela 24 do infográfico 1

Figura 25 – Tela 23 do infográfico 1

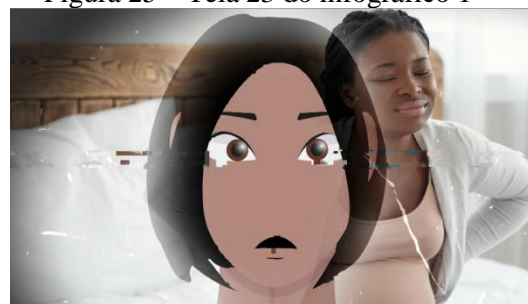


Figura 27 – Tela 25 do infográfico 1



Figura 28 – Tela 26 do infográfico 1



Figura 29 – Tela 27 do infográfico 1



Figura 30 – Tela 28 do infográfico 1



Figura 31 – Tela 29 do infográfico 1



Figura 32 – Tela 30 do infográfico 1



Figura 33 – Tela 31 do infográfico 1



Figura 34 – Tela 32 do infográfico 1



Figura 35 – Tela 33 do infográfico 1



Apesar da construção social do parto, que há décadas vem dominado o cenário obstétrico no Brasil, as mulheres vem buscando uma assistência mais natural cujo centro das atenções seja suas necessidades e desejos. As telas 34 a 49 (Figuras 36 a 51) mostram que as mulheres estão cada vez mais em busca de um atendimento individualizado e com menos intervenções, mas essa não é uma realidade para todas as mulheres. A animação mostra as duas principais realidades existentes nessa seara, as mulheres que tem acesso e buscam o máximo de conhecimento possível e a grande massa de mulheres que são levadas pelo sistema e com isso recebem pouca ou quase nenhuma informação sobre o parto.

Essas mulheres que tem pouco conhecimento acerca do parto, dos seus direitos e possibilidades normalmente seguem incondicionalmente as definições da equipe de saúde, tendo pouca participação no processo de escolhas sobre seu próprio parto, recebem muitas intervenções obstétricas e muitas vezes nem percebem que essas intervenções foram realizadas de maneira desnecessária, pois acreditam que todos os procedimentos a que são submetidas são indispensáveis durante o parto.

As mulheres com maior grau de instrução também passam por momentos de dificuldades e angústias, pois percebem o quão difícil é conseguir um espaço ou profissional que possam atendê-las durante o parto dessa mais natural, com poucas intervenções e garantindo seu poder de decisão e escolha.

Figura 36 – Tela 34 do infográfico 1



Figura 37 – Tela 35 do infográfico 1

- Estudando
- Grupos nas redes sociais
- Buscando por zelo



Figura 38 – Tela 36 do infográfico 1



Figura 40 – Tela 38 do infográfico 1

Figura 39 – Tela 37 do infográfico 1



Figura 41 – Tela 39 do infográfico 1



Figura 42 – Tela 40 do infográfico 1



Figura 43 – Tela 41 do infográfico 1



Figura 44 – Tela 42 do infográfico 1



Figura 45 – Tela 43 do infográfico 1



Figura 46 – Tela 44 do infográfico 1



Figura 47 – Tela 45 do infográfico 1



Figura 48 – Tela 46 do infográfico 1

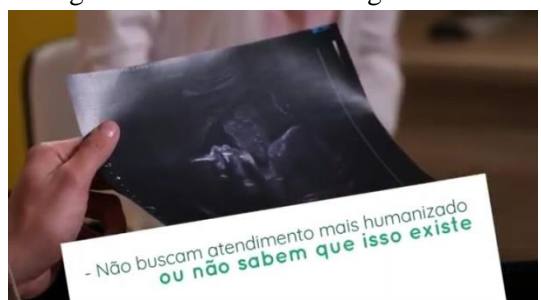


Figura 49 – Tela 47 do infográfico 1



Figura 50 – Tela 48 do infográfico 1



Figura 51 – Tela 49 do infográfico 1



Não é todo
procedimento que
faz parte da assistência

A gestação é uma fase de muitas mudanças e transformações na vida das mulheres, seja no aspecto físico, emocional ou das relações interpessoais. É um momento de sentimentos contraditórios. Elas vivem a alegria pela gestação e a vinda do filho, mas também sentem medo, angústia e preocupações com o parto, com o bem-estar de ambos além das inúmeras preocupações rotineiras da vida.

As Telas 50 a 59 (Figuras 52 a 61) apresentam os recursos que as mulheres encontram disponíveis para ajudá-las nesse momento. Os cursos de gestante são oferecidos durante a assistência pré-natal, principalmente na rede pública de saúde, no entanto, nem sempre as gestantes aderem a essa atividade. Eles comumente acontecem no horário de funcionamento das unidades de saúde, restringindo a participação das mulheres trabalhadoras, além disso, prevalece o formato didático pouco atrativo, muito parecido com as atividades escolares. Outro fator que afasta as mulheres são os temas discutidos nos encontros, que muitas vezes não contemplam suas necessidades e interesses individuais.

As redes sociais surgiram nos últimos anos como uma potente ferramenta de entretenimento e informação, e na gestação muitas mulheres utilizam esses canais para buscar respostas sobre os mais variados temas relacionados à gestação, parto e cuidados com os bebês. É através das redes sociais também que as mulheres vêm encontrando grupos de apoio e discussão, conversando com mulheres que passam pelas mesmas dúvidas, angústias, tristezas e compartilham cuidados e alegrias.

Figura 52 – Tela 50 do infográfico 1



Figura 54 – Tela 52 do infográfico 1

Figura 53 – Tela 51 do infográfico 1



Figura 55 – Tela 53 do infográfico 1



Figura 56 – Tela 54 do infográfico 1

GRUPOS DE GESTANTES



Figura 57 – Tela 55 do infográfico 1



Figura 58 – Tela 56 do infográfico 1

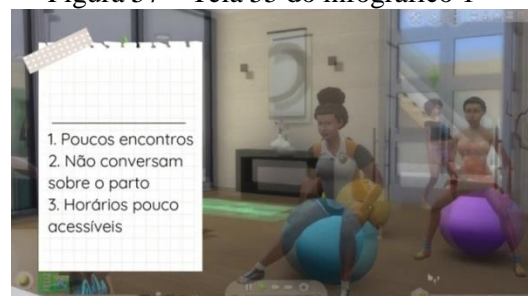


Figura 59 – Tela 57 do infográfico 1



Figura 60 – Tela 58 do infográfico 1



Figura 61 – Tela 59 do infográfico 1

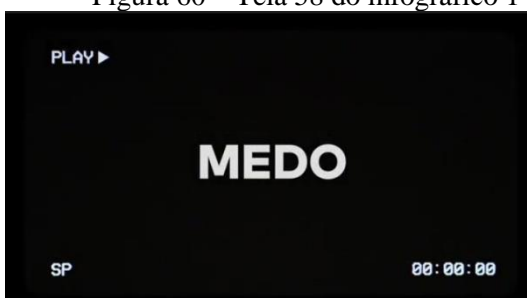


Figura 62 – Tela 60 do infográfico 1



Figura 63 – Tela 61 do infográfico 1

As Telas 60 a 66 (Figuras 62 a 68) mostram os sentimentos e percepções da gestante com relação ao bebê, ao parto e o seu papel como mãe. Essas telas reforçam a ideia de todas as angústias, medos e expectativas que a gestante tem durante a gravidez e como esses sentimentos são fortes e como as mulheres sentem-se sozinhas nessa fase.



Figura 64 – Tela 62 do infográfico 1



Figura 65 – Tela 63 do infográfico 1

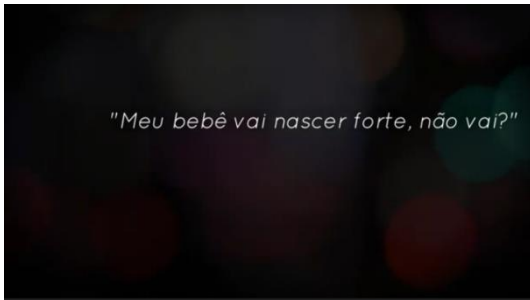


Figura 66 – Tela 64 do infográfico 1



Figura 67 – Tela 65 do infográfico 1

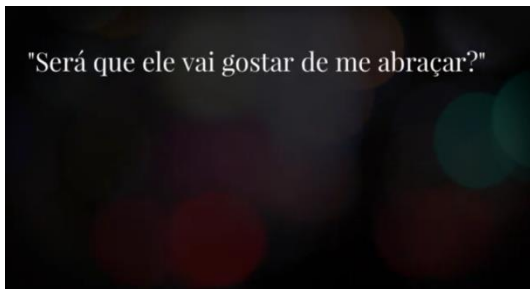
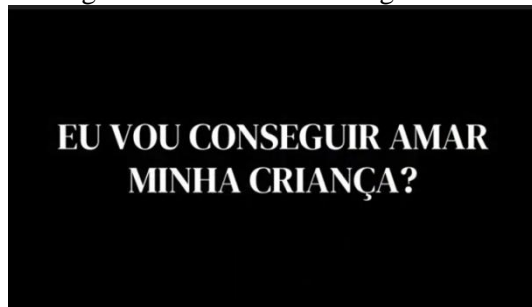
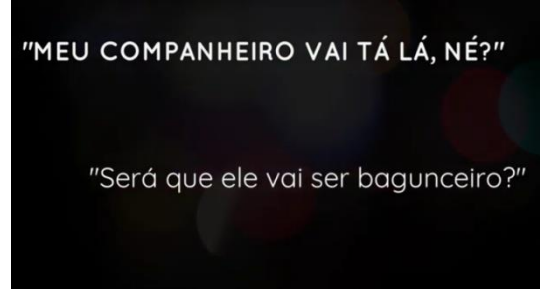


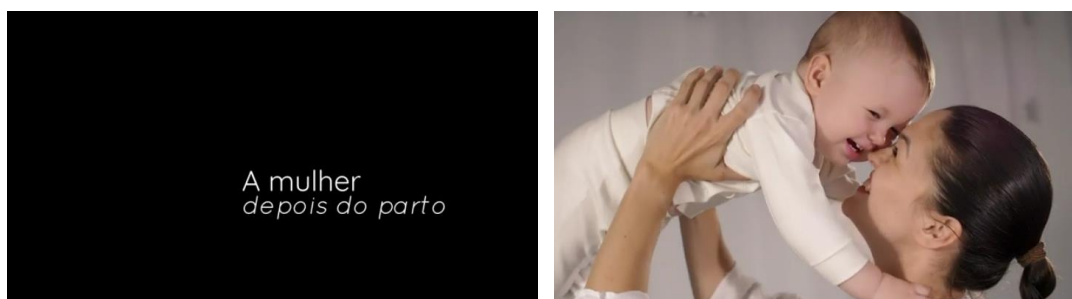
Figura 68 – Tela 66 do infográfico 1



A figura 69 (Tela 67) do infográfico apresenta o recorte da perspectiva da mulher após o parto e como a partir desse momento todos os cuidados e atenção estão direcionados ao bebê.

Figura 69 – Tela 67 do infográfico 1

Figura 70 – Tela 68 do infográfico 1



O desenvolvimento desse assunto pode ser visualizado nas telas 71 a 82 (Figuras 69 a 80), que mostra o pós-parto como um momento de mudanças importantes para as mulheres, que passam por alterações físicas, emocionais e sociais.

Apesar de todos os cuidados que a mulher demanda nessa fase do ciclo reprodutivo, a partir do nascimento todas as atenções estão voltadas para o recém-nascido, o que faz com que seus cuidados físicos e emocionais sejam negligenciados pelas pessoas ao seu redor. As mulheres sentem-se muito sozinhas e desamparadas nesse período, percebem que suas queixas e reclamações são minimizadas e pouco solucionadas. São constantemente cobradas, pelos familiares e por elas mesmas, para que assumam o papel de boa mãe, sendo capaz de cuidar bem do filho em detrimento às próprias necessidades.

Os sentimentos conflitantes também são uma marca desse período, pois estão felizes pelo nascimento do filho, mas o cansaço, as tristezas e frustrações também estão presentes. E esses sentimentos contraditórios são potencializados quando elas tendem a expressá-los, pois os familiares e pessoas de seu convívio tendem a desqualificar suas queixas, argumentando sempre que se trata de reclamações infundadas, principalmente quando se toma por base que o bebê está bem e saudável.

Figura 71 – Tela 69 do infográfico 1

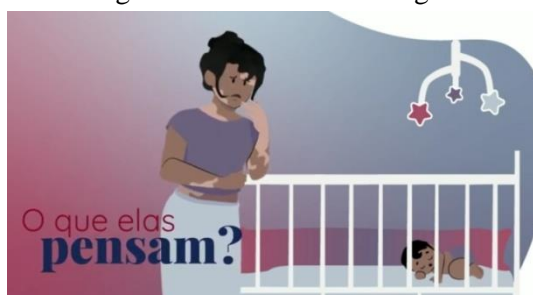


Figura 72 – Tela 70 do infográfico 1



Figura 73 – Tela 71 do infográfico 1

Figura 74 – Tela 72 do infográfico 1



Figura 75 – Tela 73 do infográfico 1



Figura 76 – Tela 74 do infográfico 1

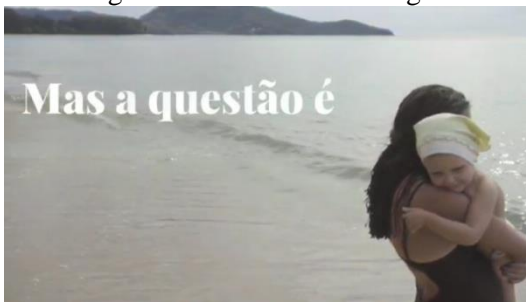


Figura 77 – Tela 75 do infográfico 1



Figura 78 – Tela 76 do infográfico 1



Figura 79 – Tela 77 do infográfico 1



Figura 80 – Tela 78 do infográfico 1



Figura 81 – Tela 79 do infográfico 1



Figura 82 – Tela 80 do infográfico 1



As telas 83 a 93 (Figuras 81 a 91) trazem a perspectiva das mulheres que gostariam de falar sobre seus medos, angústias e frustrações, mas que não encontram facilmente uma

oportunidade de expor esses sentimentos seja por falta de oportunidade ou por não sentirem-se seguras ou encorajadas para esse momento.

Figura 83 – Tela 81 do infográfico 1



Figura 85 – Tela 83 do infográfico 1



Figura 87 – Tela 85 do infográfico 1



Figura 88 – Tela 86 do infográfico 1



Figura 90 – Tela 88 do infográfico 1



Figura 84 – Tela 82 do infográfico 1



Figura 86 – Tela 84 do infográfico 1



Figura 89 – Tela 87 do infográfico 1



Figura 91 – Tela 89 do infográfico 1



Figura 92 – Tela 90 do infográfico 1

Relatam que
muitas vezes
não se sentem
acolhidas

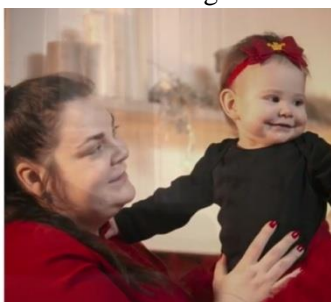


Figura 93 – Tela 91 do infográfico 1



Dando continuidade ao desenvolvimento desse assunto, as telas 92 a 125 (figuras 94 a 127) reforçam os sentimentos experimentados pelas mulheres após o nascimento do bebê, enfatizando que nesse momento as mulheres confrontam o parto idealizado com o parto real, situação que pode intensificar sentimentos de tristeza, angústia e fracasso por não terem concretizado o parto como planejaram, trazendo à tona sentimentos de incapacidade, vergonha e raiva.

O infográfico registra a importância das redes sociais como instrumento de acolhimento das mulheres, que se sentem à vontade e acolhidas para discutir seus medos, angústias e frustrações. O apoio de outras mulheres que compartilham desse turbilhão de sentimentos é um acalento para as mulheres e também um mecanismo de apoio e ressignificação desses sentimentos. A ideia das telas é mostrar para as mulheres que esses sentimentos contraditórios são comuns nessa fase da vida, e que senti-los não a faz uma mãe ruim ou descuidada.

A mensagem ainda estimula as mulheres a compartilharem esses sentimentos, pois a forma como as mulheres se sentem e são tratadas deve ser percebida por toda sociedade. A partir do momento que os sentimentos são revelados, acolhidos, analisados e difundidos é possível ir construindo novas formas de ver a assistência obstétrica. É pelos movimentos das mulheres que o cenário obstétrico pode ser transformado.

Figura 94 – Tela 92 do infográfico 1



Figura 95 – Tela 93 do infográfico 1

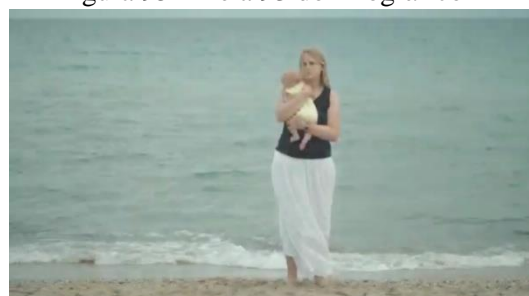


Figura 96 – Tela 94 do infográfico 1

Figura 97 – Tela 95 do infográfico 1

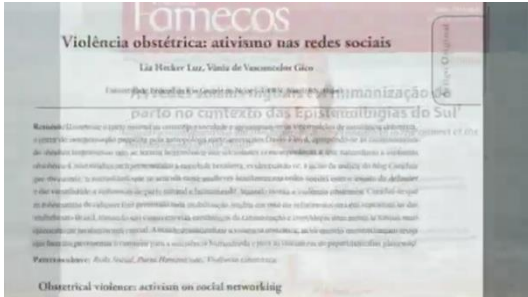


Figura 98 – Tela 96 do infográfico 1



Figura 99 – Tela 97 do infográfico 1



Figura 100 – Tela 98 do infográfico 1



Figura 101 – Tela 99 do infográfico 1



Figura 102 – Tela 100 do infográfico 1



Figura 103 – Tela 101 do infográfico 1



Figura 104 – Tela 102 do infográfico 1



Figura 105 – Tela 103 do infográfico 1

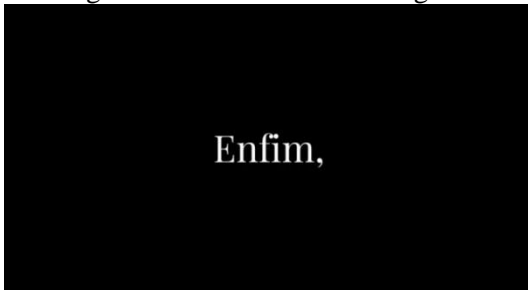


Figura 106 – Tela 104 do infográfico 1



Figura 108 – Tela 106 do infográfico 1



Figura 110 – Tela 108 do infográfico 1



Figura 112 – Tela 110 do infográfico 1



Figura 114 – Tela 112 do infográfico 1

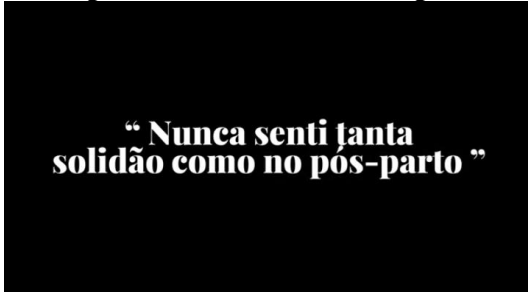


Figura 107 – Tela 105 do infográfico 1



Figura 109 – Tela 107 do infográfico 1



Figura 111 – Tela 109 do infográfico 1



Figura 113 – Tela 111 do infográfico 1



Figura 115 – Tela 113 do infográfico 1



Figura 116 – Tela 114 do infográfico 1



Figura 118 – Tela 116 do infográfico 1



Figura 120 – Tela 118 do infográfico 1



Figura 122 – Tela 120 do infográfico 1



Figura 124 – Tela 122 do infográfico 1

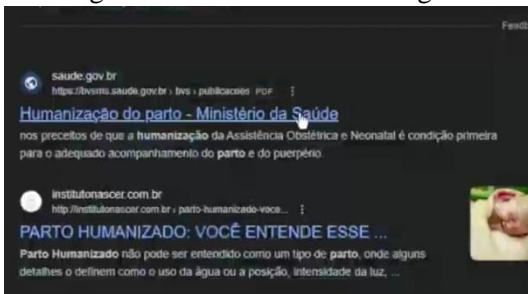


Figura 117 – Tela 115 do infográfico 1



Figura 119 – Tela 117 do infográfico 1

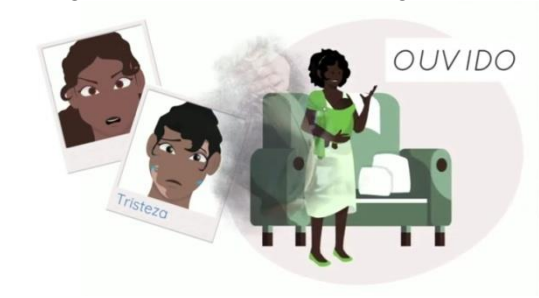


Figura 121 – Tela 119 do infográfico 1



Figura 123 – Tela 121 do infográfico 1



Figura 125 – Tela 123 do infográfico 1



Figura 126 – Tela 124 do infográfico 1



Figura 127 – Tela 125 do infográfico 1

**ouvi-las
e atende-las**

7.2 Infográfico animado 2 – Parto humanizado. O que tem de diferente?

O segundo infográfico tem como objetivo informar as mulheres sobre a humanização do parto, dando-lhe subsídios para fazer escolhas e tomar decisões conscientes a respeito do próprio parto. Tomando por base o manual “Assistência ao parto normal: um guia prático”, uma obra clássica da assistência humanizada ao parto (OMS, 1996), o infográfico traz informações sobre as quais as mulheres devem ter conhecimento acerca de práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência obstétrica. Essas informações fazem parte da “Classificação de práticas no parto normal” e constam dos itens previstos na categoria B.

Com duração de seis minutos e 42 segundos, essa animação foi desenvolvida majoritariamente com desenhos autorais da equipe de designer. São imagens produzidas na escala de branco, preto e cinza justamente para passar a ideia de que são práticas que não devem ser realizadas durante o parto, dessa forma a informação é passada sem o peso de cenas desagradáveis. No final do vídeo, quando são apresentadas formas de se proteger e buscar um atendimento humanizado, as imagens também mudam vindo mais coloridas e animadas.

Esse infográfico animado pode ser visualizado acessando o link <https://www.youtube.com/watch?v=OcJYIHFdGpA>.

A figura 128 (tela 1) apresenta a primeira tela do infográfico e traz o título: “Parto humanizado: O que tem de diferente?”

Figura 128 – Tela 1 do infográfico 2

Parto Humanizado

O que tem de diferente?

Construindo a ideia de que a obstetrícia sofreu inúmeras transformações ao longo dos séculos as telas 2 a 5 (figuras 129 a 132) reiteram que as mulheres ainda estão sujeitas a não terem uma experiência agradável nos seus partos.

Figura 129 – Tela 2 do infográfico 2



Figura 130 – Tela 3 do infográfico 2

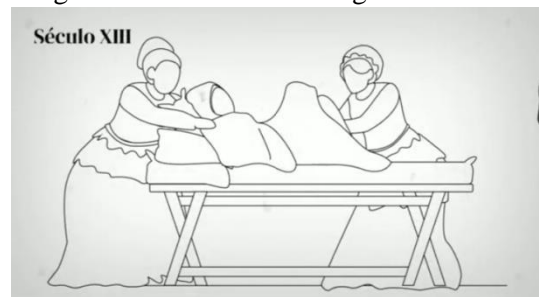
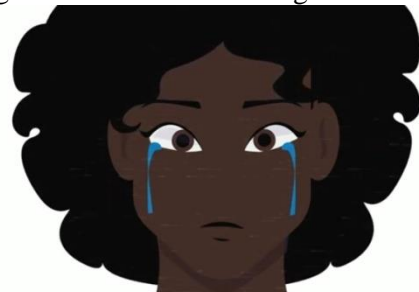


Figura 131 – Tela 4 do infográfico 2



Figura 132 – Tela 5 do infográfico 2



Com uma breve introdução as telas 6, 7 e 8 (figuras 133 a 135) apresenta para a telespectadora o manual técnico produzido pela OMS e reforça a ideia de que os tópicos que serão apresentados não devem ser realizados durante a assistência ao parto.

Figura 133 – Tela 6 do infográfico 2

Figura 134 – Tela 7 do infográfico 2



Figura 135 – Tela 8 do infográfico 2



As telas 9 e 10 (figuras 136 e 137) trazem o Tópico 1: Não utilizar frequentemente a infusão intravenosa no trabalho de parto, explicando que a permanência de um acesso venoso constante, infundindo soro ou medicamentos pode impedir a livre movimentação da parturiente, sendo prejudicial para a evolução do trabalho de parto.

Figura 136 – Tela 9 do infográfico 2

Tópico 1: não utilizar frequentemente a infusão intravenosa no trabalho de parto,



Figura 137 – Tela 10 do infográfico 2

Tópico 1:



"Além de evitar a infusão de rotina de soro para reidratação e antibióticos"

O Tópico 2: Evitar a cateterização venosa profilática rotineira (tela 11 – Figura 138) reforça o conteúdo do tópico anterior e alerta as mulheres que a punção de uma veia somente com a intenção de utilizá-la caso seja necessário é uma prática que não deve ser realizada sem uma indicação médica justificável.

Figura 138 – Tela 11 do infográfico 2

Tópico 2: evitar a cateterização venosa profilática rotineira



O terceiro tópico, eliminar o uso de comprimidos orais ou injeções de ergometrina no 3º estágio do trabalho de parto, explica que a droga de escolha para evitar as hemorragias pós-parto é a ocitocina, e deve ser utilizada preferencialmente por injeção intramuscular, logo após a expulsão do ombro do bebê e antes da saída da placenta, como pode ser observado na tela 12 (figura 139).

Figura 139 – Tela 12 do infográfico 2

Tópico 3: Eliminar o uso de comprimidos ou injeções de ergonometrina no 3º estágio do trabalho de parto



O tópico 4 (telas 13 e 14 – figuras 140 e 141), evitar o uso rotineiro de posição supina ou decúbito dorsal durante o trabalho de parto, reforça que as mulheres devem ser estimuladas a manter-se ativas e não restritas ao leito, a deambulação e as posições não supinas tendem a acelerar a evolução do trabalho de parto e são mais confortáveis.

Figura 140 – Tela 13 do infográfico 2

Tópico 4: Evitar o uso rotineiro de posição de posição supina ou decúbito dorsal durante o trabalho de parto



Figura 141 – Tela 14 do infográfico 2

Tópico 4:



A tela 15 (figura 142) faz menção a uma prática muito adotada nas unidades hospitalares que é a utilização de camas ou macas com uso de perneiras ou estribos que exigem que a parturiente assuma a posição litotômica durante o parto. Essa prática deve ser evitada, pois traz muito desconforto para a mulher e pode tornar o período expulsivo mais demorado.

Figura 142 – Tela 15 do infográfico 2

Tópico 5: Evitar o uso frequente da posição de litotomia

"O uso frequente da mesma posição durante o trabalho de parto não é recomendado"



O sexto tópico, eliminar esforços de puxo prolongados e dirigidos antes do 3º estágio do trabalho de parto, é uma prática muito difundida em nossa sociedade, e as mulheres acreditam que quanto mais força elas fazem durante o trabalho de parto mais rápido ocorrerá o nascimento do bebê. No entanto, essa conduta pelo contrário pode trazer riscos e danos à saúde da mulher, e em alguns casos impedir a evolução do trabalho de parto. As telas 16 e 17 (figuras 143 e 144) transcorrem sobre esse tema.

Figura 143 – Tela 16 do infográfico 2

Tópico 6: Eliminar esforços de puxo prolongados e dirigidos antes do 3º estágio do trabalho de parto



"Existe um mito de que se a mulher fazer força o trabalho de parto termina mais rápido, mas isso não é saudável"

Figura 144 – Tela 17 do infográfico 2

Tópico 6: Eliminar esforços de puxo prolongados e dirigidos antes do 3º estágio do trabalho de parto



"O próprio organismo da mulher naturalmente exerce puxos involuntários"

Não fazer massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto é o tema discorrido no tópico 7 (tela 18 – figura 145). A distensão do períneo é uma prática ainda muito executada pelos obstetras durante o trabalho de parto, principalmente quando a mulher está em posição litotômica e no período expulsivo. O infográfico reitera que essa prática é desconfortável e traz riscos a integridade física da mulher, por isso deve ser eliminada.

Figura 145 – Tela 18 do infográfico 2

Tópico 7: Não fazer massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto



A tela 19 (figura 146) apresenta o tópico 8: evitar revisão uterina de forma frequente após o parto. A revisão manual ou mecânica da cavidade uterina, mesmo que em menor escala, ainda é praticada por alguns profissionais. Esse procedimento não deve ser realizado, pois aumenta consideravelmente o risco de infecções e lacerações. Essa tela, de forma sucinta, orienta que tal procedimento não deve ser realizado como rotina.

Figura 145 – Tela 18 do infográfico 2

Tópico 8: Evitar revisão uterina de forma frequente após o parto



Os tópicos 9 e 10, eliminar o uso rotineiro de enema e não realizar o exame retal, são apresentados nas telas 20 e 21 (figuras 147 e 148), orienta as mulheres de que tais práticas não devem ser realizadas, pois além de serem desconfortáveis não há qualquer benefício para sua realização.

Figura 147 – Tela 20 do infográfico 2

Tópico 9: Eliminar o uso rotineiro de **enema**



Figura 148 – Tela 21 do infográfico 2

Tópico 10: Não utilizar o exame retal (O toque retal)



O uso rotineiro de tricotomia é abordado no tópico 11, telas 22 e 23 (figuras 149 e 150). Nessas telas a mulher recebe a orientação que a retirada dos pelos pubianos não precisa ser realizada, pois pode aumentar o risco de infecções.

Figura 149 – Tela 22 do infográfico 2



Figura 150 – Tela 23 do infográfico 2



A sequência posterior de telas (telas 24 a 35 – figuras 151 a 162) busca esclarecer para as mulheres que o parto humanizado é possível e está disponível nas mais diversas unidades de saúde, sejam públicas ou privadas, e que a informação é uma ferramenta importante para que elas recebam os melhores cuidados durante a assistência de seu parto. Buscar informação, conversar com a equipe de assistência ao parto e se preparar para esse momento é um ótimo caminho para o sucesso.

Figura 151 – Tela 24 do infográfico 2



Figura 153 – Tela 26 do infográfico 2

Exigindo que o
Plano de Parto
 seja devidamente seguido

Figura 155 – Tela 28 do infográfico 2

Figura 152 – Tela 25 do infográfico 2



Figura 154 – Tela 27 do infográfico 2

A **mulher** pode reconhecer que *alguns* PROCEDIMENTOS não fazem parte da **assistência**



Figura 156 – Tela 29 do infográfico 2



Figura 157 – Tela 30 do infográfico 2



Figura 158 – Tela 31 do infográfico 2



Figura 159 – Tela 32 do infográfico 2



Figura 160 – Tela 33 do infográfico 2



Figura 161 – Tela 34 do infográfico 2

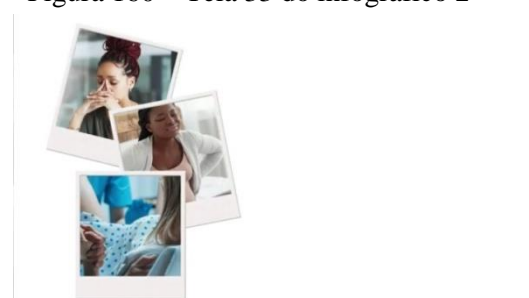


Figura 162 – Tela 35 do infográfico 2



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade busca agregar e articular os fenômenos estudados respeitando todas as suas dimensões, por isso ela não deve ser concebida como uma receita ou resposta e sim como um desafio, uma motivação para o pensamento. Dessa forma, não traremos conclusões acerca

desse fenômeno, vamos levantar elementos para análise, discussão e construção de conhecimento.

Um desafio desse estudo foi apresentar os sentimentos das participantes desconstruindo a ideia preponderante dentro do mundo acadêmico e científico de que o estudo dos sentimentos humanos perpassa por uma análise subjetiva dos dados e que os resultados podem não representar com fidelidade os sentimentos experimentados pelo indivíduo. No entanto, alicerçadas pelo rigor metodológico e pela solidez dos dados pudemos analisar os sentimentos de maneira concreta, desconstruindo a ideia de subjetividade. As participantes expressaram seus sentimentos de forma clara e objetiva, contextualizando-os em suas mais diversas vertentes.

Observamos que as mulheres têm muita dificuldade de encontrar espaços e possibilidade de falar sobre seus sentimentos, mas quando encontram essa abertura elas conseguem expor esses sentimentos e sentem-se satisfeitas com essa atitude.

Nessa seara, pudemos perceber que existe uma distância muito grande entre as mulheres e os profissionais de saúde, o que tem dificultado a relação de confiança e cumplicidade por parte delas, que não se sentem acolhidas e não encontram espaço para expor seus sentimentos.

Os familiares por sua vez, não conseguem oferecer o apoio da maneira como as mulheres precisam e desejam e isso tem relação com a forma com que esses familiares percebem e reconhecem a gestação e o parto. Ficou evidente que as mulheres buscam informações e novas formas de parirem, mas nem sempre incluem seus familiares nessa busca por conhecimento.

O cenário obstétrico como está estruturado na atualidade é um dos motivos que estimula a distância entre as mulheres, profissionais de assistência ao parto e até seus familiares, pois elas vêm buscando alternativas para mudar a forma como os partos e nascimentos são cuidados e conduzidos, mas essa movimentação ainda não tem sido suficiente para mudar de fato a assistência obstétrica de maneira geral.

Sugerimos nesse estudo que a mudança no cenário obstétrico vigente depende da existência e consolidação de políticas públicas de incentivo à educação e formação de profissionais da assistência ao parto. As escolas devem ser o núcleo central de atuação, formando profissionais comprometidos com as melhores práticas de assistência obstétrica baseadas em evidências científicas, pois é através de profissionais qualificados, críticos e conscientes que as mudanças no cenário obstétrico podem ser realmente concretizadas, de maneira adequada e permanente.

A mudança de padrões sociais tão arraigados em nossa sociedade não é uma condição simples ou de fácil execução. Inúmeros estudiosos, mulheres, personalidades e governantes

vem apresentando estratégias e alternativas para desconstruir os conceitos e costumes que permeiam os partos e nascimentos e que foram introduzidos em nossa sociedade desde os meados do século passado, cujos pilares são a intervenção, a medicalização e o protagonismo médico. Mas os resultados ainda são incipientes, haja vista os relatos das participantes desse estudo no que diz respeito à dificuldade em encontrar profissionais de saúde que compartilhem dos mesmos ideais.

O perfil das participantes desse estudo pareceu no primeiro momento que poderia nos apresentar um resultado muito diferente da realidade geral da população, pois eram participantes em sua maioria, com bons níveis de educação e renda, além de serem mulheres que buscaram informação e se prepararam para o momento do parto. No entanto, essa condição favorável não garantiu a elas que seus partos acontecessem exatamente conforme haviam planejado, pois ainda assim e apesar de tudo, elas estavam inseridas em um sistema que não estava no mesmo alinhamento para a assistência obstétrica.

O estudo nos mostrou que o parto como as mulheres idealizam e desejam não é o mesmo parto que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, estão dispostos a entregar. Essa divergência de ideias e desejos é o principal fator desencadeador de sentimentos negativos nas mulheres.

A forma como a assistência obstétrica é realizada está no cerne dessa discussão e o ponto chave desse estudo é exatamente encontrarmos um equilíbrio entre as necessidades da mulher e as condições da assistência ao parto. Para tanto, não nos basta agir em uma única frente, é imprescindível uma transformação ampla em todos os setores da sociedade e três pilares podem dar sustentação a esse movimento: conhecimento, empoderamento feminino e políticas públicas.

As redes sociais são na atualidade um potente instrumento de transformação para nossa sociedade. As mulheres grávidas já incorporaram em sua rotina de busca por informação o acesso a esses ambientes, onde encontram além do conhecimento, espaço de troca de experiências, vivências e compartilham sentimentos com outras mulheres.

Apesar disso, os profissionais de saúde ainda não aderiram aos ambientes virtuais como um espaço para desenvolver educação em saúde. Essa falta de atuação dos profissionais nesses espaços pode desencadear vários prejuízos para a assistência, como disseminação de informações não científicas relacionadas à assistência e aos cuidados, promover um distanciamento entre as equipes de saúde e a população, impedindo que as melhorias e transformações possam ser discutidas entre eles.

Um fator que pode ser preponderante para a ausência dos profissionais de saúde nos espaços virtuais atuando na educação em saúde pode ser justamente a falta de conhecimento e recursos disponíveis para o desenvolvimento de materiais e conteúdos para a disseminação de informações.

A produção de materiais audiovisuais para a educação em saúde requer técnica, recursos financeiros e disponibilidade de tempo para a execução, condições que não estão acessíveis aos profissionais com facilidade.

Durante a construção dos infográficos gerados nesse estudo tivemos dificuldade em definir o conteúdo dos mesmos, pois são muitas informações importantes e imprescindíveis. Conciliar tanto conteúdo com os padrões e técnicas de produção de materiais para as redes não é uma equação simples. As pessoas em geral estão buscando cada vez mais informações rápidas, com pouca leitura e muitos recursos visuais, por isso a reprodução dos vídeos curtos estão em alta nas redes sociais no momento.

No processo de estruturação desse trabalho vislumbramos o infográfico animado como uma ferramenta potente de orientação e empoderamento, pois com uma linguagem simples, recursos visuais elaborados especificamente para o tema a ser discutido e a facilidade de veiculação do mesmo pelas redes sociais, garante a todas as mulheres a possibilidade de acessá-los e compreender o conteúdo.

Pretendemos dentro em breve publicar os infográficos animados produzidos nesse estudo, bem como proceder à avaliação e validação dos mesmos, pois dessa forma poderemos analisar o potencial desse recurso tecnológico como ferramenta de educação em saúde.

A educação é a chave para o processo de transformação do cenário obstétrico atual. Para mudarmos a forma como os partos e nascimentos são conduzidos, sendo possível que as mulheres e seus bebês recebam todos os cuidados necessários com segurança e competência por parte dos profissionais, que elas se sintam acolhidas, felizes e protagonistas desse momento, é necessário que todos estejam preparados para isso. As mulheres precisam conhecer seus direitos, estarem cientes dos procedimentos e técnicas disponíveis para a assistência ao parto e serem conscientes para fazer suas melhores escolhas. Os profissionais de saúde por sua vez, precisam identificar as necessidades das mulheres e atendê-las buscando saná-las. Para tanto, o processo de educação deve ser desenvolvido tanto no âmbito da formação profissional quanto na educação em saúde.

Referências

ACHOR, S. **O jeito Harvard de ser feliz**: o curso mais concorrido de uma das melhores universidades do mundo. Tradução: Cristina Yamagami. São Paulo: Saraiva, 2012. ISBN 978-85-021-8024-4.

AMANDO, A. R.; COSTA, L. O.; ARAÚJO, M. S.; MORAIS, R. J. L.; FERNANDES, F. E. C. V.; MELO, R. A. Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto.

Rev. Enferm. Atual In Derme, v. 92, n.3, p. 156-167, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1291059>. Acesso em: 10 jun. 2022.

APOLÔNIO, F. R.; PONTES, C. M.; PERRELLI, J. G. A.; SOUSA, S. M. A.; MENDES, R. C. M. G.; MANGUEIRA, S. O.; LINHARE, F. M. P. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v.55, e20210198. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0198>. Disponível em: www.scielo.br/reeusp. Acesso em: 21 fev. 2022.

AYERS, S.; PICKERING, A. D. Expectativas e experiência da mulher no parto, **Psicologia & Saúde**, v. 20, n. 1, p. 79-92, 2005. DOI: 10.1080/0887044042000272912. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0887044042000272912>. Acesso em: 15 mar 2021.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n.2, p. 269-276, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/GS9STNVGFxTFh3qTFZJYv4Q/abstract/?lang=pt..> Acesso em: 08 ago. 2022.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. p. 370.

BARBOSA, E. M. G.; RODRIGUES, D. P.; SOUSA, A. A. S.; FIALHO, V. M.; FEITOSAS, P. G.; LANDIM, A. L. P. Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**, v. 7, n. 1, p. 166-179, jan./jul., 2018. DOI: 10.18554/reas.v7i1.1921. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-912706>. Acesso em: 03 ago. 2022.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 414-421, mai./jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TRS8Gc5pSh3SRkywzg99P5p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2018.

BOSSI, T. J.; ARDANS, OMAR. O bebê imaginado e a constituição das identidades materna, paterna e do bebê. **Interação Psicol.**, v. 19, n. 3, p. 385-394, set./dez. 2015.

BRANDT, G. P.; SOUZA, S. J. P.; MIGOTO, M. T.; WEIGERT, S. P. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **RGS**, v. 19, n. 1, p. 19-37, 2018. Disponível em: <https://herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 09 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), 2014. Disponível em:

https://bsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos. Brasília: publicada no DOU n.12, quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção I – p. 59. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília: publicada no DOU n.36-E, sexta-feira, 20 de fevereiro de 1998 – Seção I – p. 3. 1998.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 5. ed. São Paulo: Imaginativa Jus, 2022.

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, n. 24, n. 3, e20190235, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JPTZR9rSDtfP3TwQFjGLfkP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2020.

CAIRO, A. Infografia 2.1: ensayo sobre el futuro de la visualización de información. Madrid: Visualópolis, 2008. Disponível em: < <http://www.tdmm2.fba.unlp.edu.ar/TDMM2/infografia2>, v. 1, 2008.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R. P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Rev Enferm USFM**, v. 4, n. 2, p. 332-341, abr/mai, 2014. DOI: 10.5902/2179769210245. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10245>. Acesso em: 11 set. 2018.

- CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-99362007000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/j7936SHkZJkpHGH5ZNYQXnC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2022.
- CARNEIRO, R. G. E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Direito Mackenzie**, v. 5, n. 2, p. 227-237, 2012. Disponível em: <https://www.scholar.archive.org>. Acesso em: 15 fev. 2019.
- CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; GUILHEM, D. B. Boas práticas para mudança do modelo obstétrico: o que pensam os preceptores da residência? **Enferm. Foco**, v. 12, n. 3, p. 461-8, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3687. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3687>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- CARVALHO, J.; ARAGÃO, I. Infografia: Conceito e Prática. **InfoDesign**, v. 9, n. 3, p. 160-177, 2012. DOI: <https://doi.org/10.51358/id.v9i3.136>. Disponível em: <https://infodesign.emnuvens.com.br/infodesign/article/view/136>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WbMbrJq7Ky3TjS9RwrVfgpS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- CASTRO, V. D. P.; FONSECA, J. S. R.; DURANS, K. C. N.; SILVA, D. S.; SILVA, J. V.; PASKLAN, A. N. P. Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e10911628843, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28843>. Acesso em: 08 ago. 2022.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa; tradução Joice Elias costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CISNEROS-PUEBLA, C. A. Aprenda a pensar conceitualmente. Juliet Corbin em conversa com Cesar A. Cisneros-Puebla. **Forum qualitative social research**, v. 5, n. 3, Art. 32, 2004. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/550/1190#zp>. Acesso em 20 set 2020.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). OMS apoia designar 2020 o ano das enfermeiras obstetras e parteiras. Brasília; 2019. Disponível em: www.cofen.gov.br/oms-apoia-designar-2020-o-ano-das-enfermeiras-obstetricas-e-parteiras_68790. Acesso em: 03 ago. 2022.
- CORRÊA, A. P. D.; TORRES, I. C. O sofrimento no parto como uma reprodução das relações patriarcais de gênero: expressões da violência obstétrica numa maternidade de Manaus - 2019. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16., 2019. Brasília. **Anais [...]** Brasília: Ginásio Nilson Nelson, 2019.

DAMASCENO, N. S.; MARCIANO, R. P.; ORSINI, M. R. C. A. O Imaginário Materno sobre os Partos Cesáreo e Vaginal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, e224530, 1-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224530>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/B8ZZyDd34rGxp9B4RPrkvc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2022.

DIAS, S. L.; PACHECO, A. O. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n1p4-13>. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DINIZ, S. C. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v10n3/a19v10n3.pdf. acesso em 07 jul. 2011.

FARIAS, K. G. Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a violência obstétrica - 2015. *In.* Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidade, 11., Campina Grande. **Anais [...]** Campina Grande: Centro de convenções Raymundo Asfora, 2015.

FERNANDES, L. T. R.; ALMEIDA, M. L. S.; NASCIMENTO, G. L. S. Análise da prevalência da via de parto e os fatores que influenciam nessa escolha. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, e25805, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/25805>. Acesso em: 02 mar. 2022.

FERREIRA, C. C. G.; MEDEIROS, R. M. K.; DALPRÁ, L. A. S.; CORRÊA, A. C. P. Planejar o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas. **Pensar Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 73-90, 2019. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/0b9cbf01ce4f4703b5b90a321234c12d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030184>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FRANK, A. G. F.; MARCOMINI, E. K.; SMANIOTTO, D. G. M.; GERBASI, A. R. V.; KUSTER, N. V. Parto normal e as barreiras perante o olhar das parturientes. **Revista Saúde.Com**, v. 17, n. 4, p. 2376-2383, 2021. DOI 10.22481/rsc.v17i4.7995. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>. Acesso em: 30 mai. 2022.

GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; CECCON, R. F.; CRUZ, D. V. N. Violência obstétrica: estratégias de produção do cuidado em ambientes virtuais no Brasil. **Revista Rizoma**, v. 4, n.1, ago/dez, 2019. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/rizoma/article/view/6657>. Acesso em: 14 out. 2020.

GONÇALVES, D. S. O sentimento de culpa em Freud: entre a angústia e o desejo. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 1, p. 278-291, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p278-291>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/11583>. Acesso em: 05 ago. 2022.

GRIBOSKI, R. A.; GUILBEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 117-14, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zj9x9hM5NrgTzKxXvxzjGGC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 11 set. 2018.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, v. 186, n. 5, p. 160-172, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937802701890>. Acesso em: 22 jun. 2018.

HORN, R. E. **Visual Language**: global communication for the 21st century. Washington: Macro VU Press, 1998.

HUGUES, G. M.; HEILBORN, M. L. “Cesárea? Não, obrigada!”: ativismo em uma comunidade online na busca pelo parto normal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, e00047620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00047620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XXByHzdjxyd37L8Lkgydc7F/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 mai. 2022.

LANGE, M. L. A. **Outras dores além do parto: um estudo de caso com mulheres vítimas da violência obstétrica. 2015. 33f.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2015.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, n. 30, p. S17-S47, 2014. Supl. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LEAL, N. P.; VERSIANI, M. H.; LEAL, M. C.; SANTOS, Y. R. P. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941-950, 2021. DOI:10.1590/1413-81232021263.13662020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmngHQftKxfJQBrm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Tradução: VIDAL, F. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 123p.

LEBOYER, F. **Se me contassem o parto**. Tradução: Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Ground, 1998.

MENDONÇA, C.. Uso da infografia multimídia na saúde e na ciência. *In*: Congresso Nacional de Medicina Tropical, 3.; Congresso Lusófono de Doenças Transmitidas por vetores, 1., 2015, Lisboa. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, 2015. v. 14, p. 61-64. Disponível em: www.anaisihmt.com. Acesso em: 16 jan. 2021.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015a.

MORIN, E. É preciso ensinar a compreensão humana. In. *Fronteiras do Pensamento*, 2015b, Porto Alegre. Disponível em: <https://www.fronteiras.com/leia/exibir/edgar-morin-compreensao-humana>. Acesso em 09 jun. 2022.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MURIBECA, M. M. M. Entre o sentimento de culpa e a depressão: uma nova tradução clínica. **Estudos de Psicanálise**, n. 46, p. 125–132, dez., /2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000200013. Acesso em: 05 ago. 2022.

NASCIMENTO, S. L.; PIRES, V. M. M. M.; SANTOS, N. A.; MACHADO, J. C.; MEIRA, L. S.; PALMARELLA, V. P. R. Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. **Revista Enfermeria Actual EM Costa Rica**, v. 1, n. 37, jul/dez, 2019. DOI 10.15517/revenf.v0iNo. 37.35264. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-66.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção das mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 32-41, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027973004.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. S. S. *et al.* O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepções de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.2, p. 247-53, abr./jun, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i2.20201>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20201>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, I. G.; SOUZA, M. D.; SANTESSO, A. C. O. A.; COSTA, N. F. parto normal e puerpério: vivências contadas por elas. **R. Enferm. UFJF**, v.5, n. 2, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2019.v5.28071>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/28071>. Acesso em: 12 jun. 2022.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, e06500015, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nPqfV5Jt6NRFq86tnDFFgnb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

PAULA, E.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; FELÍCIO, F. C.; ARAÚJO, R. C. B.; CHAMILCO, R. A. S. I.; ALMEIDA, V. L. M. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, e20190248, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/phCvS8RYbtynZz66TZnXvGN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PAULETTI, J. M.; RIBEIRO, J. P.; SOARES, M. C. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 9, n. 1, p. 3-20, jan./jun., 2020. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 14 out. 2020.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 3, p. 223-232, set./dez., 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZCZnnYxjJh4ctVr8hv3Jr9G/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de gestantes. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 3, p. 585-602, set./dez., 2013. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/SQBcz3zXc9cSGhGNLzYdfBN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2018.

PIO, D. A. M.; CAPEL, M. S. Os significados do cuidado na gestação. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 74-81, jan./jun., 2015. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v7i1.406>. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/406>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RAJAMANICKAM, V. Infographics seminar handout. 2005. In: National Institute of Design – Ahmedabad; Industrial design Centre Indian Institute of Tecnology – Bombay, 2005, Indian. Disponível em: https://www.schrockguide.net/uploads/3/9/2/2/392267/infographic_handout.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

RODRIGUES, J. S. L. Q. **O que mais importa para as mulheres**: Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto. 2017. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; SILVA, A. M.; PENNA, L. H. G.; VIEIRA, B. D. G.; SILVA, S. E. D.; REIS, L. C.; BRANCO, M. B. L. R. Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, e20210215, 2022. Supl 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VMVWnx97sZRDXDzn4KQxkxtn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ROSA, A. B.; DADALT, A. M.; ANVERSA, E. T. R.; ASUMPCÃO, P. K.; DONADUZZI, D. S. S.; FETTERMANN, F. A. Experiências de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto. *In: Congresso Internacional em Saúde*, 8., 2021, Ijuí, RS. Disponível em: www.publicacoeseventos.unijui.edu.br. Acesso em: 21 fev. 2022.

REIS, C. C.; SOUZA, K. R. F.; ALVES, D. S.; TENÓRIO, I. M.; BRANDÃO NETO, W.. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciência y Enfermería**, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-890109>. Acesso em: 09 jul. 2020.

REZENDE, C. B. O parto em contexto: Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 214-228, abr./jun., 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.18947>. Disponível em: www.revistaseletronicas.pucrs.br. Acesso em: 24 jun. 2018.

ROCHA N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 556-568. abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxl/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2012.

SANTANA, C. S.; OLIVEIRA, A. M. N.; MEDEIROS, S. P.; CARDOSO, V. M.; SILVA, M. R. S.; CEZAR-VAZ, M. R. Expectativas e sentimentos das puérperas acerca do trabalho de parto e parto. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e375997076, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7076>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7076>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SANTOS, F. A. P. S. et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160094, out/dez, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160094. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nxZ7G4QRPNkvq5QhYctDB3C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2020.

SANTOS, G. O.; CARNEIRO, A. J. S.; SOUZA, Z. C. S. N. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n. 1, p. 233-241, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.233-241. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32237>. Acesso em: 10 jun. 2020

SANTOS, L. P.; BELTRÃO, I. C. S. L.; BRITO, S. M. O.; QUIRINO, G. S.; CRUZ, R. S. B. L. C.; OLIVEIRA, D. R. Cesárea: Satisfação das puérperas e fatores que condicionam a escolha pelos obstetras. **Ensaios e Ciência**, v. 25, n. 4, p. 535-539, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n4p535-539>. Disponível em:
<https://ensaioseciencia.pgsskroton.com.br/article/view/8406>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHIMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul/ago, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/rpStZdRWWXPCpQsHhVMYJ9c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2020.

SCOTT, H.; FAWKNER, S.; OLIVER, C.; MURRAY, A. Why healthcare professionals should know a little about infographics. *Br J Sports Med*, v. 50, p. 1104-1105, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096133>. Disponível em:
<https://bjsm.bmj.com/content/50/18/1104.short>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**. v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGtKjmkRqRXnFJX6xfpk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, N. G. T.; ZVEITER, M.; ALMEIDA, L. P.; MOUTA, R. J. O.; MEDINA, E. T.; PITOMBEIRA, P. C. P. As demandas emocionais na gestação e os seus desdobramentos no processo de parto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e36810917884, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17884> Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17884>. Acesso em: 13 jul. 2022.

SIQUEIRA, Y. M. S. **O fechamento de uma casa de parto na perspectiva das ex-usuárias frente a uma nova gestação**. 2016. 88f. dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, Alfenas, 2016.

SOUTO, S. P. A.; ALBUQUERQUE, R. S.; PRATA, A. P. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Rev Bras Enferm**, v. 73, e20200551, 2020. Supl 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2022.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, P. A. B.; SOARES, F. G. A.; OLIVEIRA, E. S.; VALENTE, R. N.; MONTEIRO NETA, A. M. S.; OLIVEIRA, I. T. M.; REZENDE, K. C. P.; PONTES, M. T. C. M. M. Sentimentos após cesariana não planejada: estudo de caso. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 5, p. 15279-15290 set./out. 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n5-304. Disponível em:
<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/18845>. Acesso em: 28 fev. 2022.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez., 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B3q4CSv5xmTpFmT7Lw54Hck/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2020.

TOSTES, N. A., SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.2-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

TUFTE, E. R. The visual display of quantitative information. **Journal For Healthcare Quality**, v. 7, ed. 3, p. 15, jul. 1985. Disponível em: https://journals.lww.com/jhqonline/Citation/1985/07000/THE_VISUAL_DISPLAY_OF_QUANTITATIVE_INFORMATION.12.aspx. Acesso em: 16 jan. 2021.

TWYMAN, M. **A schema for the study of graphic language (1979)**. In: KOLERS, P. A.; WROLSTAD, M.; E.; BOUMA, H. (eds). Processing of visible language. Série de Conferências da Otan, vol. 13. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-0994-9_8. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-0994-9_8. Acesso em: 15 jan. 2021.

VASCONCELOS, N. B. A.; LIMA, M. K. C.; COSTA, M. V. A.; CHICHARO, S. C. R.; ANDRADE, C. S. Fatores que influenciam na decisão da escolha da via de parto: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e386101422112, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22112>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22112>. Acesso em: 30 mai. 2022.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>. Acesso em: 19 set. 2018.

VISINTIN, C. D. N.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Maternidade e sofrimento social em *mommy blogs* brasileiros. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 19, n. 2, p. 98-107, mai./ago., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p98-107>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193852560005.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Tradução: J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ANEXO I – Parecer consubstanciado



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento

Pesquisador: Yeda Maria Antunes de Siqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44318321.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.730.285

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de resposta às pendências relativas ao método e TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, projeto de pesquisa e TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Pendência 1: A Folha de Rosto não se encontra totalmente preenchida, falta a assinatura da Instituição Proponente (EERP/USP).

Resposta da pendência 1: Em virtude da condição sanitária atual e da impossibilidade de

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

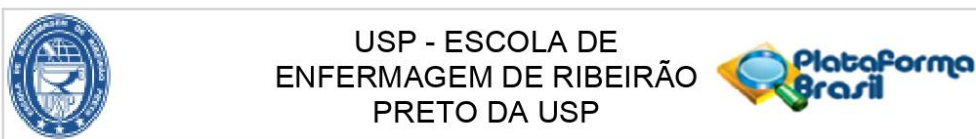
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.730.285

comparecimento à sede da Universidade, a Folha de Rosto segue sem a assinatura da instituição proponente. Assim que possível providenciaremos essa assinatura e realizaremos a inclusão desse documento na Plataforma Brasil.

Pendência atendida.

- Pendência 2: TCLE

Resposta da pendência 2: O parecer solicita a correção de 4 itens: 1) Substituição do termo cópia por via assinada; 2) Informar sobre o direito à indenização conforme o disposto na Resolução CNS 466/2012; 3) Constar de forma destacada a importância da participante em manter em seus arquivos digitais a via assinada do TCLE; 4) A retirada do 3º parágrafo do TCLE. Todos os itens foram corrigidos.

Pendência atendida.

- Pendência 3: Esclarecimento se há previsão da participação de menores de de 18 anos na pesquisa.

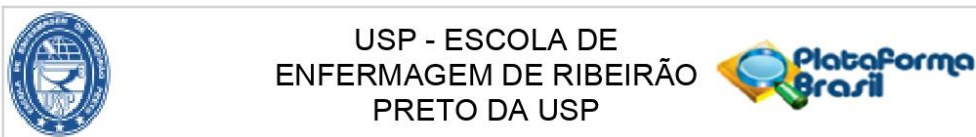
Resposta da pendência 3: A pesquisa será realizada exclusivamente com mulheres com idade superior a 18 anos. Para melhor esclarecimento, inseri nos critérios de inclusão essa definição. Fiz a alteração no Projeto de Pesquisa (página 12) e corriji também no campo destinado a esse fim na Plataforma Brasil.

Pendência atendida.

- Pendência 4: Definir os procedimentos para garantir a segurança na transferência e no armazenamento dos dados para pesquisas em ambiente virtual, conforme as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP de 24/02/2021.

Resposta da pendência 4: Incluímos no item Coleta de Dados (item 3.1.3 do Projeto, página 13) as diretrizes propostas pela Orientação supracitada. O texto trata especificamente da responsabilidade do pesquisador pelo armazenamento dos dados coletados e a realização de download dos dados coletados, bem como de todos os documentos gerados pela pesquisa para um equipamento de armazenagem local, sem acesso direto à rede de internet.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.730.285

Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer. Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação".

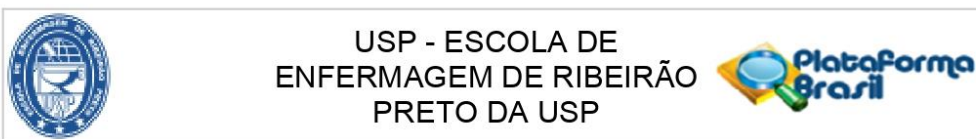
O modelo de relatório do CEP-EERP./USP se encontra disponível em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1700265.pdf	18/05/2021 17:43:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOVERSAO2.pdf	18/05/2021 17:42:04	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVERSAO2.pdf	18/05/2021 17:40:18	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
Outros	Oficio_resp_pend_parecer.pdf	18/05/2021 17:39:40	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/03/2021 21:46:17	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/03/2021 21:45:32	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento_CEP.pdf	23/02/2021 15:42:26	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	12/02/2021	Yeda Maria Antunes	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.730.285

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10:38:04	de Siqueira	Aceito
Outros	TAUID.pdf	08/02/2021 20:50:44	Yeda Maria Antunes de Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Maio de 2021

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

APÊNDICE I – Produção Publicitária

<p>VAMOS CONVERSAR SOBRE SEU PARTO? Quais sentimentos as lembranças desse momento despertam em você?</p>	<p>VAMOS CONVERSAR SOBRE SEU PARTO? Quais sentimentos as lembranças desse momento despertam em você?</p>
<p>Vamos conversar sobre seu parto? Quais sentimentos as lembranças desse momento despertam em você?</p>	<p>Vamos conversar sobre seu parto? Quais sentimentos as lembranças desse momento despertam em você?</p>

Produção Publicitária 1. Data da publicação: 01/06/2021.
Fonte: Da autora, 2021.

Produção Publicitária 2. Data da publicação: 08/06/2021.
Fonte: Da autora, 2021.

Produção Publicitária 3. Data da publicação: 15 e 22/06/2021.
Fonte: Da autora, 2021.

Produção Publicitária 4. Data da publicação: 29/06/2021 e 06/07/2021.
Fonte: Da autora, 2021.

APÊNDICE II – Questionário

03/10/2022 21:14

Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

Pesquisa “Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento”

Me chamo Yeda Maria Antunes de Siqueira e venho por meio deste convidar você a participar como voluntária da pesquisa “Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento”, que será conduzida por mim, sob a orientação da professora Maria José Clapis da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) através do Parecer 4.730.285 de 24/05/2021, e que tem como função proteger eticamente a participante.

Esse estudo tem como objetivo desenvolver infográfico animado que apresente os sentimentos das mulheres acerca de seus partos e a interferência da sociedade e/ou pessoas de seu convívio na capacidade de expressão desses sentimentos e que possa ser uma ferramenta para fortalecer e empoderar as mulheres no processo de parto e nascimento.

Espero que responda as questões. Sua participação é muito importante!

*Obrigatório

Termo de
Consentimento
Livre e
Esclarecido -
TCLE

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Após a leitura você deverá concordar ou não em participar da pesquisa fazendo a marcação da opção correspondente no formulário.

TCLE - Página 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar como voluntária na pesquisa “Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento”, a qual será conduzida pela pesquisadora Yeda Maria Antunes de Siqueira, sob a orientação da professora Maria José Clapis da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente a participante.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Após a leitura você deverá concordar ou não em participar da pesquisa fazendo a marcação da opção correspondente no formulário.

Conhecer os sentimentos das mulheres pode nos ajudar a melhorar a assistência de enfermagem, além de proporcionar às mulheres melhor conhecimento sobre seus direitos. Para isso, esse estudo tem como **objetivos**: Desenvolver infográfico animado que apresente os sentimentos das mulheres acerca de seus partos e a interferência da sociedade e/ou pessoas de seu convívio na capacidade de expressão desses sentimentos e que possa ser uma ferramenta para fortalecer e empoderar as mulheres no processo de parto e nascimento. Compreender os sentimentos das mulheres acerca de seus partos e como a sociedade e/ou pessoas de seu convívio interferem na sua capacidade de expressar a alegria com o nascimento do bebê e paradoxalmente o sofrimento, abandono, violência e frustração com a assistência recebida. Desenvolver a linguagem textual do infográfico contendo informações que subsidiarão as mulheres quanto à reivindicação de seus direitos no processo de parto e nascimento e transformação da assistência. Apresentar infográfico animado em uma mídia digital.

Caso você aceite participar desse estudo, é importante que marque a opção que define que você está de acordo em ser participante. Esse aceite estará disponível ao final da leitura do TCLE. **A pesquisa será realizada em duas etapas**: 1ª – Preenchimento de um questionário contendo dados sobre você e seu(s) partos(s), e pode ser respondido logo depois da leitura desse documento. 2ª – Realização de uma entrevista. O questionário pode ser respondido em apenas 5 minutos e a entrevista tem duração aproximada de 30 minutos, podendo variar de acordo com as características individuais de cada participante. Após preencher o 1º questionário, entraremos em contato para agendarmos uma entrevista, que será realizada virtualmente (pode ser pelo Whatsapp ou Google Meet) e combinada de acordo com a melhor condição para você. Essa entrevista será gravada, e por esse motivo, você receberá em seu email um formulário do Google contendo o **Termo de autorização do uso de imagens e depoimentos**, que você poderá ser autorizado assinando a opção de seu interesse. Nessa entrevista conversaremos mais detalhadamente sobre o tema da pesquisa, e basicamente vou fazer perguntas sobre seu parto e os seus sentimentos com relação à esse momento. Após a entrevista os pesquisadores farão a análise do conteúdo, e se houver alguma dúvida poderemos solicitar um novo encontro, mas novamente só acontecerá se você concordar. Os riscos para as participantes da pesquisa são mínimos. No entanto, caso você sinta a necessidade de algum acompanhamento psicológico devido a situações revividas durante a entrevista, assumo o compromisso de encaminhá-la à Equipe de

VERSÃO02_TCLE_MAI0/2021

03/10/2022 21:14

Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

TCLE - Página 2



Saúde da Família - ESF a qual seja adscrita para que os tramites de acompanhamento sejam efetivados. Além disso, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, você tem direito à requerer indenização, por parte do pesquisador e da instituição envolvida nessa pesquisa.

Essa pesquisa é importante, pois conhecer os sentimentos das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto, em plenitude, nos possibilita como profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, promover novas formas de cuidado, pautados nas necessidades específicas de cada mulher, buscando atendê-la de forma integral e individualizada. Além disso, podemos desenvolver estratégias de orientação e empoderamento das mulheres, para que as mesmas tenham conhecimento suficiente de seus direitos, e possam exercer a maternidade de forma segura, consciente e livre de violência, sendo inclusive agentes de transformação na prática assistencial.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

A qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, seus procedimentos, riscos e benefícios, inclusive tirar dúvidas pelos telefones/endereços abaixo citados. A participação é voluntária, e você poderá retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, pode deixar de participar do estudo.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA, pelo telefônico (35) 99726-2082 ou pelo endereço eletrônico yeda.siqueira@usp.br

Você poderá também entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h; telefone (16) 3315 9197; e-mail: cep@eerp.usp.br.

Eu, _____, **aceito** participar desta pesquisa, sendo que minha participação é inteiramente voluntária e estou livre para desistir da participação, sem nenhum prejuízo para mim. Eu recebi uma via assinada por mim e pela pesquisadora e fui orientada acerca da importância de manter essa via arquivada, seja de forma digital ou impressa, para que eu possa ter acesso e ler esse documento sempre que for de meu interesse.

Yeda Maria Antunes de Siqueira

Participante

Yeda M^a Antunes de Siqueira
Pesquisadora

VERSÃO02_TCLE_MAIO/2021

03/10/2022 21:14

Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

1. Quanto a Termo de Consentimento Livre e esclarecido - TCLE declaro: *

Marcar apenas uma oval.

Recebi todas as informações e estou ciente dos meus direitos, CONCORDO em participar do estudo e declaro que fui informada que receberei automaticamente uma via do TCLE assinada pela pesquisadora pelo e-mail e que é muito importante manter esse documento arquivado.

Recebi todas as informações e estou ciente dos meus direitos, NÃO CONCORDO em participar do estudo. (As respostas seguintes da participante que marcar esta opção serão anuladas)

2. Quanto a Termo de Consentimento Livre e esclarecido - TCLE declaro: *

Marcar apenas uma oval.

Recebi todas as informações e estou ciente dos meus direitos, CONCORDO em participar do estudo e declaro que fui informada que receberei automaticamente uma via do TCLE assinada pela pesquisadora pelo e-mail e que é muito importante manter esse documento arquivado.

Recebi todas as informações e estou ciente dos meus direitos, NÃO CONCORDO em participar do estudo. (As respostas seguintes da participante que marcar esta opção serão anuladas)

Questionário

Dados pessoais, sociodemográficos e história obstétrica

3. Qual é seu nome completo? *

4. Qual seu endereço eletrônico (email)? *

5. Qual o número do seu telefone (Whatsapp)? Lembre-se também do DDD. *

03/10/2022 21:14. Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

6. Qual é a cidade e estado em que você mora? *

7. Você é brasileira? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, nasci no Brasil
- Não nasci no Brasil, mas sou brasileira naturalizada
- Não sou brasileira

8. Qual é sua data de nascimento? *

9. Qual é a renda mensal de sua família? *

10. Qual é sua ocupação (trabalho, profissão)? *

11. Quantos anos completos de estudo você tem? *

12. Quantos filhos você tem? *

13. Quando foi seu último parto? *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

03/10/2022 21:14

Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

14. Você ou seu bebê tiveram alguma complicação durante parto e/ou precisaram ficar internados para tratar essa complicação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. Qual é o sentimento que as lembranças do seu(s) parto(s) despertam em você? *

16. Você teve a oportunidade de conversar com alguém sobre esses sentimentos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. Com quem você teve a oportunidade de conversar? *

18. Você gostaria de conversar sobre seu parto? Podemos continuar com a etapa da entrevista? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Talvez

03/10/2022 21:14

Pesquisa "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nas...

Agradecimento

Prezada Participante,

Agradeço muito sua intenção em participar da segunda etapa dessa pesquisa, a fase de entrevista. Agora poderemos conversar melhor sobre seu parto.

Atitudes como a sua são de grande importância para o desenvolvimento da Ciência em nosso país.

Em breve entrarei em contato com você pelo Whatsapp ou email para agendarmos nossa conversa.

Obrigada!

Até breve!

Não se esqueça de enviar o questionário logo abaixo.

Yeda Maria Antunes de Siqueira

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar como voluntária na pesquisa “O que importa é o filho nascer bem: conceito culturalmente construído?”, a qual será conduzida pela pesquisadora Yeda Maria Antunes de Siqueira, sob a orientação da professora Maria José Clapis da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente a participante.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Após a leitura você deverá concordar ou não em participar da pesquisa fazendo a marcação da opção correspondente no formulário.

Na pesquisa que realizei durante o mestrado, entrevistei mulheres que falaram sobre seus sentimentos relacionados ao parto e como foram atendidas. A maioria delas fez declarações expondo suas angústias, tristezas e frustração com o parto, mas ao final elas estavam felizes porque havia corrido tudo bem com elas em com o bebê. No entanto, prevaleceu a sensação de que apesar das participantes do estudo dizerem que tudo havia ficado bem, através da observação, a entonação de voz, as expressões faciais e corporais contradiziam essa afirmativa. Nesse momento temos a oportunidade de buscar resposta para esse questionamento, e também uma possibilidade de dar voz às mulheres para conhecermos seus sentimentos, angústias e desejos, além de perceber o motivo pelo qual elas agem de forma passiva e submissa em relação a forma como foram atendidas durante o parto.

Conhecer os sentimentos das mulheres pode nos ajudar a melhorar a assistência de enfermagem, além de proporcionar às mulheres melhor conhecimento sobre seus direitos. Para isso, esse estudo tem como **objetivos**: Compreender os sentimentos das mulheres acerca de seus partos, a interferência da cultura na capacidade de expressarem esses sentimentos e o potencial de apoio das redes sociais enquanto espaço de escuta, troca de experiências, conhecimento e empoderamento das mulheres no processo de nascimento e parto. Analisar os aspectos culturais que compõem a estrutura social e que interferem na experiência do parto.

Caso você aceite participar desse estudo, é importante que marque a opção que define que você está de acordo em ser participante. Esse aceite estará disponível ao final da leitura do TCLE. **A pesquisa será realizada em duas etapas:** 1ª – Preenchimento de um questionário contendo dados sobre você e seu(s) partos(s), e pode ser respondido logo depois da leitura desse documento. 2ª – Realização de uma entrevista. O questionário pode ser respondido em apenas 5 minutos e a entrevista tem duração aproximada de 30 minutos, podendo variar de acordo com as características individuais de cada participante. Após preencher o 1º questionário, entraremos em contato para agendarmos uma entrevista, que será realizada virtualmente (pode ser pelo Whatsapp ou Google Meet) e combinada de acordo com a melhor condição para você. Essa entrevista será gravada, e por esse motivo, você receberá em seu email um formulário do Google contendo o **Termo de autorização do uso de imagens e depoimentos**, que você poderá ser autorizado assinalando a opção de seu interesse. Nessa entrevista conversaremos mais detalhadamente sobre o tema da pesquisa, e basicamente vou fazer

perguntas sobre seu parto e os seus sentimentos com relação à esse momento. Após a entrevista os pesquisadores farão a análise do conteúdo, e se houver alguma dúvida poderemos solicitar um novo encontro, mas novamente só acontecerá se você concordar. Os riscos para as participantes da pesquisa são mínimos. No entanto, caso você sinta a necessidade de algum acompanhamento psicológico devido a situações revividas durante a entrevista, assumo o compromisso de encaminhá-la à Equipe de Saúde da Família - ESF a qual seja adscrita para que os tramites de acompanhamento sejam efetivados.

Essa pesquisa é importante, pois conhecer os sentimentos das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto, em plenitude, nos possibilita como profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, promover novas formas de cuidado, pautados nas necessidades específicas de cada mulher, buscando atendê-la de forma integral e individualizada. Além disso, podemos desenvolver estratégias de orientação e empoderamento das mulheres, para que as mesmas tenham conhecimento suficiente de seus direitos, e possam exercer a maternidade de forma segura, consciente e livre de violência, sendo inclusive agentes de transformação na prática assistencial.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

A qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, seus procedimentos, riscos e benefícios, inclusive tirar dúvidas pelos telefones/endereços abaixo citados. A participação é voluntária, e você poderá retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, pode deixar de participar do estudo.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com YEDA MARIA ANTUNES DE SIQUEIRA, contato telefônico ou pelo endereço eletrônico yeda.siqueira@usp.br

Você poderá também entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), de 2ª a 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h; telefone (16) 3315 9197; e-mail: cep@eerp.usp.br.

Eu, _____, aceito participar desta pesquisa, sendo que minha participação é inteiramente voluntária e estou livre para desistir da participação, sem nenhum prejuízo para mim. Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo, o qual foi assinado por mim e pela pesquisadora em duas vias.



Participante

Yeda M^a Antunes de Siqueira
Pesquisadora

APÊNDICE IV – Termo de autorização do uso de imagem e depoimentos



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu, _____,
CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Yeda Maria Antunes de Siqueira e Maria José Clapis do projeto de pesquisa intitulado "Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento" a realizar as fotos e/ou vídeos que se façam necessários e a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, LIBERO a utilização destas fotos e/ou vídeos (seus respectivos negativos ou cópias) e depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências, produção de materiais para mídias digitais e documentários), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

Por ser a expressão da minha vontade assino digitalmente (através do Formulário do Google – <https://forms.gle/EG5fqCekWrtL3Shf6>) a presente autorização, cedendo, a título gratuito, todos os direitos autorais decorrentes dos depoimentos, artigos e entrevistas por mim fornecidos, abdicando do direito de reclamar de todo e qualquer direito conexo à minha imagem e/ou som da minha voz, e qualquer outro direito decorrente dos direitos abrangidos pela Lei 9160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Local, data

Assinatura da participante

APÊNDICE V – Carta de agradecimento pela participação na 1ª etapa da pesquisa



Olá (*nome da participante*)

Tudo bem?

Agradeço muito sua participação em minha pesquisa, mas infelizmente não poderemos dar continuidade para a segunda etapa do estudo, pois você não cumpre os seguintes critérios de inclusão: (*critério enviado de acordo com a situação de cada participante*)

- Você não é brasileira
- Sua idade é inferior a 18 anos
- Seu último parto aconteceu há mais de 2 anos
- Você ou seu bebê tiveram alguma complicação e precisaram receber tratamento e internação durante o parto.

Gostaria muito de poder conversar e conhecer sua história, mas nesse momento não será possível. Seus dados farão parte do meu arquivo, e talvez futuramente essa conversa possa acontecer em outro estudo.

Aproveito a oportunidade para pedir ajuda no processo de divulgação da mensagem convite, para que ela possa chegar a muitas mulheres nas várias regiões do Brasil. Se você puder fazer parte dessa “equipe” de divulgação será excelente. A divulgação pode ser pelo Facebook, Instagram ou Whatsapp. Segue o link para divulgação: <http://bit.ly/pesquisayeda>

Agradeço sua participação!

Abraços!

Yeda Maria Antunes de Siqueira

APÊNDICE VI – MAPA DE EMPATIA

O parto é um momento muito esperado pelas mulheres e dentro do contexto familiar e social é também um momento de transição de papéis sociais de filha para mãe, o que acarreta uma grande responsabilidade para ela. A ideia desse momento vai sendo construída ao longo de sua vida por influência das experiências pessoais e familiares, bem como a construção social desse momento.

Normalmente o aprendizado relacionado à gestação e ao parto é construído de forma empírica, com histórias contadas de geração em geração, onde o parto é contado como um evento difícil e traumático, onde a dor e o sofrimento são a tônica desse processo.

Os partos e nascimentos passaram por inúmeras mudanças ao longo das últimas décadas, antes eram eventos familiares e de domínio feminino, e foram transformados em evento hospitalar, caracterizado por intensa medicalização, desrespeito às experiências e escolhas da mulher. O parto que era o desfecho fisiológico da gestação passou a ser considerado patológico, e o corpo da mulher incapaz de desencadear naturalmente esse processo.

Esse processo de transformação foi suficiente para mudar também a construção social do parto no cenário nacional, em que as próprias mulheres incorporaram essa visão de medo, incapacidade física para o parto de forma natural e espontânea. Dessa forma, 98% dos partos no Brasil acontecem em hospitais, sendo esses em sua maioria caracterizado por intervenções e medicalização excessiva, fazendo do nosso país o campeão mundial de cesarianas.

Apesar disso, muitas gestantes, parturientes e casais grávidos se contrapõem a esse padrão cultural ao questionarem os métodos intervencionistas da medicina contemporânea e buscarem por partos mais naturais. Mas encontram muitas barreiras e dificuldades para encontrarem serviços hospitalares e profissionais de saúde dispostos e disponíveis para atendê-las conforme suas necessidades e desejos.

1 - Perspectiva da gestante

1.1 O que elas ouvem

As mulheres desde muito jovens são expostas a falas e imagens do parto como evento traumático e difícil, permeado por muita dor e sofrimento. (Vocês já viram como os partos são retratados nas novelas?).

As mulheres são condicionadas por suas mães, amigas e até mesmo por profissionais a se “comportarem bem” durante o parto, para evitar serem castigadas pelos profissionais que tendem a deixar as mulheres mais queixosas a ficarem sofrendo por mais tempo. Então a mulher

desde muito cedo aprende que não pode chorar, reclamar e muito menos gritar no parto, porque isso pode te trazer mais dor e sofrimento.

Durante o pré-natal elas são pouco ou quase nada preparadas para esse momento de finalização da gravidez, o que demonstra uma falha muito grande da atenção em saúde (unidades de saúde e profissionais).

Mas como relatado anteriormente, muitas mulheres vem tentando quebrar esse paradigma e buscam partos mais tranquilos e naturais, onde elas podem ser protagonistas desse momento. Essas mulheres pesquisam muito, estudam, buscam por grupos de mulheres com esses mesmos interesses.

No entanto, elas encontram muitas barreiras durante a assistência pré-natal, pois não encontram profissionais que acolham seus desejos e necessidades. As mulheres relatam que os profissionais, principalmente os médicos, fingem que estão de acordo com o parto do jeito que elas estão propondo, mas não agem em conformidade com os acordos firmados entre eles.

1.2 O que elas dizem e fazem

Nesse contexto podemos apresentar duas realidades distintas, aquelas mulheres que são levadas pelo sistema e que pouco queixam ou buscam por atendimentos diferenciados, e aquelas que buscam por um atendimento obstétrico diferenciado e lutam para que esse desejo seja concretizado.

O primeiro grupo normalmente é composto por mulheres que passam pelo pré-natal, recebem poucas informações e no momento do parto segue as indicações médicas irrestritamente, acatam as intervenções obstétricas e muitas vezes nem conseguem identificá-las como ruins ou violentas, pois acreditam que todos os procedimentos fazem parte da assistência.

As mulheres que estão em busca de um parto normal, humanizado normalmente passam por vários médicos durante o pré-natal (é uma realidade muito comum das mulheres que tem plano de saúde), até que encontrem algum profissional que possa atendê-las de maneira individualizada e integral. Mas nem sempre encontram esse profissional. São mulheres que passam grande parte da gestação preocupada, insegura e que não conseguem ter certeza se terão o parto sonhado.

1.3 O que elas veem

As unidades básicas de saúde desenvolvem grupos de gestantes para orientar as mulheres durante a gravidez, mas pouco se fala sobre o parto nesses encontros. Normalmente são poucos encontros, às vezes em horários que impedem a participação de todas as mulheres.

Além disso, esses “cursos” tem um formato muito semelhante ao modelo escolar, sendo pouco atraente para as mulheres.

As redes sociais têm sido amplamente utilizadas pelas mulheres que buscam informações, conhecimento e apoio nessa fase da vida. O Instagram foi a rede mais citada pelas mulheres desse estudo.

1.4 O que elas pensam e sentem

O sentimento de medo é uma constante entre as gestantes. Seja o medo pelo desfecho do parto ou o medo de que seu bebê não seja saudável e forte.

A insegurança com relação ao parto se acontecerá como elas se preparam e idealizam.

A insegurança relacionada ao cuidado com o bebê se será capazes de cuidar e amar aquela criança.

2 - Perspectiva da puérpera

2.1 O que elas ouvem

Após o nascimento do bebê o foco não é mais a gestante e todos os cuidados e atenção estão direcionados à criança. As mulheres são pouco acolhidas e ouvidas nessa fase. Suas queixas e reclamações são comumente minimizadas e pouco solucionadas. Essa é a fase em que familiares e sociedade sempre exigem da mulher que exerça o papel de boa mãe, boa cuidadora. Então ouvem com frequência que suas queixas são desnecessárias, haja vista que o bebê está bem e saudável, e por isso nenhuma tristeza, dor ou frustração deveriam ser expressadas por elas.

2.2 O que elas dizem e fazem

Elas gostariam muito de poder falar sobre suas angústias, medos, frustrações, mas não encontram espaço para isso. Aquelas que conseguem expressar seus sentimentos muitas vezes não se sentem acolhidas, pois as pessoas tendem a desmerecer ou minimizar suas queixas.

Temos ainda as mulheres que preferem não expor seus sentimentos, pois temem ser julgadas.

2.3 O que elas veem

Os dados desse estudo demonstraram que é nas redes sociais que as mulheres encontram mais apoio para suas angustias e frustrações. Os relatos de parto, os grupos de mulheres que passaram por situações semelhantes são um grande acalento para elas.

2.4 O que elas pensam e sentem

Uma das entrevistadas me disse que nunca sentiu tanta solidão como no pós-parto. e isso é uma realidade, as mulheres ficam sozinhas nessa fase.

Após o nascimento do bebê os sentimentos experimentados são muitos, pois elas estão radiantes, muito felizes com o nascimento do filho, mas ao mesmo tempo estão cansadas, assustadas e muitas vezes frustradas com o próprio parto.

Nessa fase elas confrontam o parto idealizado com o parto real, o que muitas vezes pode ser percebido por elas como um fracasso pessoal. O parto não acontecer como elas estudaram, se prepararam e idealizaram pode trazer à tona sentimentos de incapacidade, vergonha e raiva.

Quais são as dores delas?

As dores são muitas!

Medo. Medo de não saber cuidar do filho, medo de perdê-lo, medo de ser julgada, medo de tudo!

Tristeza por um parto que não ocorreu como elas gostariam, raiva de ter passado por situações traumatizantes e violentas.

As gestantes desejam um parto seguro, feliz e saudável, em que suas vontades e idealizações sejam respeitadas. Estão vivendo um momento de alegria e esperança de que tudo vai dar certo

As puérperas vivem esse momento de maneira distinta. As que tiveram o parto conforme idealizaram estão vivendo em um momento de graça. Sentem-se felizes, realizadas.

Uma das entrevistadas me disse que estava tão feliz que seria capaz de parir daquela forma outras vezes, pois foi um momento mágico. Essas mulheres estão fortes, seguras e confiantes.

Já as mulheres cujos partos não ocorreram conforme sua idealização passam por um momento de “luto”, pois precisam lidar com a perda desse parto imaginário. Normalmente estão inseguras, frustradas, emocionalmente abaladas.

Infográfico animado 1**Público-alvo:** Mulheres grávidas ou após o parto**Objetivo de comunicação:** Alertar as mulheres grávidas ou no pós parto que o seu turbilhão de sentimentos é natural e que não é motivo de repulsa ou culpa. Fornecer apoio emocional.**Título do vídeo:** Por que ir atrás da humanização do parto? - A dualidade, a mulher antes e depois do parto**Conteúdos e informações obrigatórias (quais conteúdos, sentimentos que devem estar, frases, citações é importante que estejam na mensagem?) Sentimentos naturais e processo natural.**

- Esclarecer que a paciente precisa ser respeitada e sobre de todos os procedimentos que será submetida;
- estimular a expressão de sentimentos;
- esclarecer sobre as demandas da mulher em segundo plano (Gera infelicidade e tudo bem!);
- incentivar a busca por resolução desses problemas;
- esclarecer sobre mudanças físicas e psicológicas.

Restrições (o que não pode ter: expressões, conteúdos): Cuidado com a violência obstétrica, foco na humanização do parto!**O que se espera que o público faça e/ou sinta após ver o vídeo:**

- sentimentos naturais e processo natural (Foco?) para assim ela buscar a resolução desses problemas;
- estimular expressão sentimento

<p>INTRODUÇÃO</p> <p>Tela preta + colaboradores (Título do vídeo: Por que ir atrás da humanização do parto?)</p> <p>Desvanecer uma mulher tendo o parto como se fosse um sonho ou imaginação e logo depois mulher grávida brincando com sapatinhos na barriga.</p> <p>Clarear perguntas em fundo embaçado com luzes - pensamentos das mães sobre seus filhos.</p> <p>Enaltecer texto “troca de papéis: a filha se torna mãe” ao fundo grávida e depois uma mulher com sua mãe.</p> <p>Cortes de como novelas, filmes e séries representam o parto - dor FINALIZAR COM BEBÊ CHORANDO.</p> <p>- Som de parar do toca fitas</p>	<p>O parto é um momento muito esperado pelas mulheres. Que sonham...</p> <p>“Como vai ser meu filho?” / “Como vai ser sua voz?” / “Será que vai ter o nariz igual o meu?” / “Seus olhos vão ser de que cor?” / “Ele vai ser feliz?”</p> <p>Além dessa curiosidade, a mulher grávida passa por uma troca de papéis: A filha se torna mãe. Esse processo natural é construído durante toda a sua vida sendo influenciado por pessoas e familiares, além da própria construção social desse momento tão importante.</p>
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <p>- Som de toca fitas voltando</p> <p>Tela preta com texto “A dualidade:” a mulher antes do parto e a mulher depois do parto</p> <p>Apagar a “mulher depois do parto” e evidenciar a frase “mulher antes do parto”</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS OUVEM?</p> <p>Evidenciar “O que elas ouvem?”</p>	<p>A dualidade: a mulher antes do parto e a mulher depois do parto</p>

<p>(Animação ouvem 1) - música triste</p> <p>(Animação ouvem close 1) - Ao fundo imagens de mulheres grávidas</p> <p>Fundo azul - “A se comportarem bem”</p> <p>Fundo preto escrito medo - mostrar pessoas gritando com mulheres grávidas.</p> <p>Sons de tirar foto enquanto são exemplificadas fotos de mães durante e pós o parto chateadas.</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS FAZEM?</p> <p>Evidenciar “O que elas fazem?” - música + esperança.</p> <p>Mostrar a mulher negra grávida estudando/escrivendo (sofá), enquanto são listados alguns tópicos - como se ela estivesse anotando isso.</p> <p>Mulher grávida fazendo ultrassom. Frase em destaque: “<u>plano de parto</u>”.</p> <p>Mulher andando e logo aparece em destaque a frase “<u>PROTAGONISTA</u>”</p> <p>(Em frente a animação fazem close 1)</p> <p>Escurecer + música triste</p> <p>Mulher grávida pensativa com companheiro atrás. Logo em seguida, o profissional de</p>	<p>Desde muito cedo a mulher escuta sobre a dor e o sofrimento na hora do parto. Suas amigas, mães e até profissionais de saúde as influenciam durante o parto se “comportarem bem”. Por medo, as mulheres grávidas acabam se condicionando a isso, tendo pavor de serem <u>julgadas</u>.</p> <p>A mulher aprende, desde muito cedo, que não pode chorar, reclamar e muito menos gritar.</p> <p>Atualmente muitas mulheres procuram superar esses medos procurando se informar, seja estudando, procurando grupos de mulheres com os mesmos interesses e buscando zelo, por meio do plano de parto. Enfim, demonstram interesse em algo mais natural e tranquilo, em que sejam protagonistas desses momentos. Mesmo assim, passam muito tempo ansiosas e preocupadas buscando um profissional que atenda suas necessidades, e mesmo assim, não tem certeza de como será seu parto.</p>
--	--

<p>saúde conversando. Por fim, um corredor de hospital ficando desaturado (preto e branco).</p> <p>Duas grávidas segurando flores, mulher fazendo ultrassom, e deitada com sapato brincando - destaque em <u>“ESCOLHEM”</u></p> <p>Comentar sobre as que não buscam atendimento e clarear <u>“ou não sabem que isso existe”</u></p> <p>Mulher grávida em fundo azul acariciando seu bebê enquanto fotos em polaroid aparecem na tela junto a frases mencionadas pela locutora.</p> <p>Evidenciar: “Acreditam que todo procedimento faz parte da assistência”</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS VEEM?</p> <p>Evidenciar “O que elas veem?” - música + esperança. (Animação grávida veem 1 + close com frase)</p> <p>Evidenciar unidades básicas de saúde (postinho) + Animação veem close 1</p> <p>Quando mencionar grupos de gestantes add site da unicamp e frase dita pela locutora.</p> <p>Corte com roda de conversa entre mulheres grávidas e fazendo exercícios, conversando entre si e desvanecendo com cada vez menos mulheres ali - demonstrando pouca</p>	<p>Outras mulheres muitas vezes não têm acesso e acabam escolhendo serem levadas pelo sistema, não buscando por atendimentos mais humanizados ou simplesmente não sabem que isso existe.</p> <p>Essas mulheres grávidas passam pelo pré-natal, recebem poucas informações e durante o parto seguem as indicações médicas irrestritamente, nem conseguindo identificá-las como ruins ou violentas, já que acreditam que todo o procedimento faz parte da assistência.</p> <p>Percebendo o sentimento de solidão e contradição das mulheres, as unidades básicas de saúde desenvolveram grupos de gestantes para orientarem as mulheres durante a gravidez.</p> <p>Mesmo assim, são poucos os encontros que quase nunca falam sobre o momento de parto, com horários pouco flexíveis, além de serem mais parecidos com um “curso” escolar, o que não é muito atrativo.</p>
--	--

<p>participação destas e transição como desconstrução do imaginário de grupos de grávidas fazendo yoga, já que esses encontros pareceriam cursos em salas de aulas.</p> <p>Vídeo mostrando salas de aula vazias.</p> <p>Grávida dançando + música animada. Apresentar instagram scrollando borrado.</p> <p>Evidenciar “MEDO” com mulher grávida de fundo.</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS PENSAM?</p> <p>Vídeo mostra mulher acariciando a barriga e aparece “O que elas pensam?” (Animação grávida pensam 1 + pensam close desvanece)</p> <p><u>mulher depois do parto</u></p> <p>Aparecer frases lidas por várias mulheres, vozes diversas e fundo com show de luzes.</p>	<p>Mas não percam as esperanças, as redes sociais, em especial o instagram, têm sido bastante usadas para informar as mulheres e “democratizar” o conhecimento.</p> <p>Como já mencionado a mulher sente constante medo. Seja qual for seu nível de conhecimento sobre o assunto, a ansiedade sempre as persegue.</p> <p>“Será que meu parto vai ser seguro?” “Meu bebe vai nascer forte?” “Será que ele vai estar saudável?” “Eu sou capaz de cuidar dele?”</p>
---	--

<p>Evidenciar “Mulher depois do parto”</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS OUVEM?</p> <p>Evidenciar “O que elas escutam?” (Animação base pós-parto com recém-nascido)</p> <p>Apresentar relações entre recém nascido e mãe + exemplos de familiares, amigos e clarear frases como “boa mãe” e “boa cuidadora”</p> <p>Mulher com bebê na praia enquanto algumas frases se destacam e o fundo fica desaturado.</p> <p>Sons de tirar foto enquanto são exemplificadas fotos de mães pós-parto frustradas e tristes. (ANIMAÇÃO MULHER CLOSE OUVEM 2)</p> <p>Fundo preto + Ingratidão e bilhete esclarecendo sobre os sentimentos válidos das mães.</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS ENXERGAM?</p> <p>Evidenciar “O que elas ENXERGAM?” ou queriam poder</p>	<p>“Ele vai ser feliz comigo?” “Eu vou conseguir amar minha criança?”</p> <p>Após o nascimento do bebê o foco não é mais a gestante, mas sim a criança.</p> <p>É comum que nessa fase, a sociedade, seus familiares, amigos, exijam o papel de “boa mãe” e/ou “boa cuidadora”.</p> <p>Mas a questão é: suas queixas, reclamações e até dores são minimizadas e deixadas com pouca ou até mesmo sem solução. Acabam escutando com frequência que seus relatos são desnecessários. Que sua tristeza, dor e frustração é apenas ingratidão, que não deveriam ser expressas, ainda mais considerando que o bebe está bem e saudável.</p>
--	--

<p>(Animação base pós parto com recém nascido)</p> <p>Imagens positivas de notícias Tv senado - Tocantins gov</p> <p>Animação FALAM close + ao fundo imagens - externas falando (ela quer falar sobre) e imagens internas (não tem espaço para falar)</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS FALAM/PENSAM?</p> <p>Evidenciar “O que elas FALAM?” (Animação close ouvem 2 - chorando)</p> <p>Animação mulher falam 2 até “conversar” Vídeo mulher com bebê feliz citando a falta de acolhimento e esvanecer em preto e branco para um vídeo de mulher com neném sozinhos em tons azuis (tristes) Destaque em “desmerecer”</p> <p>COR TEMA - OQ ELAS SENTEM?</p> <p>Evidenciar “O que elas sentem?” (Animação sentem 1)</p> <p>Apresentar estudos de forma rápida e mulheres no celular. (gravida e pós parto</p>	<p>Existem mulheres, não só na internet, <u>INFOGRÁFICO ANIMADO: COMO FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO E EMPODERAMENTO DAS MULHERES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO</u> que tem vontade de falar sobre suas angústias, medos, frustrações, mas que não encontram espaço para isso.</p> <p>Além daquelas que não expõem seus sentimentos por temerem o julgamento, existem mulheres que conseguem <u>conversar</u>, mas relatam que muitas vezes não se sentem acolhidas, já que existe essa tendência em desmerecer seus sofrimentos.</p> <p>A parte boa é que estudos mostram que essas mães sentem mais apoio nas redes sociais, onde entram em contato com grupos de mulheres que passaram por situações parecidas, das quais compreendem que esses sentimentos são naturais e precisam ser</p>
---	--

<p>conversando + frases)</p> <p>ESTUDO CITADO 1 - ESTUDO CITADO 2</p> <p>ANIMAÇÃO SENTEM CLOSE 1 - Na frente: “sentimentos” e ao fundo “naturais” e novamente, no fundo, “precisam ser atendidos” ficando sem opacidade a personagem e mostrando a última frase de apelo.</p> <p>Mudar para uma tela preta colocar tinta caindo em água e ao fundo mulher com seu bebê rindo e em seguida com o bebê segurando sua mão.</p> <p>Evidenciar “variados” e “dualidade de sentimentos”</p> <p>Utilizar animações para retratar a dualidade.</p> <p>Pezinhos de bebê com brilho em volta e sumindo com brilhos evidenciando frase “Parto idealizado x parto real”</p>	<p>atendidos.</p> <p>Enfim o sentimento das mulheres após o nascimento do bebe são muito variados, ainda sim há relatos de uma dualidade de sentimentos:</p> <p>Felizes pelo nascimento da criança e cansadas, assustadas e muitas vezes frustradas com o próprio parto.</p> <p>Nessa fase confrontam o parto idealizado com o parto real e que muitas vezes pode ser percebido como um fracasso pessoal.</p> <p>Uma das entrevistadas aborda um sentimento profundo e infelizmente comum: “Nunca senti tanta solidão como no pós-parto”</p> <p>Quando o parto não acontece da forma como se desejava, acaba trazendo à tona sentimentos como incapacidade, vergonha e raiva.</p>
<p>FINALIZAÇÃO</p>	

<p>Tela branca e mulheres grávidas com flores na barriga com ênfase no “humanizar a si mesma”</p> <p>Animação em polaroids (mulher triste, com raiva e feliz) - mulher conversando ênfase na frase “ouvido” logo depois um vídeo de uma mulher com ênfase na palavra "acolhidos" e “superados”.</p> <p>Utilizar animações conversando e com raiva, ao fundo a constituição brasileira - Mudar de cena mostrando mão da mãe e bebe com destaque na frase “Leve e tranquilo na vida da mulher”</p> <p>Passar exemplos citados - Homem de terno, sites do estado de mg, exemplos de amigos e familiares, cortar para mulher triste e fundo branco com “ouvi-las e atendê-las”</p> <p>LEGENDAR TEXTO.</p>	<p>Com isso o primeiro passo para a humanização do parto é humanizar a si mesma, compreendendo que os sentimentos, não importam quais sejam, precisam ser ouvidos e acolhidos para que possam ser superados.</p> <p>Assim, aos poucos, exigindo o que se é direito, o parto se aproximará cada vez mais de um momento leve e tranquilo na vida da mulher.</p> <p>Onde aos poucos os senadores, o estado, nossos amigos e familiares irão perceber nossas angústias e não terão outra saída senão ouvi-las e atendê-las.</p> <p>Desde já nós agradecemos a atenção e convidamos, você, cara ouvinte para descobrir mais sobre o parto humanizado no nosso vídeo:</p> <p>“Parto humanizado: o que tem de diferente?”</p> <p>Acesse os links na descrição para mais informações.</p>
---	---

Descrição do vídeo:

Esse vídeo complementa o Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento. Assessorado pelo professor Diogo R. Kawano e produzido pela aluna Cindi S. Nascimento do 3º Período no Tecnólogo em Publicidade no Ifsuldeminas - Campus Passos.

Você não está sozinha!

Infográfico animado 2

Público-alvo: Mulheres grávidas

Objetivo de comunicação: Informar sobre a humanização do parto e quais atitudes a mulher pode tomar para fazer com que isso se concretize

Título do vídeo: Parto humanizado: o que tem de diferente?

Conteúdos e informações obrigatórias:

- Procure seu médico ou enfermeiro obstetra + plano de parto;
- esclarecer sobre as condições violentas mesmo não reconhecendo-as - Esses procedimentos não fazem parte da assistência!
- violência é o resultado da falta de humanização;
- não é só quem tem dinheiro que pode ter um parto humanizado - SUS E PRIVADO
- esclarecer que a paciente precisa ser respeitada e sobre de todos os procedimentos que será submetida.

Restrições (o que não pode ter: expressões, conteúdos): Cuidado com a violência obstétrica, foco na humanização do parto!

O que se espera que o público faça e/ou sinta após ver o vídeo: Instigar a busca por um parto humanizado e que esta já esteja ciente sobre o parto humanizado e da violência obstétrica.

VÍDEO 2

<p>INTRODUÇÃO</p> <p>Tela preta + colaboradores</p> <p>(sessão de parto)</p> <p>Subir mulher com dores prestes a ter um parto dando a entender que são uma comunidade indígena.</p> <p>Descer e subir para o séc XIX, cadeira obstétrica, parteira...</p> <p>Descer e subir para a atualidade, mulher sentada, enfermeiros e médico. (ambiente hospitalar)</p> <p>Aproximar-se da mulher desconfortável ouvindo palavras negativas e xingamentos - representar em balões com joiha para baixo e “&%@#!”</p> <p>Transição com mulher chorando e “lágrimas azuis”</p>	<p>Durante os últimos anos a medicina obstétrica sofreu muitas transformações,</p> <p>mas às vezes a mãe pode não passar por uma experiência agradável durante o parto do seu filho.</p>
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <p>Aparecer mulher grávida pensando</p> <p>Mudar tela</p> <p>Folha em branco e anotar grávida anotando</p> <p>Aumentar opacidade da carta de Genebra e mudar para livro.</p> <p>Abrir livro com capa "assistência ao parto normal: um guia prático" (estilo draw my life)</p> <p>Dentro do livro: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do parto normal</p> <p>Tópico um: desenhar braço com soro e</p>	<p>Mas eu preciso me atentar ao que?</p> <p>Alguns sites estaduais e a Carta de Genebra/de Fortaleza apresentam quais atitudes que são negativas a saúde, mental e física da mulher e que devem ser eliminadas.</p> <p>1. NÃO UTILIZAR FREQUENTEMENTE</p>

relógio girando cada vez mais rápido representando o tempo passando e a dor piorando.



Citar: É um hormônio sintético que altera os padrões da contração uterina, sendo utilizado como uma forma de acelerar o trabalho de parto

Tópico dois: mulher tomando remédios durante o trabalho de parto.

(nota: Utilizar apenas quando necessário)

Tópico três: Esse medicamento só pode ser utilizado após o parto e não durante.

“Ergometrina é um medicamento **ocitócito** que tem como referência o **Ergotrate**. Esse medicamento de uso oral e injetável é indicado para hemorragias pós-parto, sua ação estimula diretamente o músculo

A INFUSÃO INTRAVENOSA NO TRABALHO DE PARTO, principalmente a ocitocina. Bem como evitar a infusão de rotina de soro para reidratação e antibióticos.

2. EVITAR A CATETERIZAÇÃO VENOSA PROFILÁTICA ROTINEIRA.

Como mencionado anteriormente, é interessante evitar a punção de uma veia e manutenção de um dispositivo venoso enquanto estiver em trabalho de parto, pois é desconfortável e impede a plena movimentação da mulher, além de aumentar os riscos de infecções.

3. Eliminar o uso de comprimidos ou injeções de ergometrina no 3 estágio do trabalho de parto,

Existem outros medicamentos mais eficazes, como os que são a base de ocitócina, que são mais recomendados para evitar hemorragias e devem ser administrados logo após a expulsão do bebê.

uterino aumentando a força e a frequência das contrações.”

Tópico quatro: BOLD sobre o “uso rotineiro” da posição e abordar outras posições que podem ser utilizadas

Tópico cinco: Mostrar posição com os estribos e sem os estribos e demonstrando que não há variação nas posições de parto.

Tópico seis: médico pedindo para mulher fazer força antes do terceiro estágio. Tempo passando e médico pedindo para fazer o esforço e tirar o bb

4. Evitar o USO ROTINEIRO DE POSIÇÃO SUPINA OU DECÚBITO DORSAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

Essa posição não é contra indicada, mas não é recomendada, pois pode atrasar o trabalho de parto e são desconfortáveis para a mulher. O maior problema está em restringir a movimentação da mulher, é preciso deixar que ela se movimente, sem ficar deitada na cama e tendo o direito de variar as posições.

5. EVITAR O USO FREQUENTE DA POSIÇÃO DE LITOTOMIA com ou sem estribos durante o trabalho de parto; O uso frequente da mesma posição durante o trabalho de parto não é recomendado.

6. ELIMINAR ESFORÇOS DE PUXO PROLONGADOS E DIRIGIDOS ANTES DO 3º ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO;

Basicamente é aquele pedido para a mulher fazer força e empurrar o bebê. Existe um mito de que se a mulher fazer força o trabalho de parto termina mais rápido, mas isso não é saudável e traz riscos, como edemas e ruptura do colo uterino.

No 3º estágio do trabalho de parto o próprio

Tópico sete: O Períneo é esse conjunto de músculos que dá sustentação aos órgãos pélvicos (bexiga, uretra, útero, vagina e reto), trabalhando para a manutenção da continência urinária e fecal, função reprodutiva, sexual e postural. Apresentar a negação dessas massagens pela personagem (X)

Tópico oito: Aproximar o rosto da mulher confusa e sentir dor no útero.

Tópico nove: pessoa deitada na maca de camisola. Virada para a câmera desconfortável + rosto verde.



Mostrar o intestino e raios representando os problemas

que pode trazer.

Tópico dez: Pessoa deitada na maca de

organismo da mulher naturalmente exerce esses puxos involuntários, contrações para que o bebe saia.

7. Não fazer MASSAGEM E DISTENSÃO DO PERÍNEO DURANTE O 2º ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO;

Relaxar ou massagear a região do períneo, sendo esse o conjunto de músculos que sustentam os órgãos pélvicos, (bexiga, uretra, útero, vagina e reto).

8. Evitar REVISÃO UTERINA de forma FREQUENTE APÓS O PARTO;

Se atentar-se caso seja inserido algum objeto ou parte do corpo, ou explorações manuais frequentes após o parto.

9. ELIMINAR O USO ROTINEIRO DE ENEMA,

A lavagem intestinal pode causar infecções e desconforto na mulher, aumentando suas dores durante o trabalho de parto.

10. NÃO UTILIZAR O EXAME RETAL;

<p>camisola em trabalho de parto. Virada para a câmara desconfortável + rosto verde. Com medico atrás</p> <p>Tópico onze: Apresentar aparelhos como gilete, maquininha de cortar cabelo? Médico perguntando e mulher concedendo o pedido.</p> <p>Fechar o livro e escurecer.</p> <p>Animar conversa com o médico e a criação de um plano de parto (destacar frase). Apresentar balões de fala falando sobre os tópicos mencionados e add acompanhante. - Não ir sozinha.</p> <p>BRANCO e colocar frase na tela - Converse com seu médico.</p>	<p>Atente-se caso coloquem algum objeto ou parte do corpo na região do bumbum, como no Ânus.</p> <p>11. ABOLIR O USO ROTINEIRO DE TRICOTOMIA, raspar os pelos pubianos, principalmente sem permissão da gestante.</p> <p>Assim, ao atentar-se dessas práticas, esclarecer sobre seu próprio plano de parto com seu médico ou enfermeira obstetra e exigindo que o plano seja devidamente executado, a mulher pode reconhecer que certos procedimentos não fazem parte da assistência.</p> <p>Lembre-se de tirar todas as suas dúvidas com seu médico, para ter consciência sobre os procedimentos a que será submetida.</p>
<p>FINALIZAÇÃO</p> <p>Apresentar leis sobre isso e o próprio SUS demonstrando essa implementação. Vídeos de hospitais.</p> <p>Apresentar mulher acariciando a barriga.</p>	<p>Além disso, é preciso lembrar que não é só quem tem dinheiro que pode ter um parto humanizado, o SUS já segue essa linha teórica, o que falta é a conscientização das mulheres sobre isso e que exijam que o parto humanizado seja devidamente executado.</p>

Adicionar: É possível denunciar pelo Disque 136, se o parto ocorreu em maternidade do SUS, ou pelo Disque 180, que recebe todos os tipos de denúncias de violência contra a mulher.

O serviço está disponível 24h por dia, incluindo o final de semana e feriados. A ligação é gratuita.

Utilizar animações tristeza e raiva e sobrepor as felizes em polaroids.

Escurecer e legendar.

Na tela final, **Links na descrição**

Assim, evitando os sentimentos de medo, angústia e quebra de expectativa e gerando leveza e tranquilidade, tornando esse momento tão importante, ainda mais bonito e feliz.

Desde já nós agradecemos a atenção e convidamos, você, cara ouvinte para descobrir mais sobre os sentimentos das mulheres antes e depois do parto e como o parto humanizado traz essa leveza, assistindo nosso vídeo:

“Por que ir atrás da humanização do parto ? - A dualidade, a mulher antes e depois do parto”

Acesse os links na descrição para mais informações.

Obrigada!

--	--

Descrição do vídeo:

Esse vídeo complementa o Infográfico animado como ferramenta de orientação e empoderamento das mulheres no processo de parto e nascimento. Assessorado pelo professor Diogo R. Kawano e produzido pela aluna Cindi S. Nascimento do 3º Período no Tecnólogo em Publicidade no Ifsuldeminas - Campus Passos.

Você não está sozinha!

Para conhecer mais sobre a dualidade dos sentimentos das mulheres, antes e depois do parto recomendamos nosso vídeo “Por que ir atrás da humanização do parto? - A dualidade, a mulher antes e depois do parto” no link a seguir:

Siga estas páginas nas redes sociais e colabore para a democratização do parto humanitário

<https://www.sofiafeldman.org.br>

Referências:

<https://institutonascerc.com.br/parto-normal-as-posicoes-que-facilitam-o-nascimento-do-bebe/>

<https://catarinagaspar.com/parto-hospitalar-conhecendo-os-procedimentos-medicos-parte-vi/>

<https://www.despertardoparto.com.br/recomendaccedilolildees-da-oms-para-o-parto-normal.html>

<https://www.commadre.com.br/o-que-e-plano-de-parto-e-como-fazer-o-seu/>

<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>

<https://oglobo.globo.com/epoca/>

<https://www.jota.info/justica/informacao-combate-violencia-obstetrica-07092021>

[https://apublica.org/wp-](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf)

[content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf)

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>

https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiJ46nft9z->

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiJ46nft9z-AhXGLbkGHUoDAhQQFnoECDUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf&usg=AOvVaw3In2kNGBDEuXda4PoTyWUh&cshid=1683229863705589

<https://www.icrc.org/pt/guerra-e-o-direito/tratados-e-direito-consuetudinario/convencoes-de-genebra>

<https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica/>

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/11/violencia-obstetrica-ainda-assombra-mulheres-mas-pais-avanca-na-assistencia-ao-parto.shtml>

<https://brasilecola.uol.com.br/biologia/ocitocina-hormonio-amor.htm>