

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO**

**DIMENSÕES CULTURAIS ENVOLVIDAS NA BUSCA PELO PARTO NATURAL  
HUMANIZADO**

**MACEIÓ**

**2017**

BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO

DIMENSÕES CULTURAIS ENVOLVIDAS NA BUSCA PELO PARTO NATURAL  
HUMANIZADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção de do grau de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Maceió  
2017

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecário Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

A663d      Araujo, Bárbara Régia Oliveira de.  
              Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado  
              / Bárbara Régia Oliveira de Araújo. – 2017.  
              106 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.  
Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de  
Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 83-91.  
Apêndices: f. 92-101.  
Anexos: f.102-106.

1. Enfermagem transcultural. 2. Saúde pública. 3. Parto humanizado.  
4. Parto normal. 5. Parto (Obstetrícia). I. Título

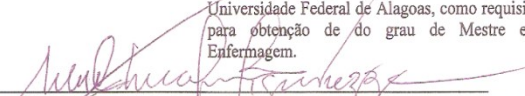
CDU: 616-083:618.4

Folha de Aprovação

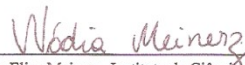
BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO

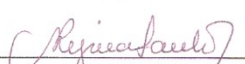
**DIMENSÕES CULTURAIS ENVOLVIDAS NA BUSCA PELO PARTO NATURAL  
HUMANIZADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção de do grau de Mestre em Enfermagem.

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR)  
Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

**Banca Examinadora**

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Nádia Elisa Meinerz, Instituto de Ciências Sociais (ICS)  
Universidade Federal de Alagoas (Examinadora Externa)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Regina Maria dos Santos, Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR)  
Universidade Federal de Alagoas (Examinadora Interna)

A todas as mulheres que tiveram seus partos roubados e protagonismos silenciados.

Não esqueceremos.

Tomem cuidado com elas... Tomem cuidado com as mulheres quando se cansarem de tudo o que as rodeia e se levantem contra o velho mundo. Nesse dia um novo mundo começará.”

- *Louise Michel*

## AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que me deram o privilégio de fazer parte de um momento de intensa transformação em suas vidas, famílias e realidades, desde o adentrar da enfermagem obstétrica na minha vida. E em especial, às informantes deste estudo, que colaboraram para o nascimento do que viria a ser, direta ou indiretamente, fruto de grandes mudanças em mim, durante esses dois anos e meio de jornada.

À minha família, Rosiane, Bruna, Iraci, Eliane, Ataide, Tailan e meus Josés (in memoriam), por todo apoio das mais diversas formas possíveis em todos os momentos, por todo acolhimento, pelas sinceras vivências de amor e solidariedade nas dificuldades pessoais, e pelos ensinamentos que refletiram e sempre refletirão na minha caminhada acadêmica.

Aos meus amigos, família quetive a honra de escolher, que me motivaram de perto ou de longe, de maneira sem igual, tornando os dias e os fatos mais leves, sempre me lembrando meus objetivos de vida, reavivando minhas convicções e esperança numa humanidade melhor.

Às companheiras e companheiros do Mulheres Resistem, Resistência Popular, FARPA e CAB, lutadoras e lutadores que me inspiram diariamente e mantêm minha crença na construção de uma sociedade mais justa e livre para todas e todos.

Às mulheres incríveis da *Melhor turma da ESENFAR*, pela oportunidade de nunca comemorar sozinha minhas vitórias ou nunca chorar sozinha minhas mágoas. Amigas que me ensinaram com tanta competência coisas que a mais sofisticada ciência não daria conta de atender.

Às minhas orientandas, que me fizeram mestra antes do título, por toda ajuda e compreensão nos momentos mais atribulados.

Às três enfermeiras obstetras que me inspiraram e ainda me inspiram a abraçar cada dia mais a Enfermagem Obstétrica, enquanto ofício que escolhi: Professora Dionary Chaves, que me apresentou uma enfermagem obstétrica autônoma e competente em suas atribuições; Professora Elisângela Sanches, grande responsável pela lapidação de tantas novas enfermeiras obstetras do Estado de Alagoas, por todo carinho e compromisso para com tantas mulheres; e Professora Cristina Trezza, orientadora deste trabalho e grande-mãe desde a graduação, por toda confiança e esforços depositados na construção desta dissertação e, principalmente, por todos os ensinamentos que levarei enquanto pessoa, mulher, enfermeira e mestra.

Às competentes mulheres e pesquisadoras que compõem minha banca, pelas ricas contribuições e pelo compromisso assumido com a educação e com a ciência;

A todas as professoras, professores, funcionárias e funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, por me acolher e permitir vivenciar o curso de Mestrado em Enfermagem.



## RESUMO

A partir dos pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, o presente trabalho analisou as dimensões culturais que influenciaram na busca de mulheres pelo parto natural humanizado, no município de Maceió-AL, considerando o potencial dos estudos culturais para subsidiar práticas culturalmente congruentes. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, realizado entre dezembro de 2015 e abril de 2016 em Maceió/AL. São informantes desta pesquisa 14 mulheres que buscaram ou não um parto natural humanizado no referido contexto. Para coleta de informações, utilizou-se um formulário de entrevista semi-estruturado baseado no referencial teórico, que propiciou o levantamento designificados culturais analisados em sua universalidade e diversidade, de modo a atender os objetivos da pesquisa. A partir da análise dos resultados, foi possível identificar que a busca ou não busca de mulheres por um parto natural humanizado perpassa o significado da parturição para as informantes, segundo suas realidades e contextos de saúde. As dimensões culturais envolvidas que direcionam suas escolhas abarcam: 1) Suas ideologias e crenças, direcionando um modo de vida que as orienta de acordo com suas vontades de gozarem plena autonomia de seus corpos e que, mesmo quando delegam seus processos de saúde a outras pessoas, fazem-no de acordo com experiências e cuidados valorados positivamente; 2) Questões de classe, acesso à informação, tecnologia e políticas públicas de saúde, cujas diferenças são atenuadas pelos desníveis sociais da sociedade capitalista; 3) Significados e experiências de suas redes de apoio, que estão presentes em todas as outras dimensões.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Enfermagem transcultural. Parto normal. Parto humanizado.

## ABSTRACT

From the assumptions found in Madeleine Leininger's Transcultural Nursing Theory, the current work analyzed the cultural dimensions that influenced on women's search of natural humanized birth, in Maceió – AL, considering the potential of cultural studies to support culturally congruent practices. This is a qualitative and descriptive study, made between december 2015 and april of 2016 in Maceió - AL. 14 (fourteen) women, who sought or not a natural humanized birth in said context, are our informants of this research. For information gathering a semistructured interview form was used based on the theoretical referential, that propitiated the survey of cultural meanings analyzed in its universality and diversity, in order to meet this research objective. From the results analysis, it was possible to identify whether or not the search for a natural humanized birth permeates the meaning of parturition to the informants taking into account their realities and health contexts. The cultural dimensions involved that guided their choices: 1) Their ideologies and beliefs, directing a way of life that guides them according to their desires to enjoy full autonomy of their bodies and that, even when they delegate their health processes to other people, they do it according to positively valued experiences and care; 2) Class issues, access to information, technology and public health policies, whose differences are mitigated by the social differences from a capitalist society; 3) Meanings and experiences of your support networks, which are present in all other dimensions.

**Keywords:** Nursing. Transcultural nursing. Natural birth. Humanized birth.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – <i>Sunrise Model</i> , mapa conceitual que representa a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	42
Figura 2 – Representação da seleção de informantes pela técnica <i>Snowball</i> .....	47

## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de faixa-etária por grupo de análise.....	50
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Capacitor Etnoenfermagem Observação-Participação-Reflexão de Leininger.....	39
Quadro 2 – Guia facilitador de Leininger de estranho para amigo confiável.....	40
Quadro 3 – Identificação das informantes da pesquisa conforme grupo de alocação (I, II, III, IV) e grupo de análise (A e B).....	51
Quadro 4 – Relação da distribuição das informantes por bairros e renda em Maceió, 2016.....	53

## SUMÁRIO

1	<b>ADENTRANDO O MUNDO DO PARTO NATURAL HUMANIZADO.....</b>	13
2	<b>AGREGANDO ELEMENTOS DA LITERATURA.....</b>	23
2.1	<b>Cultura, saúde e doença: elementos antropológicos para a prática de da saúde.....</b>	23
2.2	<b>A cultura do parir e do partejar nos estudos do meio urbano.....</b>	27
3	<b>DELINEANDO A METODOLOGIA DO ESTUDO.....</b>	34
3.1	<b>Ajustando o objeto ao espaço quadripolar da pesquisa.....</b>	35
3.1.1	Pólo epistemológico da pesquisa: estruturalismo.....	35
3.1.2	Pólo metodológico da pesquisa: teoria do cuidado transcultural .....	36
3.1.3	Pólo morfológico da pesquisa: as dimensões culturais do sunris emodel.....	42
3.1.4	Pólo técnico da pesquisa: revista.....	43
3.2	<b>Descrevendo as escolhas metodológicas.....</b>	44
3.2.1	Caracterizando o estudo.....	44
3.2.2	Contexto da pesquisa.....	45
3.2.3	Caracterização e seleção das informantes da pesquisa.....	45
3.2.4	Pólo técnico da pesquisa: Entrevista.....	47
4	<b>ENCONTRO COM O OBJETO DO ESTUDO: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	49
4.1	<b>Adentrando o contexto estudado.....</b>	49
4.1.1	Conhecendo as informantes.....	49
4.1.2	Conhecendo seus partos e significados: entre ritos e realidades de saúde pública.....	53
4.2	<b>Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural.....</b>	61
4.2.1	Compreensões acerca da construção “eu” no contexto: modo de vida e ideologias.....	61
4.2.2	Humanização como uma questão de classe: políticas públicas, fatores econômicos, educacionais e tecnológicos.....	68
4.2.3	incentivo ao parto: significados atribuídos à rede de apoio.....	76
5	<b>LEVANTANDO CONCLUSÕES E MAIS INQUIETAÇÕES.....</b>	81
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	83
	<b>APENDICES.....</b>	92
	<b>ANEXOS.....</b>	102

## **1 ADENTRANDO O MUNDO DO PARTO NATURAL HUMANIZADO**

O parto natural humanizado vem, aos poucos, consolidando-se como a melhor alternativa para o processo de parir e nascer no contexto brasileiro. Os cenários de agregação das protagonistas sociais deste momento histórico têm sido tanto a rede pública e privada de serviços especializados, quanto o domicílio da família. Neste novo momento, transita-se de uma abordagem técnica, restrita aos especialistas e raramente à gestante, para uma nova concepção social, cultural e política, do protagonismo da mulher perante seu direito a um parto livre de violências.

Tomando como base esta mudança de conjuntura, os objetos deste estudo são as dimensões culturais envolvidas na busca da mulher pelo parto natural humanizado, caracterizadas por componentes interdependentes da estrutura social e da visão de mundo propostos pelo modelo Sunrise mapa visual e cognitivo utilizado para a apreensão dos múltiplos fatores que influenciam nas concepções de cuidado, alicerçado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (LEININGER, 1991).

O objeto foi concebido a partir da vivência da pesquisadora enquanto enfermeira obstetra e parteira urbana na prestação de assistência ao parto natural humanizado, hospitalar e domiciliar, em Maceió-AL. Esta experiência possibilitou a percepção de que apesar de o caminho percorrido entre o desejo e a concretização do parto natural humanizado ser marcado por diversas tentativas de desencorajamento e falsas indicações cirúrgicas, fatores culturais, como acesso à educação e conhecimento sobre os benefícios do parto natural, postura política e de empoderamento feminino, estiveram presentes em situações nas quais as vontades da mulher prevaleceram perante a conjuntura local de atendimento ao parto e nascimento.

Localizada no Nordeste Brasileiro, a capital de Alagoas conta atualmente com seis serviços públicos de atenção ao parto e nascimento, todos integrantes da estratégia Rede Cegonha. Dois destes são de inteira responsabilidade da gestão pública estadual e federal, referência para o alto risco; e quatro serviços são conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mantidos por pessoas jurídicas não-estatais, e classificados como referência para os atendimentos de baixo risco.

Neste cenário, a recente inserção da enfermagem obstétrica na assistência direta ao parto tem se mostrado favorável à implementação de práticas obstétricas fundamentadas nos princípios da humanização da assistência à saúde, tendo em vista o respeito à fisiologia do nascimento e à autonomia da mulher frente a seu corpo nesse processo.

Iniciada quase que exclusivamente como prática de ensino, a inserção de enfermeiras obstetras diretamente nas salas de parto do estado apresenta-se como realidade em meados dos anos 90. Primeiro como campo de extensão para graduandos em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e, posteriormente, também como campo de prática do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da mesma instituição, a partir de 1999.

Porém, foi somente a partir de 2004, com a abertura de concurso público direcionando cinco vagas de enfermeiras obstetras para a Casa Maternal Denilma Bulhões (serviço atualmente não funcionando), que a prática se firmou como realidade no serviço público de Maceió. Tal decisão acompanhava a tendência do Estado que, em 2003, lotara duas enfermeiras obstetras na atual Maternidade Escola Santa Mônica, vinculada à Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas (UNCISAL), como diaristas. O lançamento dos certames foi imprescindível para o início das atividades do Programa de Residências em Enfermagem, em suas diversas especialidades, sobretudo para a Residência em Saúde da Mulher iniciada em 2005, que já formou 25 Enfermeiras Obstetras de Alagoas, todas atualmente inseridas nos serviços de saúde e/ou ensino do Estado.

Já nos serviços privados conveniados ao SUS, a inserção destas profissionais na atenção ao parto começa em setembro de 2013, na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima. Logo nos três primeiros meses, essa modificação no quadro reduziu o índice de cesarianas da instituição de 96% para 63%, tornando-se referência para o atendimento no serviço e incentivando a posterior contratação de Enfermeiras Obstetras para os outros três serviços vinculados à rede SUS.

Apesar do notório avanço para quem vivencia a assistência à saúde prestada nas maternidades de Maceió, a prática das Enfermeiras Obstetras ainda esbarra em impasses de ordem de recursos humanos, recursos materiais e disputas de poder contra as tradicionais práticas médicas, em detrimento de uma mudança substancial no atendimento às gestantes. Essa realidade se repete nacionalmente e tem suas origens fundamentadas historicamente na institucionalização e medicalização do parto.

Até o século passado o processo de nascimento ainda era visto como algo natural e totalmente vinculado à figura feminina. O parto costumava ser assistido por mulheres que compartilharam suas vivências e habilidades de acordo com suas experiências de vida (CEGANO; ALMEIDA, 2004). Neste cenário, emergiram as parteiras tradicionais, que ofereciam assistência e atenção durante o trabalho de parto em casa, de modo que suas ações eram reconhecidas pela comunidade. (NASCIMENTO, et al., 2009).



Devido à vasta sabedoria, as experiências das parteiras foram incorporadas ao sistema de saúde, mesmo que contra a vontade da classe médica dominante. Porém, com a chegada da tecnologia biomédica no Brasil, no século XX, a assistência ao parto nas grandes capitais ficou restrita às instituições de saúde. As práticas dessas mulheres foram marginalizadas perante o sistema de saúde vigente (PIMENTA et al., 2013).

A transferência do parto para o contexto hospitalar modificou a parturição: a parturiente e o feto perderam o papel de protagonistas do processo, agora apropriado por profissionais médicos e seus paradigmas intervencionistas. Esses procedimentos excessivos e altamente tecnificados não têm melhorado a assistência obstétrica e a condição de saúde materno-infantil; pelo contrário, evidências científicas relevam que algumas são prejudiciais para mãe e para o filho (AMORIM et al., 2010; MAMEDE, F.; MAMEDE, M.; DOTTO, 2007; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A assistência ao parto e nascimento tem, portanto, se estabelecido mediante lógica e padrão industrial, caracterizado por uma preferência à cesariana agendada, de acordo com a conveniência profissional e institucional. São as conhecidas cesariana seletivas, algumas vezes associadas a produtividade e economia de tempo.

Os debates acerca destes modelos de assistência ao parto têm tomado proporção mundial desde a década de 1980 (PATAH; MALIK, 2011). Em estudo datado de 1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) evidenciou a elevação de mais de 30% das taxas de cesarianas entre 1970 e 1982 no Brasil, e sequente aumento das taxas nos anos seguintes, apesar do empenho do instituto na manutenção da política de prover recursos iguais para o pagamento de cesáreas e partos vaginais (BARROS; VAUGHAN; VICTORA, 1986).

Mais de 40 anos depois, o atual modelo obstétrico ainda se mantém forte e influencia uma grande quantidade de profissionais. Entretanto, com o crescimento da saúde baseada em evidências, esta lógica tem sido duramente criticada na academia. Esta revisão surge enquanto uma proposta de ruptura à formação dentro do modelo biomédico, onde são considerados apenas “objeto, trajeto e motor”, não abordando o parto enquanto fenômeno social, psicológico, cultural que o é.

Porém, para Nogueira (2013), a aparência da atenção ao parto como um assunto técnico, resumido a especialistas e, eventualmente, às mulheres grávidas, é, na verdade, um tema de relevância social, cultural e política. Para a autora, o que está em jogo é uma nova concepção do humano e do seu corpo, em particular do feminino. E ao mesmo tempo, uma

análise mais atenta revela à prática médica a origem de sua cultura com inevitável dose de preconceitos, atrasos e idiossincrasias.

Como uma alternativa ao modelo posto, Seibert et al. (2005) sugerem que a humanização das práticas assistenciais viria a garantir uma assistência baseada em evidências científicas e segurança, em detrimento do modelo atrelado à conveniência de instituições ou profissionais. Para a autora, “humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios” (SEIBERT et al., 2005, p. 249).

Corroborando com esta perspectiva, Ministério da Saúde, setores internacionais da saúde e movimentos de humanização, têm defendido a implementação da Política Nacional de Humanização, fundamentando-se na premissa de resgatar o parto enquanto evento fisiológico, promovendo nascimentos mais dignos. De acordo com Maia (2010, p. 20):

Na constituição da obstetrícia moderna e seu discurso acerca da mulher e do parto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto – nascido da e junto com a medicina obstétrica moderna – encontra solo fértil para se legitimar no Brasil, de maneira quase absoluta, em um contexto de assistência à saúde predominantemente curativo e hospitalar. Não obstante, nos últimos anos a assistência humanizada ao parto e ao nascimento vem sendo regulamentada por normativas governamentais.

Admitindo-se diferenças na definição de parto normal *versus* parto natural humanizado, para além da evolução da via vaginal, considera-se a reflexão da pesquisadora Mônica Bara Maia (2010). A autora afirma que “humanizar o parto e o nascimento é um momento de contracultura que buscar resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem” (MAIA, 2010, p.42).

Sendo assim, trabalha-se com a concepção de que o parto natural consiste numa assistência sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o processo de parturição (trabalho de parto, parto e puerpério), onde o cuidador oferece suporte emocional e científico à mulher e/ou familiares. Esse tipo de atendimento também estimula o empoderamento individual, as relações terapêuticas benéficas centradas na fisiologia, e a autonomia da mulher e suas escolhas livres e esclarecidas num contexto biológico, social, cultural e espiritual próprio (CRUZ, 2009; MAIA, 2010).

Já o parto normal é conforme a Organização Mundial de Saúde, desde 1996, aquele que evolui por via vaginal, de início espontâneo, baixo risco no trabalho de parto e até o

nascimento, em posição cefálica e no termo gestacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), com a observação de que o alto risco, por si só, não consistiria em impedir a gestante de evoluir o curso normal do parto (BASTON; HALL, 2010).

A cesariana é um ato cirúrgico, que consiste em incisão abdominal e uterina para a retirada do concepto. Em toda a história do parto que antecede à medicina moderna, o parto cirúrgico era admitido como “perigoso”, e sua indicação restrita a não haver outra forma de salvar mãe e o concepto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Atualmente, trabalha-se com dois tipos de indicação de cesariana, são elas absolutas e relativas. Segundo Montenegro e Rezende Filho (2011, p. 960), é superada a concepção de que a cesariana é via única e, portanto, absoluta, quando “o feto vivo, morto ou embriotomizado não puder ser extraído através da bacia”.

Apesar do aperfeiçoamento das técnicas médico-cirúrgicas, vale salientar que a cesariana não constitui procedimento isento de riscos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011), devendo a mesma, quando indicada relativamente, ser realizada mediante avaliação de risco-benefício para o binômio. Porém, de acordo com Patah e Malik (2011), ao passo que a maioria dos autores discutem que a cesariana deve ser evitada na ausência de indicação, outra fração defende que o aperfeiçoamento técnico e cirúrgico indicaria o procedimento também para satisfação materna e familiar.

Um estudo prospectivo-multicêntrico/Survey Global, de responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (VILLAR et al., 2007), apontou para um aumento de quatro a cinco vezes nas taxas de mortalidade materna associadas à cesariana, em contraponto ao parto normal sob as mesmas condições de baixo risco (eletivas). A pesquisa aponta como acréscimo para elevação dos riscos sem uma nova cesariana, placenta acreta e necessidade de histerectomia por cesarianas repetidas.

Já no que diz respeito aos riscos e benefícios fetais, o estudo evidenciou que as maiores taxas de morbidade e mortalidade neonatal foram constatados no grupo de mulheres submetidas à cesariana eletiva, com 12% de risco de parto prematuro, em contraponto a 9% dos partos vaginais. Por fim, foi apresentado quase o dobro de risco para a admissão em unidades neonatais por sete ou mais dias, nos casos de cesariana eletiva e intraparto, por erro no cálculo da idade gestacional (VILLAR et al., 2007).

Admitindo o aumento de riscos e complicações da mal indicação da cesariana, em 2015, o Ministério da Saúde do Brasil revisou dois protocolos internacionais para compor suas Diretrizes de Atenção à Gestante. Foram eles: Cesarean Section, elaborado pelo Nacional

Institute for Health and Care Excellence (NICE), vinculado ao Departamento de Saúde do Reino Unido, publicado em 2011 com última atualização em 2014; e a Guia de Assistência ao Parto para Mulheres com Cesarianas Prévias, do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras, de 2013.

O estudo foi trazido à tona diante de um contexto tomado pelo excessivo número de cesarianas no país, constituindo 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde e 40% no serviço público no Brasil, em contraponto à taxa de 15% recomendada pela OMS, que alertava ser imprescindível uma decisão pela via de parto que considere os ganhos em saúde, e que fosse claramente informada e compartilhada entre a equipe e a gestante (BRASIL, 2015).

Quanto à escolha da gestante em contraponto à escolha da equipe, Victora et al. (2011) discutem que 70% das mulheres estudadas mostram preferência pelo parto normal, porém apenas 30% dessas mulheres mantêm a preferência ao fim da gestação. Finalmente, apenas 10% dos partos evoluem, de fato, por via vaginal. No mesmo estudo, outros resultados apontam para a maior incidência das cesarianas realizadas em horários comerciais (diurnos e dias úteis), evidenciando que as cirurgias têm sido indicadas por conveniência médica.

Meller e Schäfer (2011) afirmam que, em geral, a gestante não participa das discussões acerca da via de parto, sendo informada somente da decisão médica final. Não elevada em consideração a sua aceitação ou não às condutas a serem tomadas, nem associação entre os resultados perinatais obtidos.

Quanto à esta relação profissional-paciente, estudos sugerem, ainda, que existe influência direta do modelo de atenção à saúde brasileiro, cuja maioria da população é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a assistência médica ambulatorial não é prestada pela mesma pessoa que fornece os cuidados hospitalares (HOTIMSKY et al., 2002; PATAH; MALIK, 2011).

Essa desvinculação entre pré-natal e parto no serviço público pode ser considerada fator contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e as anteriores. Além disso, esse médico, geralmente de plantão nos hospitais que atendem pelo SUS, não estabelece relação adequada com as parturientes por não tê-las conhecido previamente (PATAH; MALIK, 2011, p. 191).

Pesquisas relacionadas à postura profissional diante da mulher no ciclo grávido-puerperal (ARAÚJO et al., 2014; PATAH; MALIK, 2011) apontam para o hábito comum entre plantonistas de “resolver” cirurgicamente os casos de trabalho de parto antes da

passagem de plantão, como exercício de controle sobre seu processo e “objeto” de trabalho, neste caso, o corpo de uma mulher em trabalho de parto. Com esse hábito, transforma um processo fisiológico em um evento cirúrgico, inferindo riscos antes inexistentes.

Há ainda estudos (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; BICCHIERI; SILVA, 2006; GAIVA; TAVARES; NASCIMENTO, 2002; FIGUEIREDO et al., 2004; MIRANDA et al. 2008; PEREIRA, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006) que evidenciam a utilização rotineira de práticas que, desde 1996, são comprovadamente prejudiciais e deveriam ser eliminadas ou utilizadas criteriosamente de acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Os autores realçam confinamento no leito durante o trabalho de parto, o uso rotineiro da episiotomia, a administração de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto, a realização da manobra de Kristeller, o frequente toque vaginal, além do uso de tom de voz agressivo, autoritarismo, falta de sensibilidade e amniotomia sem a prévia autorização e/ou esclarecimento (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

A este controle do corpo, através do saber médico e da intervenção em processos naturais da vida cotidiana, deixando a pessoa em desarmonia com seu meio, dá-se o nome de medicalização (ARAÚJO et al., 2014; VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008). De acordo com Brasil (2001, p.42) “a medicalização do corpo feminino – que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura”.

Helman (2009) reforça que a medicalização tem afastado cada vez mais as culturas leiga e obstétrica do nascimento, definindo culturalmente a gestação – independente da ausência ou presença de risco - como uma disfunção fisiológica e, portanto, justificando repetidamente a necessidade de intervenção cirúrgica.

Muitas mulheres, quando não esclarecidas, não identificam a medicalização como necessariamente prejudicial, de modo que recebe em resistência o tratamento médico para seus processos fisiológicos (HELMAN, 2009). Por conseguinte, apesar da aceitação, a possibilidade de choque cultural tem se tornado cada vez maior especialmente porque, em muitas regiões do mundo industrializado, as mulheres têm manifestado descontentamento com a assistência prestada aos nascimentos, segundo a autora.

Essas reações acontecem porque, independentemente de variação cultural, em todas as sociedades humanas, a gravidez e o nascimento significam mais que simples eventos biológicos, integrando a transição da mulher do status social de “mulher” para “mãe”. Da mesma maneira como ocorre as demais transições sociais, o indivíduo precisa ser “protegido

do mal” pela observância de determinadas crenças e comportamentos rituais (HELMAN, 2009).

Sob a mesma perspectiva, e entendendo que a hospitalização do parto não foi apenas uma simples “mudança de endereço” - mas de um conjunto de valores e concepções culturais, que tem consonância com o processo de medicalização consolidado no Brasil (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011)-, grupos de ativistas da humanização do parto e nascimento, em especial no âmbito da enfermagem obstétrica, vêm defendendo a possibilidade das mulheres voltarem a dar à luz fora dos hospitais (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Para este momento específico de transição da assistência obstétrica, as autoras afirmam que o parto domiciliar vem apresentando-se como opção para mulheres que buscam um parto natural e independente das rotinas hospitalares apontando para uma dimensão que ultrapassa a ciência e a tecnologia, agregando novos valores, comportamentos e sentimentos ao processo de nascer (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Levando-se em consideração as variáveis culturais, significações e valores atribuídos ao resgate do parto enquanto evento fisiológico e natural, toma-se como questão norteadora para esta investigação “Quais as dimensões culturais estão envolvidas na busca de mulheres pelo parto natural humanizado?”.

Para responder esta questão, utilizaremos como capacitor o modelo teórico Sunrise, proposto por Madeleine Leininger, uma vez que o instrumento permite a análise da visão de mundo do sujeito, e a sua influência nos padrões de cuidado e saúde de famílias, grupos ou indivíduos. Tomando como base o modelo teórico, o objetivo deste estudo é analisar os significados culturais que influenciaram na busca de mulheres pelo parto natural humanizado.

Trazendo subsídios teóricos e científicos, advindos dos resultados que venham a atender os anseios e objetivos desta pesquisa, acredita-se que a contribuição produza, àqueles que se apropriem do conhecimento construído, reflexões voltadas ao trabalho de enfermeiras obstetras e demais profissionais que prestem assistência ao parto natural humanizado, em diferentes contextos de assistência à saúde, à medida em que se descreve o processo de busca pelo parto natural humanizado.

Em se tratando propriamente da assistência obstétrica em enfermagem, o estudo pode suscitar elementos e comportamentos que podem vir a ser estimulados desde a assistência pré-natal, evidenciando-se, assim, possíveis padrões de cuidados que levem a uma atenção holística a um parto e nascimento saudável, humanizado e livre de violências.

Para avaliação da importância do estudo, foi realizado um levantamento de dados prévio nas bases de dados CINAHL, Lilacs, BDeNF e Pubmed, por meio das estratégias de busca controladas pelos descritores DeCS e MeSHTerms: “parto normal”/“*Natural childbirth*” e cultura/*culture*, intercalados pelo operador booleano *AND*. Foram adotados como critérios de inclusão os artigos de periódicos indexados nas referidas bases, publicados nos últimos 10 anos, e disponíveis na íntegra, independentemente do idioma.

O levantamento identificou 64 artigos que atendiam aos critérios de inclusão, mas 54 foram excluídos após leitura dos resumos, e 10 mostraram-se habilitados para leitura na íntegra. Nesta etapa, arquivaram-se oito estudos que - apesar de não elegíveis para os fins de levantamento da importância do objeto por não utilizarem Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado como referencial teórico ou metodológico - apresentam achados pertinentes à revisão de literatura deste estudo. Selecionou-se, ao fim, apenas dois estudos, ambos com resultados conclusivos relevantes, positivos e inteiramente dependentes dos pressupostos apresentados pela teoria.

Bezerra e Cardoso (2006) adotaram a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, em estudo cujo objeto são os fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Os autores acreditavam que a teoria compreendesse fatores culturais que interferem nas experiências vividas por parturientes que tiveram filhos através de parto normal, em uma maternidade pública de Fortaleza-Ceará.

As autoras concluem que, através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, foi possível perceber que o parto não é um evento isolado, encerrado em si mas engloba fatores imbricados e interligados, e que podem ser visualizados a partir do contexto no qual desenvolveu-se a gestação, como em que momento de vida a mulher e seu companheiro encontravam-se, e qual a maior preocupação da parturiente naquele período.

Já Progiante et al. (2006) utilizaram a Teoria para analisar os efeitos percebidos pela mulher diante da não realização da episiotomia, e as ações de enfermagem consideradas determinantes para a não-intervenção cirúrgica, sob a ótica da mulher. As autoras acreditam que, no contexto da assistência técnica à parturição, valores, crenças, modos de vida padronizados apreendidos subjetiva e objetivamente, são elementos que capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e modo de vida.

A partir do levantamento de evidências que expunham as consequências benéficas do não-uso da episiotomia em mulheres, houve a possibilidade de elaboração de ações de

enfermagem obstétrica, que pudessem ser aplicadas na assistência a indivíduos de diferentes culturas, a partir do ajustamento e da repadronização do cuidado.

Neste sentido, acredita-se que a relevância e a importância desta pesquisa esteja situada na possibilidade do aprendizado de relações de acolhimento, vínculo e autonomia, e valorizem os espaços e hábitos domésticos, enquanto estratégia de fortalecimento das políticas de humanização do parto e nascimento. Aprender essas perspectivas permitem, respaldar sua práxis em cuidados culturalmente congruentes com o contexto da capital alagoana, em suas diversas realidades geográficas e sociais.



## **2 AGREGANDO ELEMENTOS DA LITERATURA**

Para situar a Teoria do Cuidado Transcultural em suas bases epistemológicas, acreditamos ser necessário o levantamento de elementos teóricos que carecem de melhor localização da Antropologia - ciência absorvida para o estudo da aplicabilidade de elementos culturais determinantes para se pensar o processo saúde-doença no contexto da assistência em saúde. Esta seção tratará desta localização, bem como do levantamento de debates fundamentais acerca do parir e do partejar na sociedade em moderna, a partir dos principais estudos sobre a cultura do nascimento.

### **2.1 Cultura, saúde e doença: elementos antropológicos para a prática da saúde**

Os sistemas de saúde de uma sociedade não podem ser estudados isoladamente de seus aspectos organizacionais, sejam eles sociais, religiosos, políticos, econômicos ou culturais. A partir desta perspectiva, a prática da enfermagem vem se fundamentando cada vez mais nos elementos do contexto dos sujeitos assistidos, buscando compreender seu processo saúde-doença sob uma perspectiva antropológica.

A experiência do adoecer, o significado do “ter saúde”, e de como podemos interferir por meio de cuidados, extrapola o indivíduo, nos remetendo a outras dimensões dependentes da cultura (LEVI-STRAUSS, 1970; MARTINS, 2009). Importa, portanto, definir o que se compreende por cultura, em seus aspectos essenciais e instrumentais associados à saúde.

Para Langdom e Wiik (2010), a cultura pode ser definida como um conjunto de elementos -valores, símbolos, normas e práticas - que mediam e qualificam atividades físicas e mentais não determinadas pela biologia, sendo então compartilhadas por diferentes membros de um grupo social. Para os pesquisadores, é sobre esses elementos que atores sociais construirão significados para ações e interações concretas e temporais, sustentando formas sociais, institucionais e modelos operativos vigentes.

Dentro desse leque de possibilidades valorativas, podemos construir uma ideia de processo saúde-doença sob um ponto de vista antropológico, à medida em que diferimos o conceito de cultura do seu oposto, natureza. Para Levi-Strauss (1982), por ser um homem biológico e, ao mesmo tempo, um indivíduo social, o sujeito dá respostas às excitações exteriores ou interiores, ora por intermédio de sua natureza, ora de acordo com sua condição.

Partindo de um ponto de vista prático, é muito difícil delimitar onde terminaria “nossa natureza” e onde “iniciaria a nossa cultura”. Lévi-Strauss (1982) e Martins (2009) salientam

que é no domínio da primeira que encontramos uma maior regularidade e constância, a partir de heranças biológicas; já na segunda temos a perceptível manifestação de tradições externas internalizadas. Pretendemos, a partir destas ferramentas teóricas e técnicas, instrumentalizar-nos a fim de situar onde, no processo saúde-doença, o cuidado media as concepções de natureza e de cultura.

Ao discutir os aspectos sociais e culturais na assistência à saúde, Helman (2009) apoia-se em Landy (1977) para tratar de dois aspectos inter-relacionados destes sistemas de assistência: um aspecto cultural, que inclui conceitos e práticas normativas compartilhados; e um aspecto social, que engloba a organização da assistência, a partir da definição de papéis, como o de cuidador e ser cuidado, e das regras que regem esses papéis nos ambientes onde são reproduzidos, como hospitais, consultórios, domicílios, dentre outros.

Vale sublinhar que, nas sociedades ocidentais, esses sistemas encontram-se muito bem definidos em profissões, como a das enfermeiras e dos médicos. E num contexto de assistência que gira em torno de uma assistência institucionalizada, aspectos organizacionais regulados por normas e leis tem representatividade bem maior que outros, como, por exemplo, os de países ocidentais. Práticas como cura espiritual e homeopatia, podem ser conhecidas como subculturas (HELMAN, 2009). Essas ilustrações permitem-nos compreender onde o pluralismo de assistência à saúde encontra seus impasses culturais, no momento em que sistemas próprios de uma cultura são difundidos em outra.

Em 1980, o psiquiatra e professor de antropologia médica, Arthur Kleinman, sugeriu em sua obra *Patients and healers in the context of culture* ser possível a identificação de três setores (informal, popular e profissional) sobrepostos e interligados de assistência à saúde, mediante a definição de quem oferece a cura, quem é o ser cuidado, e como se dá a interação durante o encontro terapêutico.

Para Helman (2009), no *setor informal*, relacionam-se pessoas ligadas por laços consanguíneos, de amizade ou pertencimento a organizações religiosas e profissionais, que compartilham pressupostos semelhantes à compreensão do que vem a ser saúde e doença. Podemos aqui localizar a família como principal provedora de cuidados, marcada pelo domínio leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade, onde define-se baseado em suas crenças relativas ao modo de comer, beber, dormir, vestir-se, e até mesmo a condução de seus processos naturais e a necessidade de suprir tais cuidados.

Já o *setor popular (folk)* agrega cuidados tradicionais, compreendendo curandeiros, benzedeiros e outros (GARCIA, 2012). Por se tratar de um setor expandido em sociedades

não-industrializadas, a essência do cuidado é transmitida heterogeneamente, com grande variedade individual de pontos de vista, porém com um enfoque holístico, levando em consideração os mais diversos relacionamentos do ser cuidado com o ambiente, as pessoas, a religião e os sintomas físicos e emocionais (HELMAN, 2009).

Por fim, o setor profissional compreende ocupações especializadas em tratamento em saúde, organizadas legalmente (HELMAN, 2009). Apesar de ser um dos setores de respaldo mais difundido socialmente, é o que mais enfrenta a problemática de insuficiência quantitativa frente às necessidades de saúde da população no mundo, além de hierarquização, estratificação e excesso do uso de tecnologias associadas à perda de autonomia do paciente, implicando em uma relação de dependência e compactuação com a lógica mercadológica da indústria farmacêutica (ARAÚJO, 2014).

Para Campos (2009), o acesso às tecnologias concretiza-se como um dos aspectos mais importantes, consolidando-se como imperativo a ser entendido de acordo com o contexto no qual são aplicadas. Ressalta-se que há significados diferentes para quem usa e para quem depende de seu uso:

Nessa linha, podem significar o desejo de a medicina ocidental controlar e dominar o corpo e seus processos fisiológicos. Já na perspectiva dos doentes, elas podem significar que estão fazendo parte de um processo de modernização das práticas de saúde. Um exemplo disso pode ser encontrado na crescente medicalização do parto e nascimento, por meio da ciência obstétrica moderna. Assim uma das consequências desse processo é justamente o controle do corpo da mulher, no qual o “uso da tecnologia transmite à gestante a mensagem de que seu próprio corpo é meramente uma máquina defeituosa – que precisa ser controlada e direcionada por técnicos (em medicina) e não por ela própria” (CAMPOS, 2009, p. 78).

Fato curioso assinala-se aqui: apesar da possibilidade de profissionais e pacientes terem a mesma origem cultural, a compreensão dos processos de assistência e cura não será dada de maneira nivelada. Ao que parece, profissionais passam por um processo de *enculturação* e posterior *socialização* de concepções de saúde e doença na academia (ARAÚJO, 2002).

Entendendo que estes setores coexistem numa mesma sociedade, e há uma convivência das pessoas com as mais diversas formas de assistência, pode-se apontar que a conveniência dessa estrutura, tal qual a sua manutenção, se dá mediante diferentes tipos de relação dos sujeitos sociais com o ambiente, onde o processo de desgaste do seu corpo é mediado pelo contexto onde se inserem (GUALDA, 2009).

Pode-se admitir que os fenômenos de saúde não ocorrem, ou sequer são mediados, de maneira isolada, natural. É inegável a atribuição de valores aos processos de saúde e doença vivenciados. Assim, Garcia (2012) afirma a necessidade constante que cuidadores sentem de recorrer à interlocução entre os setores de assistência, incorporando saberes e práticas destes no seu dia-a-dia, buscando o desenvolvimento de atividades que alcancem o setor popular.

Assim, o problema principal da antropologia médica vem a ser o modo como as pessoas explicam as causas de suas doenças e os tratamentos que adotam nas diferentes culturas e grupos sociais, com foco na etiologia das doenças, ou seja, as medidas preventivas que as pessoas, enquanto membros de um sistema sociocultural, constroem ou usam para evitar doenças e seus procedimentos ou rituais de cura. (GUALDA, 2009; HELMAN, 2009).

Tomando como ponto de análise o fato de que, para a antropologia, todo conhecimento é culturalmente localizado, e o termo médico advém de práticas de saúde adotadas na presença de doenças, muitos autores têm defendido a terminologia *Antropologia da Saúde e da Doença*. Desde 2001, essa esfera vem sendo anunciada por Minayo, e confirmada por Dulce Gualda em 2009, enquanto campo associado à pesquisa qualitativa crescente nos programas de pós-graduação no Brasil.

Dentro desta área, localizam-se as etnometodologias, que correspondem ao modo pelo qual as culturas pensam as doenças e organizam-se para a obtenção de intervenção de seus cuidadores, partindo das mais diversas possibilidades de sistemas de saúde (GUALDA, 2009). Nesta perspectiva, Brigitte Jordan realizou em 1983 uma pesquisa transcultural sobre o parto em quatro culturas diferentes, tornando-se referência para os estudos do nascimento. Segue-se, então, com Robbie Davis-Floyd, responsável por um estudo comparativo sobre a condução de partos em hospitais e domicílios, em 1992, marco dos estudos de humanização do parto e sua perspectiva enquanto ritual de passagem, a qual vamos abordar mais à frente.

Ainda dentro da perspectiva etnometodológica, é justo assinalar que as conceituações que abarcam saúde e doença serão sempre variáveis, uma vez que partem de pontos de vistas inseridos em diferentes contextos. Vale salientar a intenção da antropologia médica em eleger, sob tal visão, conceitos mutáveis de doença, dependentes de quem o utiliza, sob o uso das palavras *illness, disease e sickness*.

Neste sentido, na língua portuguesa encontra-se a tradução de *illness* para experiência de doença, relacionada aos sintomas e ao sofrimento, correspondendo especificamente à maneira que a pessoa doente responde aos sintomas e deficiências em saúde. De acordo com Gualda (2009. p. 45), “as experiências de comportamento com relação ao adoecimento são

alteradas pela negociação nas diversas situações e nas redes de relacionamento particulares [...]. Dessa forma é que se pode afirmar que as experiências de adoecimento são sempre particulares”.

Já a palavra *disease* é definida como doença em seus termos biológicos, levando-se em consideração uma estrutura biológica ou funcional, provocada por alterações anatômicas, fisiológica e bioquímicas. Enquanto *sickness* refere-se ao entendimento de um problema em seus termos genéricos, abarcando *illness* e *disease*, relacionando-os com aspectos econômicos, políticos, institucionais, dentre outros. É sobre essas bases que os seres sociais vão experienciar a criação dos seus sistemas de saúde.

Por muitos anos, os profissionais de saúde têm suas atividades assistenciais focadas nestes aspectos fisiológicos e biológicos da doença, e na dimensão clínica dos processos. Sugere-se aqui, em detrimento dessas perspectivas, que poderiam estar focando no processo de adoecer ou de concepção de estados de saúde, considerando respostas emocionais e psicológicas aos processos, para além dos processos patológicos (GUALDA, 2009; ARAÚJO, 2014).

Atualmente, reforça-se a lógica de que pacientes sejam tratados como doenças ou casos clínicos, concepção que reduz as pessoas a suas partes físicas, propiciando o desenvolvimento de uma hegemonia médica e, inclusive, de certo etnocentrismo na proposta de assistência profissional à saúde. Neste sentido, problematiza-se a reprodução desta lógica durante assistência ao trabalho de parto e parto (partejar) e o desenvolvimento de assimilações acerca do parir na sociedade atual.

## **2.2 A cultura do parir e do partejar nos estudos do meio urbano**

Ao criticarem o modelo de assistência biomédico em trabalhos muito à frente de seu tempo, Jordan (1983) e Davis-Floyd (1992) abriram críticas à abordagem em saúde baseadas em relações de poder e domínio, em meio à coexistência de vários sistemas de assistência ao parto e nascimento.

Como consequência, podemos afirmar baseadas em Kleinman (1980), que o debate levantado alicerça o entendimento de que, desde as experiências de adoecimento até o reconhecimento de outros sintomas de saúde e busca da cura, somos moldados por modelos culturais dos que sofrem, dos que cuidam e de todos os envolvidos. Portanto, faz-se necessário o entendimento da cultura do parto dentro da antropologia e suas determinações na assistência à saúde.

Concebemos a priori que as sociedades ainda dividem suas populações em duas categorias, concebidas como sexo masculino e sexo feminino, e que essa categorização é determinada por uma série de pressupostos (derivados da cultura onde ocorrem), a partir de atributos de comportamentos característicos para cada indivíduo (HELMAN, 2009).

Para Scott (1995), o gênero corresponde à designação das relações sociais entre os sexos, rejeitando a ideia de natureza dominadora, que explicaria a subordinação da mulher ao homem; trata, portanto, das “construções sociais”, ou seja, da criação social dos papéis categorizados atribuídos aos homens, e aqueles "próprios às mulheres", conformando-as como uma categoria imposta a um corpo sexuado.

Sendo o gênero social o mais flexível e influenciado pelos meios culturais dos indivíduos, a antropologia debruçou-se, em diversas sociedades a identificar o grande escopo de variações de cada categoria, constatando que comportamentos tidos como “masculinos” (ou “femininos”) em determinado grupo pode ser considerado “feminino” em outro.

Segundo Helman (2009), posto que a maioria das pesquisas eram desenvolvidas por homens, até uma época recente, pouco se conhecia dos costumes das mulheres nas sociedades estudadas. Havia dificuldade de “acesso” às questões mais íntimas destas, principalmente no que se refere às suas crenças acerca da sexualidade, gravidez, parto e menstruação. Tal omissão foi rompida com o advento do protagonismo de antropólogas na academia.

A lógica de divisão sexual dos gêneros tem como núcleo de formação primária a própria educação familiar, estruturada dentro da família nuclear composta por pai, mãe, filhas e filhos, A influência do Estado e da igreja são determinantes para a valorização do chamado “sentimento de família” (SZYMANSKI, 2010).

Por conseguinte, surge o reconhecimento da heteronormatividade obrigatória para a constituição familiar, onde seus componentes giram em torno de um patriarca que mina a autonomia das mulheres. Desse modo, modelo nuclear é adotado por toda sociedade. As diferenças atribuídas à divisão sexual dos gêneros são notadas em nosso cotidiano ao observarmos a maneira com a qual percebemos o mundo, as formas de organização do cotidiano e de expressão de nossa subjetividade.

Para Rago (2000), essas diferenças são construídas por uma cultura que se esforçou e esmerou em definir o lugar de cada um, de cada classe, etnia, sexo e idade, reconstruindo a lógica da divisão sexual do trabalho. Assim, enquanto aos homens cabe o papel de atuação em espaços públicos de produção, sejam meios econômicos de sobrevivência, às mulheres são destinados os espaços de reprodução e convívio em ambiente doméstico (HOGAN, 2009).

Além disso, ao considerarmos que, em quase todas as culturas, a assistência à saúde é prestada no setor informal de assistência à saúde, sendo este majoritariamente composto pelos cuidados familiares. Podemos ainda dizer que as principais responsáveis pela assistência em saúde neste setor são, em geral, mulheres – mães, avós – que compõem ainda grupos de auto-ajuda, círculos de cura e assistência comunitária informal (HELMAN, 2009).

No setor popular, as mulheres também desempenham papéis centrais, desde as matriarcas sábias das aldeias às curandeiras espirituais. Entretanto, é no setor profissional que as controvérsias dos papéis de gênero se acentuam. Apesar de constituir maior parte do setor (enfermeiras e parteiras), os empregos de prestígio e justa remuneração estão geralmente nas mãos de profissionais do sexo masculino. Considera-se a classe médica “de certa forma, uma expressão da ideologia social e do sistema econômico dominante, incluindo as suas divisões em estratos sociais e sua divisão sexual do trabalho” (HELMAN, 2009, p.151).

O processo de medicalização pode ser reconhecido como um fenômeno antigo, que torna a medicina controladora da sociedade. Através do saber médico e da intervenção em desvios e patologias que desnaturalizam a vida cotidiana, deixando as pessoas em desarmonia com seu meio (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), “a medicalização do corpo feminino – que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura”.

A cultura do nascimento “informa os membros da sociedade sobre a natureza da concepção, as condições apropriadas para a procriação e a gestação, o funcionamento da gravidez e do parto e as regras e os fundamentos lógicos do comportamento pré e pós-natal” (HELMAN, 2009, p. 159). E, além de ser vista por muitos como um estado público (VICTORA, 1991), a cultura do nascimento apresenta nuances distintas nas sociedades urbanas e rurais.

Voltando à Jordan, em 1983, seu estudo transcultural sobre nascimento nas comunidades Maia (México) em contraste com a assistência altamente tecnológica dos Estados Unidos e a assistência prestada por parteiras na Holanda e na Suécia, constatou o desenvolvimento de maneiras específicas de condução do parto. Estas diferenças estão situadas especificamente na conceituação do processo de tomada de decisão e nos sistemas disponíveis para a mulher em trabalho de parto.

A partir de então, Jordan (1983) sintetizou os conceitos encontrados em quatro categorias: I) evento natural; II) evento estressante, porém fisiológico; III) experiência pessoal

intensa; IV) evento patológico. Nas três primeiras realidades, o parto é considerado uma manifestação de saúde e de cuidados prestados no âmbito familiar, enquanto que na última nota-se a adoção do modelo biomédico, condicionando padrões de comportamento e cuidados próprios a um contexto geralmente hospitalar, com condutas padronizadas e emprego de rituais mais complexos. Neste caso, a variável risco-benefício é analisada no plano final da assistência (GUALDA, 2009; JORDAN, 1983).

Em 1990, Davis-Floyd também contribuiu para a caracterização dos nascimentos, tomando como ponto de análise a perspectiva de 100 gestantes e mães, inseridas no contexto de assistência de enfermeiras, obstetrias e obstetras nos Estados Unidos. Neste estudo adotou-se a perspectiva do nascimento enquanto rito de passagem, considerando que os procedimentos executados no partear conduzem valores centrais da sociedade no qual se insere. A pesquisa ainda aponta para a possibilidade de discussão da tecnologização do processo reprodutivo, associada a uma ideologia na qual o processo tecnológico representa poder político nas sociedades pós-industriais (DAVIS-FLOYD, 1990).

A sofisticação da prática obstétrica, com o uso das tecnologias, tornou-a mecanizada e massificada, acrescida da infinidade de procedimentos utilizados desde a gravidez, atuando, às vezes desfavoravelmente, na mulher, tornando-a insegura e ansiosa, prejudicando o trabalho de parto. Junta-se a esses fatores o contexto ambiental, local de ocorrência do parto (...), o que torna a situação desfavorável para que o parto transcorra de maneira tranquila (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 420).

Em se tratando propriamente dos estudos culturais acerca da parturição no Brasil, análises datadas dos anos de 1980 seguiram a tendência da escola de Gilberto Velho, pensando a relação entre indivíduo e sociedade à mesma época em que surgiam outros estudos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, em paralelo ao advento da repercussão do movimento feminista na academia (CARNEIRO, 2014).

Em 1987, Salem realizou uma etnografia entre casais adeptos da contracultura, tencionando analisar aproximações da tendência de relações igualitárias na preparação para o parto e criação natural, colocando em evidência os debates de uma suposta conjugalidade e sociabilidade nestes processos. A autora pôde comprovar as idealizações das escolhas pessoais e rupturas com as determinações sociais, ainda que limitadas a serviços e realidades privadas e de classe média (SALEM, 2007).

Mais tarde, em 1996, a Organização Mundial de Saúde viria propor uma mudança e reformulação dos paradigmas de assistência pautada no modelo biomédico, dando o pontapé na era da humanização do parto e nascimento nos serviços públicos. As diretrizes



impulsionara no Brasil à tendência de debater o parto enquanto um evento social e à necessidade de mudança das práticas assistenciais, já iniciada pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 1984).

No processo de parturição, pode-se definir humanização como um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis, prevenindo a mortalidade materna e perinatal. Este paradigma enfatiza o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, prezando por intervenções respeitosas e cuidadosas, sem excessos, utilizando recursos tecnológicos de acordo com critérios preestabelecidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Heloísa Paim, ao descrever as concepções de maternidades em grupos populares em 1998, afirmava que essas compreensões não se esgotaram apenas como fato biológico, mas abrangiam dimensões construídas cultural, social, histórica e afetivamente, sendo este fenômeno uma construção simbólica que poderia ser percebida a partir dos diversos significados que uma gravidez pode ter na mesma cultura ou em diferentes culturas (PAIM, 1998).

Em 2001, Carmen Diniz discute em sua tese de doutoramento a implantação de propostas de reorganização da assistência ao parto em maternidades de São Paulo, dentro de uma perspectiva humanizada e baseada em evidências. Seu levantamento sugere que algumas adequações podem favorecer ou limitar o acesso a um parto humanizado, quais sejam, o acesso às instituições e leitos, a comunicação efetiva entre assistentes e assistidos, o manejo adequado da dor e dos tempos no parto, assim como a presença ou não de uma cultura de reconhecimento de evidência científicas e reconhecimento dos direitos das mulheres (DINIZ, 2001).

Necessita-se localizar também as origens da cultura do nascimento na obstetrícia ocidental moderna e urbana, salientando-se alguns pontos que relacionam-se entre si: a) um universo mecanicista regido por leis que podem ser definidas pela ciência de acordo com Descartes, Bacon e Hobbes; b) o dualismo mente/corpo que metaforiza o corpo humano enquanto máquina; c) a teologia cristã que subalternizada a mulher em detrimento do homem, colocando-a no plano natural de compreensão cultural; d) o padrão adotado como corpo-máquina era essencialmente masculino; e) o declínio do papel das mulheres na assistência ao parto, bem como a visão do corpo feminino como uma máquina fora dos padrões, fundamentaram as origens da obstetrícia moderna (DAVIS-FLYOD, 1992).

É importante ressaltar que, apesar dos avanços que permitem resultados importantes na redução da morbimortalidade materna e neonatal, a supervalorização do nascimento enquanto problema técnico acaba por desconsiderar os aspectos culturais da gravidez, transformando-a num evento que abstrai as demais experiências da vida da mulher. Essa compreensão do corpo que passa a ser valorizado por suas potencialidades biológicas, dentre elas a fisiologia da reprodução, suscita-nos a emitir necessárias críticas ao determinismo biológico e sua reprodução nos espaços privados do âmbito familiar e institucional (HIRSCH, 2015).

Recentemente, diante dos avanços propiciados pelas lutas de movimentos feministas em torno do direito à autonomia sobre seus corpos, parto e nascimento, tem-se dirigido estudos de caráter epidemiológicos e sociais que buscam revelar a naturalização da assistência violenta e impessoal aos partos no contexto brasileiro. Em 2010, Gustavo Venturi, junto à Fundação Perseu Abramo, lançou um dado que viria a ser o estopim da necessidade de redirecionamento da discussão da mudança de conformação da assistência ao parto no Brasil para as camadas mais populares: uma a quatro mulheres revelou sofrer algum tipo de agressão física ou verbal durante o parto (VENTURI, 2010).

De acordo com Araújo (2014), a violência obstétrica pode ser conceituada enquanto a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressada mediante tratamento desumanizado, em abuso de medicalização e “patologização” dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Em 2014, a Fiocruz alertou, no inquérito nacional sobre parto e nascimento, Nascer no Brasil, que o problema da Violência Obstétrica atinge prioritariamente mulheres negras, trabalhadoras e atendidas pelo Sistema Único de Saúde, interferindo negativamente na qualidade de seus partos (LEAL; GAMA, 2014).

Um estudo evidenciou fatores que interferem no trabalho de parto e parto de mulheres no Brasil, levantando categorias como o medo advindo das informações dos parentes e amigos e instituição, influência da religiosidade e gestação anterior (BEZERRA, CARDOSO, 2006).

As autoras também salientam que, por estes motivos, não se pode compreender o comportamento da parturiente somente no momento em que se presta assistência à saúde, “há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu a gestação, em que momento

de vida se encontrava a mulher e o seu companheiro, e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento” (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 420). Sendo assim, acredita-se na importância e potencial dos estudos culturais embasando a formulação de práticas assistenciais culturalmente congruentes.

### 3 DELINEANDO A METODOLOGIA DO ESTUDO

Muito se discute na academia sobre as estratégias mais adequadas para garantir-se o rigor da pesquisa científica. Faz-se importante escolher com minúcia o caminho por onde construir uma análise que atenda aos objetivos do estudo se faça coerente com as bases epistemológicas dos referenciais teóricos e metodológicos adotados.

Ao adotar um referencial teórico e metodológico próprio da enfermagem para enxergar as dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado, intenta-se deixar clara a preocupação em buscar contribuições específicas, não só à grande área da obstetrícia, mas à consolidação da enfermagem enquanto ciência.

Concordando com Alcântara et al. (2011), acredita-se na necessidade do enfermeiro estar pautado em teorias de enfermagem para garantir-se uma implementação segura da Sistematização da Assistência de Enfermagem como melhor estratégia para a promoção de cuidados abrangentes e qualificados, conferindo execução de procedimentos técnicos-científicos humanizados durante o cuidado.

Acredita-se na Teoria do Cuidado Transcultural/Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado como uma descoberta sistemática e criativa de conhecimentos sobre um domínio de interesse ou fenômeno desconhecido, reforçando a credibilidade de que uma teoria de enfermagem deve dar conta do indivíduo, famílias, grupos e o seu cuidar, valores, expressões e crenças e práticas baseadas no seu modo de vida cultural, para que se prestem cuidados culturalmente coerentes (WELCH, 2014).

Em 2006, em uma de suas últimas publicações compiladas denominada *Culture care diversity and universality: a world wide nursing theory*, Leininger e McFarland (2006) preocupam-se em apresentar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, cuidadosa e minuciosamente, utilizando-se ainda de elementos técnicos e teóricos que garantam sua coesão em todas as fases da pesquisa.

Para se pensar coerência e coesão interna entre os componentes metodológicos que compõem o campo da prática científica, Bruyne, Herman e Schoutete propuseram em 1991 uma estratégia a partir da concepção de diferentes pólos que determinam um espaço no qual a pesquisa se apresenta como num campo de forças, seguindo determinados fluxos e exigências.

A esta organização dos elementos que alicerçam o espaço metodológico, estes autores dão o nome de *espaço quadripolar da pesquisa*, composto por quatro pólos metodológicos: epistemológico, teórico, morfológico e técnico. De acordo com Trezza

(2002), a configuração de um dos pólos dá-se pela coexistência dos demais, apesar de seus aspectos particulares explícitos ou implícitos. Pode-se afirmar que um pólo é condicionado pela presença dos outros e a coerência da pesquisa é dada mediante interação dialética entre esses.

O **pólo epistemológico** serve como uma forma de verificar a cientificidade do que se está concretizando enquanto pesquisa, explicitando as regras de produção do conhecimento geral e abarcando em si diversas teorias que alcancem o estudo do fenômeno proposto. O **pólo teórico** será capaz de servir de guia para elaboração de hipóteses e construção de conceitos, propondo estratégias para análise e interpretação da realidade, constituindo-se do que se conhece como referenciais teóricos.

Por sua vez, o **pólo morfológico** estrutura a pesquisa, desenhando um método que possa ordenar os elementos científicos a fim de tornar possível o aprofundamento no fenômeno. Constitui-se assim de sistema e modelos estruturais, fundamentados ou não numa teoria.

Por fim, o **pólo técnico** dá as coordenadas de como proceder a coleta e investigação dos dados, empenhando-se em confrontá-los e constató-los de acordo com a teoria sob a qual foi pensada o seu estudo. Verifica-se a importância de guardar a coerência do pólo teórico, podendo indicar também as escolhas mais acertadas a serem feitas pelo pesquisador a depender dos fatos empíricos que suscitem a pesquisa.

### 3.1 Ajustando o objeto ao espaço quadripolar da pesquisa

#### 3.1.1 Pólo epistemológico da pesquisa: estruturalismo

O estruturalismo é dito por alguns dos pesquisadores como uma grande revolução metodológica na história das ciências humanas nos últimos cinquenta anos e, apesar de cair em relativo descrédito por alguns sociólogos, é inegável a sua contribuição para fundamentação dos estudos contemporâneos. Tendo sua origem no estudo estrutural da língua, não demorou muito para o estruturalismo ser introduzido nas Ciências Sociais em um contexto de busca por fenômenos novos enquanto prática, para além de conceitos ou objetos.

Essa teoria parte do conceito de estrutura, como uma composição de elementos visualizados em relação ao todo do qual fazem parte. Portanto, pensando-se numa totalidade, considera-se suas partes subordinadas uma a outra (de forma estruturada), de tal forma que alterações em qualquer destas partes implica no fato do todo precisar ser revisto.

Dentro da antropologia social, Claude Lévi-Strauss deixou a sua contribuição enquanto fundador da antropologia estrutural, considerando a possibilidade de que ciências mais avançadas que a etnologia, em aspectos categóricos, pudessem fornecer aos etnólogos modelos e soluções científicas que seu conhecimento até então não alcançava. Em sua obra *Antropologia Estrutural* (1958), o autor trata da noção de estrutura em antropologia, não a remetendo a uma definição indutiva, fundada apenas na comparação e abstração de elementos comuns. Para ele, as relações sociais, até então simploriamente entendidas como um conjunto de fenômenos observáveis em cada sociedade, não limitam-se a objetos dos estudos da estrutura: são a matéria-prima para a construção de modelos desta.

De acordo com Minayo (2001, p. 9):

A estrutura social não tem qualquer relação com a realidade empírica e sim, com os modelos construídos sobre ela” e, sendo assim, “as estruturas não são realidades diretamente visíveis ou observáveis, mas níveis de realidade que existem e funcionam, constituindo a lógica mais profunda de um sistema social.

Lévi-Strauss define os modelos enquanto objeto das análises estruturais, para serem considerados como tais, devem satisfazer a quatro condições:

Em primeiro lugar, uma estrutura apresenta um caráter de sistema. Consiste em elementos tais que uma modificação de qualquer um deles acarreta uma modificação de todos os demais. Em segundo lugar, todos os modelos pertencem a um grupo de transformações, cada uma das quais correspondendo a um modelo da mesma família, de modo que o conjunto dessas transformações constitui um grupo de modelos. Em terceiro lugar, as propriedades indicadas acima permitem prever de que modo reagirá o modelo em caso de modificação de um de seus elementos. Finalmente, o modelo deve ser de tal modo construído que seu funcionamento possa dar conta de todos os fatos observados (LEVI-STRAUSS, 1958, p. 309).

A partir da definição de modelos sob essa ótica estrutural, seria possível ao pesquisador não apenas observar e detalhar empiricamente as partes do todo, como também analisar e concretizar modelos que permitam a identificação de quais estruturas e medidas culturais, quando alteradas, vão e como vão modificar a totalidade que se estuda.

### 3.1.2 Pólo teórico da pesquisa: teoria do cuidado transcultural

Os esforços para o aperfeiçoamento e fortalecimento da enfermagem enquanto corpo de conhecimento organizado e competente, que pode dar sustentação a uma prática sistematizada, ao ensino e à pesquisa, são notados desde Florence Nightingale e estão

presentes até os dias atuais. Enquanto ciência, a enfermagem possui um conjunto de teorias fundamentadas na prática do cuidado, contribuindo para a formação de uma base fundamentada em conceitos, definições, modelos e proposições (WELCH, 2014).

Quando complementares, teorias e práticas de enfermagem alimentam-se em mútua constância, permitindo a possibilidade de refutação ou continuação da aceitabilidade da própria aplicabilidade da teoria em si e sua implementação na práxis do cuidado de enfermagem (MONTICELLI et al., 2010). Concomitantemente à evolução da prática profissional, estes modelos foram se desenvolvendo e sofrendo adaptações no sentido de validar ou construir formas de interpretar novas práticas de cuidado, congruentes com a realidade cultural do sujeito (MONTICELLI et al., 2010).

No tocante à dimensão cultural do cuidado, é inegável a preocupação da enfermagem com as diferenças existentes entre enfermeiras no exercício do cuidado profissional e os cuidados requeridos pelos pacientes. Como uma proposta a compreender estas diferenças, Madeleine Leininger desenvolveu, entre os anos 50 e 60, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) (MONTICELLI et al., 2010).

Durante mais de quatro décadas, Leininger defendeu que o cuidar, além de essência da enfermagem, é seu aspecto dominante. Para a teórica, este fenômeno complexo é implantado na estrutura social, de modo que as formas, as expressões e padrões de cuidar são variáveis de acordo com a cultura na qual se instale (WELCH, 2014).

Motivada pela crença de que a cegueira cultural, as imposições e o etnocentrismo, reduzem a qualidade do cuidar em diferentes culturas (WELCH, 2014), a teórica dá ênfase à necessidade de reconhecer não só o cuidado profissional mas igualmente, um sistema de cuidado popular (MONTICELLI et al., 2010), propondo à enfermagem a provisão de um cuidado culturalmente congruente com as necessidades do indivíduo.

O cuidado cultural pode ser definido como aquele no qual os “valores, crenças e modo de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outra pessoa ou grupo a manter seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e modo de vida, a enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte” (LEININGER, 1991, p.13). Segundo a Teórica, o mesmo ser diversificado, de acordo com as variações e diferenças nesses padrões, variáveis de acordo com cada contexto cultural; ou universal, mediante símbolos, significados, valores comuns ou similares em diversas culturas, refletindo-se em maneiras uniformes de ajudar, assistir, apoiar ou capacitar pessoas (WELCH, 2014).

Dentro das variáveis, as dimensões das estruturas culturais e sociais sofrerão influências de valores, crenças e práticas de cuidado cultural, englobadas numa perspectiva de mundo e estilo de vida, na língua, no contexto religioso, social, político, educativo, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental; Essas perspectivas podem ainda ser identificadas a partir de paradigmas qualitativos, fornecendo novas formas de conhecimento e percepção, transcultural, das dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado humano (LEININGER; MCFARLAND, 2006; WELCH, 2014).

Partindo-se destes pressupostos, Leininger propôs um método de investigação conhecido como etnoenfermagem, uma combinação da antropologia com a enfermagem reformulada a partir da enfermagem transcultural. Neste aspecto, o processo de enfermagem é orientado à abordagem da observação e participação nas atividades diárias da pessoa com vistas a obter, indutivamente, relatos descritivos e interpretativos, baseados em dados, básico e substantivo, sobre o cuidado cultural. (LEININGER; MCFARLAND, 2006; WELCH, 2014).

Observa-se assim que a fundamentação da etnoenfermagem dá-se no estudo das dimensões culturais nas quais o sujeito está inserido e como estas determinam seus padrões, diferindo da Teoria Fundamentada em Dados de Glasser e Strauss, que baseia-se em aspectos significativos percebidos basicamente em relatos de experiência dos atores sociais estudados, relacionando conceitos tal como eles emergem dos dados e não a partir de pressupostos e postulados (DANTAS, 2009; LEININGER; MCFARLAND, 2006; WELCH, 2014).

Para tornar viável a aproximação do indivíduo com o investigador, a teórica propôs meios que frequentemente contrastam com os mecanismos, ferramentas, escalas e instrumentos de medição utilizados para apreensão de dados quantitativos. Chamados de capacitadores ou facilitadores, esses meios são utilizados para destrinchar melhor os dados gerados acerca do fenômeno, favorecendo o compartilhamento de ideias por parte dos informantes de forma natural e casual (LEININGER; MCFARLAND, 2006), são eles: I) Observação-Participação-Reflexão; II) Estranho-Amigo; III) Sunrise Model e IV) Aculturação .

A Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), é composta por quatro fases de observação, como ilustrado no Quadro 1:



**Quadro 1 – Capacitor Etnoenfermagem Observação-Participação-Reflexão de Leininger**

Fases	1	2	3	4
Focos	Essencialmente Observação e Escuta ativa (não participante)	Observação com limitada participação	Participação essencial com continuada observação	Reflexão essencial e reconfirmação de achados com informações

Fonte: Autora, 2016 - Traduzido de acordo com Leininger; Mcfarland, 2002.

A primeira fase, Observação não participante, propicia uma primeira análise de posturas, gestos, e aspectos estruturais pautados num primeiro contato (SILVEIRA et al., 2009). Na ocasião será informada a finalidade do contato por parte do pesquisador. Estabelecido o contato, segue-se à segunda etapa.

Na fase de Observação participante, a observação continua como foco mais importante, mas alguma participação ocorre (ROSA, 2001). A partir de diálogos direcionados, buscar-se-á identificar e compreender como o grupo exerce suas ações e tomadas de decisão (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003). Para estas etapas pode-se utilizar, como instrumento de apreensão de dados, o diário de campo, para não haver perda de informações relevantes e detalhada sobre os dados observados (QUEIROZ et al., 2007).

Dada a observação e a interação, o pesquisador deve considerar a possibilidade de participação efetiva no cotidiano, mediante as aberturas engendradas através do contato com o grupo estudado. Constitui-se a terceira etapa de observação, onde a participação direta associada à continuidade da observação favorecem a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas dos informantes (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

É após esta fase que a técnica da entrevista semi-estruturada acerca do estudo do fenômeno pertencente ao grupo estudado poderá ser aplicada. Para esta etapa, geralmente utiliza-se como instrumento de apreensão das falas o gravador de voz, seguido da transcrição dos dados (RIBEIRO; RODRIGUES, 2010).

Já na última fase de observação, o pesquisador utilizará observações reflexivas, com a finalidade de fazer uma avaliação das suas prováveis influências nas análises, refinando os acontecimentos. Possibilita-se, assim, a sequência das quatro fases de análise baseada na TDUCC. Procede-se, então, à síntese final de pensamento, contando com a descrição minuciosa do método e os resultados obtidos, após validação dos dados pelas próprias informantes.

Leininger propõe quatro fases de análises para a compreensão e consolidação do processo de enfermagem. Na primeira, é realizada a organização dos dados coletados em diários, gravadores, câmeras, dentre outros. Na segunda etapa de análise, busca-se reconhecer onde os discursos do grupo se aproximam ou se afastam, elegendo as informantes para a próxima etapa. (RIBEIRO; RODRIGUES, 2010).

De posse destas informações, será possível a efetivação da terceira etapa, baseada na comparação e organização dos achados obtidos na entrevista, identificando contextos e padrões que possam determinar aspectos universais e diversos do cuidado (LEININGER; MCFARLAND, 2006; RIBEIRO; RODRIGUES, 2010). Por fim, em sua última fase, segue-se a abstração das categorias e dos resultados e formulações teóricas encontradas.

O segundo capacitor é conhecido como modelo “Estranho-Amigo”, que reconhece os riscos de superposição cultural por parte do pesquisador sobre as pessoas e suas culturas. Sendo assim, a teórica propõe que o investigador transponha a barreira do “estranho”, substituindo-se sua imagem por alguém confiável, amigo. O modelo é composto por seis apontamentos, dispostos no Quadro 2, que indicam a posição do pesquisador à tomada dos dados, tornando possível a análise de qual momento o pesquisador se aproxima ou se distancia da realidade (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

**Quadro 2 – Guia facilitador de Leininger de estranho para amigo confiável**

(continua)

<b>Guia do capacitor Estranho-Amigo de Madeleine Leininger</b>			
<b>Indicadores do Estranho (Visão do estranho)</b>	<b>Dados observados</b>	<b>Indicadores de amigo confiável (Visão do informante)</b>	<b>Dados observados</b>
Propensas a porcentagem a si e aos outros. São vigias e guardiões contra intrusos. Desconfiados e questionadores.		Menos propensas a se protegerem. Mais confiantes nos pesquisadores (seus “vigias não são atentos”). Menos desconfiados e menos questionadoras com os pesquisadores.	
Propensas a observar e atentas ao que o pesquisador faz e diz. Sinais limitados de confiança ao pesquisador estranho.		Observam menos as palavras e ações do pesquisador. Mais sinais de confiança e aceitação quanto ao novo amigo.	

**Quadro 2 – Guia facilitador de Leininger de estranho para amigo confiável**

(conclusão)

<b>Guia do capacitador Estranho-Amigo de Madeleine Leininger</b>			
<b>Indicadores do Estranho (Visão do estranho)</b>	<b>Dados observados</b>	<b>Indicadores de amigo confiável (Visão do informante)</b>	<b>Dados observados</b>
Céticas sobre os motivos e trabalhos do pesquisador. Podem perguntar como as descobertas são utilizadas pelo pesquisador estranho		Menos questionadoras dos motivos, trabalho e comportamento do pesquisador. Cooperar e ajudam o pesquisador como um amigo	
Relutantes em dividir segredos e visões culturais como conhecimento privado. Protetores do modo de vida local, valores e crenças. Não gostam de ser sondados pelo pesquisador ou estranho		Dispostas a compartilharem segredos culturais, e informações e experiências do mundo particular. Fornecem a maioria das visões locais, valores e interpretações de maneira espontânea ou sem questionamentos.	
Não se sentem confortável em se tornar um amigo ou confidenciar com o estranho. Podem chegar atrasadas, não comparecerem aos encontros e algumas vezes fugirem do pesquisador.		Indícios de que estão confortáveis, desfrutando de amigos e dividindo amizades. Fornecem presença, no momento combinado, e oferecem evidências de que estão sendo verdadeiramente amigas.	
Tendem a oferecer dados imprecisos: modificam “verdades” para proteger a si mesmo, sua família, sua comunidade e seus modos de vida culturais. Valores emic, crenças e práticas não são divididos espontaneamente.		Desejam buscar “verdades” para serem objetivas com relação as opiniões, as pessoas” aos valores e aos modos de vida. Explicam e interpretam as ideias emic de maneira que o pesquisador tenha dados confiáveis.	

Fonte: Autora, 2016 - Traduzido de acordo com Leininger; McFarland, 2002.

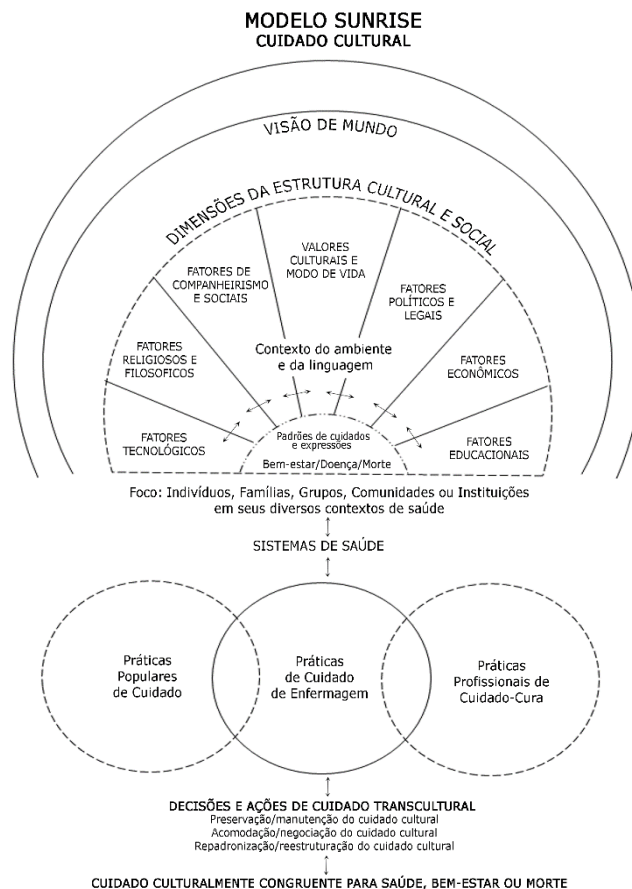
O terceiro capacitador é o Sunrise Model, o qual vamos nos ater no pólo morfológico. O quarto e último capacitador é a avaliação da aculturação relativa ao cuidado em saúde, composto por um questionário semi-estruturado, capaz de fornecer um perfil geral ou avaliação qualitativa da orientação tradicional ou não-tradicional do informante e de seus modos de vida, explícitos ou não, a partir dos influenciadores como valores, modo de vida, tecnologia, política, familiares, dentre outros (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

### 3.1.3 Pólo morfológico da pesquisa: as dimensões culturais do sunrise model

No modelo teórico conhecido como *Sunrise*, ou Modelo do Sol Nascente, ilustrado na Figura 1, a autora estimula ampla exploração das influências, expressões, padrões e práticas de cuidar de indivíduos, grupos, famílias, comunidades e instituições, como meio sistêmico para a tomada de decisão no trabalho em enfermagem, a partir de observação da realidade na qual se insere (ORÍÁ; XIMENES; ALVES, 2006; WELCH, 2014).

Neste método, a enfermeira utiliza-se de ações profissionais que permitem negociar, preservar ou repadronizar o cuidado de acordo com a dinâmica cultural do paciente. Será utilizado como guia metodológico nesta pesquisa. De acordo com Leininger e McFarland (2002), a primeira impressão de enfermeiras ao terem contato com o modelo foi a de que as dimensões culturais envolvidas as ajudaram a ter uma visão holística das culturas, e não apenas dos diagnósticos, sintomas, doenças e pontos de vista médicos.

**Figura 1 – *Sunrise Model*, mapa conceitual que representa a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.**



Fonte: Autora, 2016 - Baseada e traduzida de acordo com Leininger; Mcfarland, 2002.

Para avaliar a visão de mundo, os contextos e os fatores relativos à estrutura social de pessoas, família ou demais grupos, o modelo oferece, em seu nível superior, sete dimensões culturais que serão tomadas para alcançarmos o objetivo desta pesquisa: (1) Modo de vida, valores culturais e práticas; (2) Fatores legais e políticos; (3) Religião, filosofia e crenças espirituais; (4) Fatores econômicos; (5) Crenças educacionais; (6) Fatores tecnológicos e (7) Redes sociais e Laços de parentesco - Fatores Sociais.

#### 3.1.4 Pólo técnico da pesquisa: revista

Ao adotar o *Modelo Sunrise* enquanto capacitador deve-se entender que seus três primeiros níveis envolvem o reconhecimento da estrutura cultural, a fim de que, ao planejamento das possíveis ações de enfermagem, não haja choque de imposição cultural. Para isso, busca-se reconhecer o sujeito em seus sistemas de saúde, de modo que a enfermagem possa constituir um meio de auxílio para uma inter-relação entre os sistemas popular e profissional (MONTICELLI; ALONSO; LEOPARDI, 1999).

Para Duarte (2004, p. 215), “entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados”. De acordo com Seidman (2013), o interesse pelas histórias, ordenamentos de fatos, acontecimentos e reflexões, podem vir a ser o principal motivador da adoção da entrevista enquanto técnica para coleta de dados.

Cabe salientar que seu propósito não deve ser apenas o de fornecer respostas à perguntas específicas ou testar hipóteses, mas compreender a experiência de outras pessoas e os significados atribuídos a esse processo (SEIDMAN, 2013). Caso bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador a coleta de “indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo” (DUARTE, 2004, p. 215).

Em se tratando especificamente da etnografia, Spradley (1979) entende que a entrevista etnográfica pode ser definida como uma “conversa amigável” com os informantes eleitos, desde que as perguntas não tenham um formato estruturado em si, podendo ser amplamente respondidas, sendo o etnógrafo a guiar seu curso.

Aqui, faz-se importante considerar fatores da relação entrevistador-entrevistado, que podem afetar o desenvolvimento da entrevista, influenciando na sua confiabilidade e validade.

Nas fases de observação e entrevista, o pesquisador deve tecer observações acerca de vieses, preconceitos existentes, racismos, conflitos, dentre outros, para minimizar os riscos advindos do etnocentrismo.

Para a redução de vieses e preconceitos, um tempo considerável pode ser investido em cursos com mentores e pesquisadores em enfermagem transcultural. Leininger orienta ainda que, nesta fase da coleta de dados, deve-se estabelecer uma variação de três a quatro horas a uma a duas horas para informantes-chave, e aproximadamente uma a duas horas a 30 minutos para informantes gerais (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Outros riscos comuns às pesquisas qualitativas podem perpassar desde o incômodo com sua duração, quando reações subjetivas ao processo de questionamentos. Sendo assim, podemos contar com riscos interacionais, podendo gerar constrangimentos, estresse, exposição e ansiedade. Neste sentido, Pessalacia e Ribeiro (2011) sugerem que uma medida de prevenção seria a compreensão prévia de todos os sujeitos acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados, além da revisão, por parte do pesquisador, de questões que possam trazer algum tipo de incômodo, observando-se a possibilidade de desistência por parte do entrevistado ou reagendamento de outro momento para entrevista.

Outra possibilidade é a ocorrência dos efeitos da reatividade, percebida como a reação não comum do observado mediante a presença do observador ou equipamentos utilizados no registro de dados. Como medida, “a presença do observador ou de equipamentos pode ser atenuada ocultando-se o instrumental” (VIANNA, 2003, p. 7), além de fazer com que o acompanhamento da observação desperte um mínimo de atração no meio.

Dadas as considerações acima, optou-se pelo uso da entrevista como meio de apreensão de dados enquanto técnica interativa, que permite adaptações a fim de aperfeiçoar as informações desejadas, características marcantes das etnometodologias.

## **3.2 Descrevendo as escolhas metodológicas**

### **3.2.1 Caracterizando o estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado no *Modelo Sunrise* para a descrição do fenômeno estudado, a partir das dimensões culturais propostas por Madeleine Leininger. De acordo com Monticelli, Alonso e Leopardi (1999), o foco dos estudos baseados na estrutura conceitual de Madeleine Leininger seguem para além da interação paciente-enfermeiro, considerando que sua abordagem teórico-prática procura dar conta de focalizar o cuidado em

famílias, grupos, comunidades e instituições, numa perspectiva cultural e holística, sendo este a essência da atuação da enfermagem.

### 3.2.2 O contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no contexto cultural da cidade de Maceió, Alagoas, estado do Nordeste brasileiro cuja taxa de cesarianas – índice considerado como uma das principais medidas auxiliares para avaliação das condições de parto e nascimento em saúde – é de 54,9% em 2014, em comparação a taxa de partos normais de 31,2%, em 2004, de acordo com o DATASUS (BRASIL, 2016).

A cidade é composta por 50 bairros, distribuídos em 8 regiões administrativas. As informantes do estudo estão distribuídas em diversos bairros e regiões da cidade, sendo a territorialidade levada em conta durante descrições específicas de cada cenário adentrado.

### 3.2.3 Caracterização e seleção das informantes da pesquisa

Foram informantes deste estudo 14 mulheres alocadas em dois grupos de acordo com a sua realidade em relação à busca do parto natural humanizado em Maceió: A) Mulheres que desejavam um parto natural humanizado; B) Mulheres que não desejavam um parto natural humanizado.

A necessidade de alocação das mulheres em diferentes grupos partiu da compreensão das diversas possibilidades de contextos que a busca pelo parto natural humanizado, ou o não interesse por este modelo de atendimento, podem suscitar. Além do mais, ressalta-se da importância dos relatos de vivência não planejada deste tipo de parto. Sendo assim, buscou-se evitar situações ou contextos que pudessem concretizar-se enquanto vieses de pesquisa.

Como critérios de inclusão, levou-se em conta mulheres de qualquer idade que tiveram pelo menos um parto no contexto da capital alagoana, e que pudessem ser alocadas em algum dos grupos definidos. O estudo excluiu apenas uma provável informante, em virtude de sua condição de sofrimento psíquico decorrente da não-aceitação de como se deu seu parto.

Para a definição das informantes, especifica-se o uso da técnica de amostragem não probabilística, conhecida como Amostragem em Bola de Neve ou Snowball, que se caracteriza enquanto método utilizado comumente em populações ainda desconhecidas, ou que não podem ser identificadas previamente, motivado pelo fato do levantamento desses indivíduos ser de difícil acesso, longo prazo e/ou alto custo (SALGANIK; HECKATORN, 2014).

O primeiro passo constitui-se no estabelecimento de uma fração da população-alvo do estudo enquanto semente, que, na maioria dos casos, costumam ser pessoas mais acessíveis ao pesquisador ou intimamente indicadas. A semente, quando bem estabelecida, deverá garantir uma variabilidade amostral adequada ao estudo a partir do início do processo de bola de neve, conhecido como onda zero.

A onda zero constitui-se enquanto o ato de pedir que um número  $x$  de sementes indiquem um número de contatos que consideram enquanto população-alvo. Sequencialmente, forma-se a onda um, composta pela população indicada e que não fazem parte da onda zero. As ondas se repetem até o tamanho amostral que o pesquisador julgar adequado (BLANKEN; HENDRICKS; ADRIAANS, 1992).

Estudos da grande área da estatística afirmam que, se o objetivo do estudo é exploratório, qualitativo e descritivo, a amostragem em bola de neve oferece claramente vantagem na obtenção de informações de populações escondidas ou difíceis de encontrar e coletar de outros métodos. (BLANKEN; HENDRICKS; ADRIAANS, 1992). Sendo assim, estes pesquisadores julgam adequado, por exemplo, o uso desta técnica sugerindo a não obrigatoriedade a priori de um controle estatístico do processo de amostragem, pois objetiva-se extrair o máximo de informação sobre a população em estudo.

Para Leininger (1991), não existe um número de amostras necessário em termos qualitativos de investigação. A quantidade é variável de acordo com a finalidade do trabalho de campo desenvolvidos e saturação. Em maci-estudos de etnoenfermagem, encontra-se a variação de 12 a 15 informantes-chave, conquanto haja de 20 a 25 informantes gerais necessários. Num mini-estudo, muitas vezes feito antes de um maxi-estudo, usa-se cerca da metade de informantes: informantes-chave variam de seis a oito e os informantes gerais, dez.

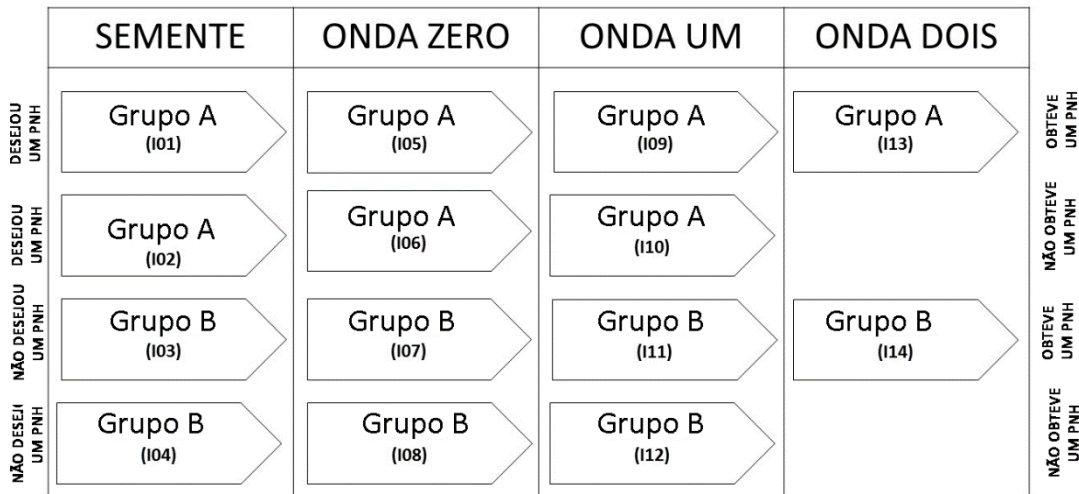
A teórica indica que estudantes de graduação e mestrado se foquem em mini-estudos, enquanto dos doutorandos, espera-se maxi-investigações. Relata ainda que, estes números, para maxi e mini estudos, foram determinados para se estimar a saturação e para atender a outros critérios qualitativos com base em quase cinco décadas de muitos estudos e influência de estudantes e especialistas em pesquisa de enfermagem transcultural (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Em cada grupo foi alocada uma informante pela pesquisadora, gerando-se sequentemente mais seis ondas (zero e um de cada subgrupo, como mostrado abaixo), evidenciando primeiramente 12 informantes-chave para o estudo. Porém, foi levantada a necessidade de geração de mais uma onda para cada grupo, mediante peculiaridades de



subdivisões posteriormente assinaladas (A: Mulheres que desejaram um parto natural humanizado e que alcançaram e Mulheres que desejaram um parto natural humanizado e que não alcançaram; B: Mulheres que não buscaram um parto natural humanizado e de alguma forma obtiveram e Mulheres que não desejavam um parto natural humanizado e não o tiveram), somando-se 14 mulheres. As informantes foram posteriormente identificadas por I-01 (informante 01) à I-14 (informante 14), conforme ilustrado na Figura 2.

**Figura 2 – Representação da seleção de informantes pela técnica *Snowball*.**



Fonte: Autora, 2016.

A aproximação com as mulheres deu-se por meio da vivência da pesquisadora nos mais diversos cenários de assistência ao parto. As informantes sementes foram identificadas a partir das seguintes realidades: I-01) Informante assistida por grupo de parto domiciliar planejado onde a pesquisadora presta assistência; I-02) Informante assistida pela pesquisadora mediante solicitação de doula; I-03) Informante assistida pela pesquisadora em maternidade pública; I-04) Informante assistida pela pesquisadora em gestação anterior à tratada na entrevista.

### 3.2.4 Levantando e analisando as informações do estudo

As entrevistas foram realizadas após contato e consentimento prévio das participantes sementes do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (em duas vias, uma que ficou com a informante e outra com a pesquisadora; APÊNDICE A), como sugerido na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL,

2013), e após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado nº 1.423.003.

As entrevistas foram guiadas pela pesquisadora a partir de um instrumento semi-estruturado, especificado mediante alocação nos grupos A (APÊNDICE B) ou B (APÊNDICE C), e duraram cerca de 1h20min a 2h para o grupo A, e 40min a 1h para o grupo B.

O local de realização das entrevistas foi previamente pactuado entre pesquisadora e informantes. Para garantir a segurança da apreensão das coletas, realizaram-se gravações duplas dos áudios. Nos casos necessários, as gravações foram posteriormente tratadas em software de equalização, de modo a serem transcritas na íntegra, para a preservação de todo o conteúdo. Foram conservadas, ainda, as anotações do cenário, predominantemente o lar das informantes. De posse das transcrições, os documentos foram lidos repetidas vezes, a fim de caracterizar elementos suscitados pelas informantes em seus depoimentos, distribuindo-os nas quatro fases de análise propostas por Leininger (LEININGER; MCFARLAND, 2002), referencial teórico e metodológico do estudo.

Na primeira fase de análise, organizaram-se os dados em 10 categorias temáticas: I) Dados de identificação da informante, parto e de alocação nos grupos; II) Modo de vida; III) Entendimento acerca do parto natural e parto normal; IV) Significados atribuídos à parturição; V) Núcleo familiar, rede social e núcleo educacional; VI) Aspectos religiosos e políticos; VII) Compreensão acerca das políticas públicas; VIII) Motivos que a levaram a decidir pelo tipo de parto; IX) Preparação para o parto; e X) Impressões positivas ou negativas acerca do parto que teve. A segunda fase de análise tratou da distribuição das informações no primeiro nível do diagrama do *Modelo Sunrise*, apresentado no item 2.1.3 deste trabalho, a fim de garantir o levantamento da influência destes fatores nos padrões e expressões de cuidado identificadas.

Na terceira fase, analisaram-se os contextos e padrões universais e diversos levantados em cada categoria, correlacionando-os enquanto elementos mais determinantes para: a) potencializar ou auxiliar as informantes nesta busca; ou b) pontos que) dificultaram, não propiciaram ou implicaram na sua desistência ou não interesse pelo PNH. Na quarta fase, seguiu-se a abstração das categorias e distribuição dos resultados encontrados em formulações teóricas, que permitiam alocá-los em sistemas populares ou sistemas profissionais de saúde e estabelecer formulações assistenciais de enfermagem para favorecer o parto natural humanizado de forma culturalmente congruente com o contexto da capital alagoana.

## 4 ENCONTRO COM O OBJETO DO ESTUDO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Adentrando o contexto estudado

Neste primeiro item, consideramos conhecer um pouco das mulheres que colaboraram com este estudo, bem como os partos e nascimentos que compuseram o plano analítico da pesquisa. Procuramos repassar uma breve descrição da realidade social na qual estiveram inseridos os relatos e a sua aproximação com o objeto de estudo.

#### 4.1.1 Conhecendo as informantes

Ao nos depararmos com a realidade da busca pelo parto natural humanizado, fez-se necessário a caracterização das informantes em dois grupos, como já assinalamos anteriormente. Sendo assim, vamos tomar, como ponto de partida para descrição e análise dos contextos e padrões, dois grupos de análise: A) as mulheres que desejaram parto natural humanizado e, B) as que não desejaram um parto natural humanizado. Cada grupo foi composto por 7 informantes.

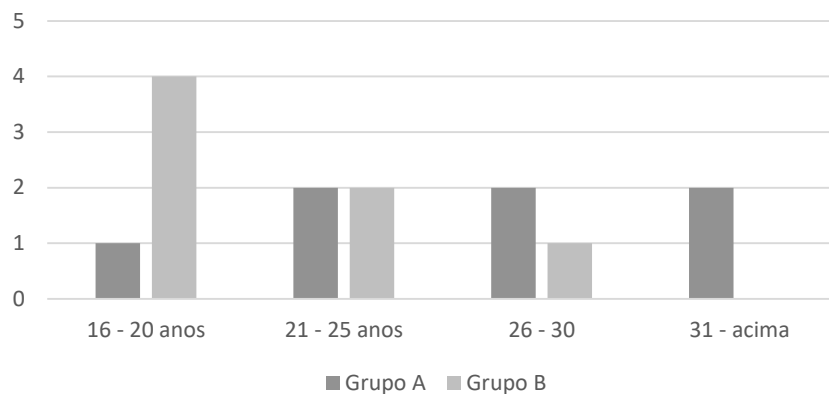
Como dito anteriormente, as informantes dos Grupos A e B têm como contexto universal residirem em Maceió, a cidade mais populosa do estado de Alagoas que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), contava com aproximadamente 1.013.773 habitantes em 2015, sendo 99% dessas pessoas em área urbana. O município apresenta uma rede de comércios e serviços baseados em uma economia informal somada a uma má distribuição de renda e à pobreza gerando os piores indicadores sociais do país (SILVA, 2011), dentre eles baixa escolaridade e elevada taxa de cesarianas.

Para caracterizar estas informantes no contexto supracitado, utilizaram-se as variáveis idade, estado civil, bairro, renda, escolaridade, ocupação principal; e dados acerca do parto, como paridade, parto planejado, parto que se concretizou e local do parto, dispostas em quadro sinóptico colorido conforme grupos de análise estabelecidos (Quadro 3). Para maior entendimento acerca da caracterização das vias, tipo e condução dos partos das informantes, utilizamos as variáveis relacionadas ao parto no item 4.1.2 *Conhecendo o desfecho dos partos: entre ritos e realidades de saúde pública*.

De acordo com a idade, as mulheres do grupo A localizam-se na faixa etária de 20 - 31 anos, com idades bem distribuídas por todas as faixas etárias, enquanto as do grupo B localizam-se na faixa dos 18-28 anos, com prevalência na faixa-etária menor que 20 anos (quatro informantes), conforme ilustra o Gráfico 1.

No tocante ao estado civil, quatro das sete mulheres do Grupo A estavam casadas ao planejar um parto natural humanizado, enquanto no Grupo B, cinco, mas não planejavam este tipo de parto. Estes dados, combinados com o tempo de relacionamento e demais aspectos relacionados à rede de apoio, serão fundamentais para a descrição dos fatores sociais e de companheirismo relacionados à busca do parto natural humanizado, discutidos mais à frente.

**Gráfico 1 - Distribuição de faixa-etária por grupo de análise**



Fonte: Autora, 2016.

Outra divisão marcante foi evidenciada no tocante à escolaridade das informantes. Enquanto todas as mulheres que demonstraram interesse pelo parto natural humanizado têm ensino superior completo em universidade pública, quatro com pós-graduação concluída ou em andamento, as mulheres que não planejaram um parto natural humanizado, mas tiveram um, não têm ensino superior: a I-14 não concluiu o ensino fundamental e as I-03 e I-07 concluíram até o ensino médio. Apenas a informante I-11 está cursando ensino superior, numa faculdade privada. Torna-se possível estabelecer correlação imediata com o fator renda, uma vez que sua realidade de classe difere das demais.

De acordo com Costa e Silva, Prates e Campelo (2014), no que diz respeito aos aspectos sócio demográficos relativos à gestação, a chegada de uma criança interfere na trajetória acadêmica de mulheres, refletindo ainda nos baixos índices de escolaridade de mães jovens, fruto da evasão escolar, abandono das salas de aula e dificuldade de retorno por conta dos cuidados para com a criança.

**Quadro 3 - Identificação das informantes da pesquisa conforme grupo de alocação (I, II, III, IV) e grupo de análise (A e B).**

ID. GRUPO	IDADE		ESTADO CIVIL		BAIRRO	RENDA (Salários mínimos)	ESCOLA-RIDADE	OCUPAÇÃO PRINCIPAL		PARTO				
	PARTO	HOJE	PARTO	HOJE				PARTO	HOJE	PARTO PARIDADE	GESTAÇÃO PLANEJADA	PARTO PLANEJADO	PARTO QUE TEVE	LOCAL DO PARTO
I01 / I	31	32	Casada	Casada	Serraria	12	Pós-graduada	Enfermeira Obstetra	Enfermeira Obstetra	G2P1A0 (gestante)	SIM	PNH	PNH	Domicílio
I02 / II	31	31	Casada	Casada	Bom Parto	5,6	Pós-grad. em andam.	Mestranda	Mestranda	G1P1A0	NÃO	PNH	Parto dessassistido	Domicílio
I03 / III	23	25	Casada	Casada	Vergel	2*	Médio completo	Do lar	Do lar	G1P1A0	NÃO	Parto normal	PNH	Maternidade SUS
I04 / IV	28	28	Casada	Casada	Cruz das Almas	4	Superior em andam.	Autônoma	Autônoma	G2P1A1	NÃO	Cesariana	Cesariana	Maternidade particular
I05 / I	28	29	Solteira	Solteira	Feitosa		Superior completo	Func.pública	Func.pública	G1P1A0	NÃO	PNH	PNH	Maternidade particular
I06 / II	22	29	Solteira	Solteira	Jatiúca / SP*	*	Superior completo	Estudante	Func.pública	G1P1A0	NÃO	PNH	Cesariana	Maternidade particular
I07 / III	19	20	Casada	Casada	Vergel		Médio completo	Do lar	Do lar	G1P1A0	NÃO	Parto normal	PNH	Maternidade SUS
I08 / IV	19	20	Casada	Solteira	Benedito Bentes	1-2*	Fundamental incompleto	Do lar	Do lar	G2P2A0 2º parto	NÃO	Não planejado	Cesariana	Maternidade SUS
I09 / I	20	22	Casada	Solteira	Antares	4,5*	Pós-grad. em andam.	Mestranda	Mestranda	G1P1A0	NÃO	PNH	PNH	Domicílio
I10 / II	24	28	Solteira	Solteira	Serraria	*	Pós-graduada	Estudante Universitária	Professora Universitária	G1P1A0	NÃO	PNH	Cesariana	Maternidade particular
I11 / III	19	21	Solteira	Solteira	Jaraguá	3*	Superior em andam.	Estudante Universitária	Estudante Universitária	G1P1A0	NÃO	Parto normal	PNH	Maternidade SUS
I12 / IV	22	26	Casada	Casada	Serraria	4	Pós-graduada	Estudante Universitária	Enfermeira Obstetra	G2P2A0 1º parto	NÃO	Cesariana	Cesariana	Maternidade particular
I13 / I	25	26	Casada	Casada	Ponta Grossa	3*	Superior completo	Estudante Universitária	Vendedora	G1P1A0	SIM	PNH	PNH	Domicílio
I14 / III	18	21	Solteira	Casada	Bom Parto	1	Fundamental incompleto	Do lar	Do lar	G1P1A0	NÃO	Parto normal	PNH	Maternidade SUS

Fonte: Autora, 2016.

Legenda: ■ Grupo A – mulheres que desejaram ter um parto natural humanizado e obtiveram ou não o resultado esperado;

■ Grupo B – mulheres que não desejaram ter um parto natural humanizado e obtiveram ou não o resultado esperado.

\* Renda compartilhada com na ocasião de divisão de moradia com os pais/responsáveis.

Um estudo longitudinal de associação demográfica, realizado com 119 gestantes na Bahia em 2005, evidenciou relação entre idade menor que 20 anos, baixa escolaridade e situação econômica desfavorável (COSTA; GUILHEMB; WALTERC, 2005). Essa mesma tendência foi evidenciada em 2014 por Weidle et al., num estudo com 81 gestantes, onde apenas 3% das gestantes vinculadas ao serviço público tiveram acesso à educação superior. Estes fatores constituem, ainda, potenciais riscos gestacionais, e ainda baixo peso, conseqüentemente aumento de morbimortalidades perinatais (BRASIL, 2015; COSTA; GUILHEMB; WALTERC, 2005; LEGUIZAMON JÚNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

As mulheres do grupo B, por sua vez, evidenciaram outras experiências relacionadas à classe, escolaridade e ao privilégio de escolha, que podem ser atribuídas à sua não busca pelo parto natural humanizado e concretização da sua vontade inicial, cesariana, em serviços particulares associados à rede suplementar de atenção à saúde. Quanto à escolaridade destas mulheres, duas das três têm vivência superior acadêmica, uma delas pós-graduada (I-12) e outra pós-graduanda (I-04), ambas em universidade pública. Já a informante I-08, apesar da baixa escolaridade, referiu acesso à renda dos avós para concretização do parto por via alta, retomando a observação quando à presença de influência de dimensões econômicas.

Ao relacionarmos a ocupação das informantes, notaremos que todas as mulheres do Grupo A possuem uma realidade de empregos formais e/ou vinculados à prática acadêmica. Neste caso em particular, todas foram ou estão vinculadas a universidades públicas. Já quanto às mulheres do Grupo B, cinco das informantes atuam exclusivamente no lar, como donas-de-casa e cuidadoras de seus filhos e filhas, e apenas duas, I-08 e I-12, referem ocupação fora do lar - a primeira trabalhadora autônoma e a segunda trabalhadora formal. Estas últimas são especificamente as duas citadas no contexto anterior de acesso ao ensino superior.

Quanto à distribuição das mulheres nos bairros de Maceió, pode-se considerar a alocação uniforme nos grupos de análise. Nesta situação, observa-se que seis mulheres do Grupo A moram em bairros de conhecida concentração da classe média alta e alta (Classes A a C). Somente uma informante deste grupo é moradora de bairro periférico, bairro do Bom Parto, que agrega pessoas de classe média baixa e pobre, localizadas entre as classes D e E. Porém, aqui convém correlacionar este dado às categorias de análise renda por salários mínimos (SM) e escolaridade, já que a mesma possui renda concentrada na classe C e possui pós-graduação (mestrado) em andamento.

Já para o Grupo B, temos a localização balanceada das informantes em bairros de caráter semi-periférico e periféricos, onde pode-se encontrar grupos sociais localizados nas

classes D e E, inclusive abaixo da linha da pobreza. Segue-se como exemplo alguns conjuntos habitacionais do bairro do Vergel do Lago e Benedito Bentes, campeões de denúncias em relação ao aumento da criminalidade nos noticiários locais e que juntos somaram 1/4 dos registros de homicídios entre 2007 e 2012 (SILVA, 2011).

**Quadro 4 - Relação da distribuição das informantes por bairros e renda em Maceió, 2016.**

Grupo A	Grupo B
Serraria	Vergel
Bom Parto	Cruz das Almas
Feitosa	Vergel
Jatiúca	Benedito Bentes
Antares	Jaraguá
Serraria	Serraria
Ponta Grossa	Bom Parto

Legenda (IBGE, 2015; ABEP, 2015)	
	Classe A (acima de 20 SM)
	Classe B (10 a 20 SM)
	Classe C (4 a 10 SM)
	Classe D (2 a 4 SM)
	Classe E (2 SM)

Fonte: Autora, 2016.

#### 4.1.2 Conhecendo seus partos e significados: entre ritos e realidades de saúde pública

Por anos, os profissionais de saúde têm fornecido atividades assistenciais focadas nos aspectos fisiológicos, biológicos, e na dimensão clínica dos processos saúde-doença das pessoas assistidas. Neste sentido, problematizamos aqui a reprodução desta lógica durante a assistência à gestação e ao parto, e o desenvolvimento de decisões e significados atribuídos por nossas informantes ao parto natural humanizado.

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

A necessidade de aprofundar o entendimento das mulheres acerca de suas concepções sobre parto natural humanizado foi percebida a partir do momento em que estas relataram motivações e planejamento de sua gravidez e parturição. Cientes de seu contexto sociocultural, as informantes adquiriram de outras pessoas os saberes sobre o processo do parto em si. Geralmente as mulheres expressam um temor às dores intensificado pelas histórias ouvidas, sobre dor e sobre como poderiam chegar ao extremo oposto da saúde, a morte (VELHO; SANTOS; COLAÇO, 2014).

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

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

[...] a via vaginal no caso é obrigatória no parto natural, porque não existe parto natural cirúrgico, uma vez que a cirurgia é a maior intervenção que existe na medicina obstétrica. (I-06)

No contexto da atenção ao parto no sistema público, faz-se forte ainda a dicotomia da que consiste na alta incidência de violência obstétrica cometida na assistência aos partos vaginais *versus* cesarianas desnecessárias. A partir desse entendimento, e levando-se em conta os procedimentos ainda rotineiros na assistência ao parto vaginal -como uso da episiotomia, a administração de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto, amniotomia sem a prévia autorização, realização da manobra de Kristeller, o frequente toque-, parece haver necessidade de definição de outros aspectos universais para ampliar a compreensão das informantes.

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

É um parto em que a mulher [...] vai ser a autora principal do parto sem intervenções desnecessárias, o corpo que vai fazer tudo [...] (I-09)

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

[...] aquele parto onde a mulher segue seus instintos é uma coisa bem animal mesmo, onde ela não tem intervenção externa, interferência externa. Eu sempre me associo ao parto dos animais né, onde eles buscam sentir as



emoções, no caso as contrações e também é uma coisa assim que não tem [...] (I-01)

Nota-se, ainda, a preocupação das mesmas informantes em sinalizar que alguma intervenção possa ser necessária, o que demonstra a compreensão de que o trabalho de parto e parto são processos de saúde que determinam alterações homeostáticas necessárias para sua evolução, e que estas podem e devem ser avaliadas por um profissional competente. Aqui salienta-se que os possíveis riscos, por si só, não impedem a gestante de evoluir o curso normal do parto, necessitando sempre existir uma razão válida para interferir no processo natural, seja de maneira medicamentosa ou cirúrgica (BASTON; HALL, 2010).

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

Esta perspectiva corrobora com o conceito de que o parto natural consiste numa assistência sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o processo de parturição (trabalho de parto, parto e puerpério), em que o cuidador oferece suporte emocional e científico à mulher e/ou familiares. Neste tipo de tratamento, estimula-se o empoderamento individual e as relações terapêuticas benéficas centradas na fisiologia e autonomia da mulher e suas escolhas livres e esclarecidas num contexto biológico, social, cultural e espiritual próprio (CRUZ, 2009; MAIA, 2010)

Porém, a assistência ainda prestada por profissionais de saúde, majoritariamente formada por experiências de parto normal, caracteriza-se por uma relação impessoal, no qual os profissionais estão distanciados do ser que recebe e as relações são assimétricas, baseadas na comunicação não verbal (CRUZ, 2009). É neste sentido que, para cinco das sete mulheres do grupo que não buscou um parto natural - grupo B -, as concepções de parto natural são diversas, mas unificam-se ao tomarem a forma como essa assistência é prestada, e quanto aos recursos utilizados para tal como qualificadores de sua compreensão acerca deste tipo de parto:

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

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

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

Os qualificadores de parto natural utilizados pelas mulheres do grupo B deixam implícita a via de parto vaginal e a aproximação de um contexto que respeite as necessidades de conforto das mulheres. Citando as boas práticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) para o manejo do parto e nascimento estão as técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor, enquanto meio para este conforto, sem entretanto dispensar assistência profissional - relação muito difundida nas discussões de assistência humanizada ao parto nascimento. Essas tecnologias podem promover o conforto, reduzindo riscos e instituindo cuidados eficazes e apropriados às necessidades das mulheres, ressaltando uma relação profissional-paciente humanizada, ancorada no diálogo genuíno e no respeito à dignidade humana (PEREIRA; BENTO, 2011).

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

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

O parto humanizado é aquele em que a mulher, as vontades da mulher são respeitadas, e o ambiente para a criança é o menos desrespeitoso possível, porque o ato de nascer já é um ato violento. (I-09)

Autoras como Seibert et al. (2005) trazem como base de seu discurso a humanização do parto enquanto um exercício do “abrir mão” da condução profissional do processo de parturição, entregando a mulher a liberdade de escolha. Esta visão corrobora com a apresentada por informantes deste grupo:

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

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

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

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

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

Porém, ao serem questionadas sobre a possibilidade de seus partos hospitalares serem classificados como humanizados, as mesmas informantes afirmam crer que sim. No entanto, reconhecem a possibilidade dos mesmos terem “fugido à regra” do que se espera no contexto hospitalar, reforçando a dicotomia “parto vaginal com muitas intervenções *versus* cesariana mal indicada” dos Sistema Único de Saúde e sistema suplementar de atenção à saúde, respectivamente. Uma vez assimilada, tal relação expôs às pesquisadoras o porquê da frequente associação de assistência humanizada com a assistência domiciliar:

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

atendimento foi ótimo. [...] [porque] nem todos são assim, com pessoas que dá força, né, com pessoas que são educadas. (I-03)

[...] eu vejo muitas pessoas que reclamam “Você teve sorte” o povo fala “Ah, você tem que ter sorte com a equipe que você pega”. No caso eu tive sorte, porque eu acho que fui tratada muito bem [...] (I-07)

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

Nesta perspectiva, reflete-se que os estudos levantados por Velho, Santos e Collaço (2014) sobre parto normal e cesarianas têm abordado problemas associados à organização da assistência, perpassando desde a qualidade da atenção obstétrica e os ainda elevados índices de cesariana até o significado da parturição para as mulheres. Por isso, a partir da análise do que as informantes compreendem sobre parto natural humanizado, foi possível associar os motivos pelos quais estas mulheres relataram acreditar terem sido incentivadas, ou não, a buscarem este tipo de assistência.

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

Em um dos casos (I-02), a autonomia sobressaiu-se aos demais motivadores, tendo a informante desejo de planejar um parto domiciliar, porém os custos não se adequavam à sua renda. Sendo assim, ao entrar em trabalho de parto a mesma permaneceu em domicílio, evoluindo para um parto desassistido:

[...] eu estava grávida eu queria que fosse uma experiência minha, que eu realmente parisse o meu filho e não que ele fosse tirado de mim. Aí, só que eu sempre tive em mente essa vontade de ter em casa, e eu tinha pensado em fazer exatamente isso em ter e casa e depois pedir assistência, mas como eu tava com a doula desde o começo da gravidez e ela veio pra cá pra ficar comigo quando eu comecei a ter as contrações, e a gente ficou acompanhando a evolução pra quando tivesse já perto do parto, de acontecer o expulsivo ir pro hospital. Aí, eu fiquei tentando dissimular as contrações porque eu queria ficar em casa, mas é claro que ninguém consegue dissimular a contração [...] aí [...] eu não tava nem entendendo o que o povo tava falando, mas quando ela falou: HOSPITAL; aí pronto, eu me senti acuada, aí eu saí correndo pro banheiro e empurrei a [a doula] saí correndo pro banheiro, [...] e a [a doula] dizendo: “não faça isso!” (risos) e eu não queria saber, na hora eu não tava pensando se isso podia ser prejudicial a alguém, ou se eu tava fazendo alguma coisa certa ou errada [...]. Então aí eu fiz força em pé no banheiro da minha casa, aí pronto! [...] Então eu só

desejava isso, que toda mulher pudesse ter o parto que, sem querer, eu tive. Não precisa de muita falsificação, não precisa de muito equipamento, não precisa de guru, nem de vela, nem de altar... [...] eu tive um parto que eu sempre sonhei (voz trêmula) e isso não tem dinheiro que pague [...] (I-02)

Já os estudos individuais acerca da parturição e da violência obstétrica, e a participação em fóruns virtuais, foram práticas citadas por todas as mulheres que buscaram um parto natural humanizado, somando-se ainda à ciência dos benefícios maternos e fetais do parto natural humanizado:

Porque como eu tinha estudado, eu sabia que era o melhor para o bebê e era melhor para mim pra minha recuperação também. [...] E também porque a minha irmã teve um parto cesáreo e quando eu vi a filmagem do parto eu fiquei horrorizada com o que eles fizeram principalmente com a minha sobrinha. Aí eu não queria que eles fizessem isso com meu filho. (I-02)

Eu tinha lido algumas coisas... no processo da gravidez eu tentei me manter informada [...] eu não queria sofrer procedimentos desnecessários, em relação a corte, injeção e nem que nada disso chegasse nele [no recém-nascido], eu queria que ele nascesse com o mínimo de intervenções possível. (I-05)

Como motivadores diversos, as pesquisadoras perceberam experiência de trauma advindo de violência obstétrica com pessoas próximas da família:

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

Em se tratando especificamente da figura materna, como apresentado no relato anterior, todas as informantes, independentemente do grupo, ressaltaram a “grande-mãe” ou matriarcas de sua família como motivadoras e exemplo de experiência que queriam para si, justificando algumas vezes sua inclinação ao parto vaginal, independente de como ocorresse, como veremos mais à frente, ao destrincharmos a dimensão “Fatores sociais”.

Faz-se aqui a necessidade de assinalar que, ao entrevistarmos as mulheres do grupo B, como a informante I-03, foi possível fazer mais uma divisão - não em relação ao tipo de parto que buscavam especificamente, mas sobre o que concebiam como sua realidade de saúde coletiva. Deste grupo emergiram dois subgrupos: B1) mulheres que acreditavam que sua realidade de acesso ao Serviço Único de Saúde só lhes permitiriam um parto definido pelos profissionais de saúde que as assistiram. Por isso, não criaram expectativas em relação a um

parto natural humanizado, embora quisessem num primeiro momento um parto vaginal, e B2) Mulheres que conheciam os benefícios do parto natural e, ainda assim, optaram por cesariana eletiva na rede suplementar de saúde (privada) por outros motivos.

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

No tocante à dor, uma série de estudos esboça que é uma característica frequentemente associada ao parto vaginal, com intensidade maior do que a expectativa, e com outros procedimentos inesperados que contribuem para a elevação desses níveis dolorosos, como amniotomias ou ocitócitos a fim de acelerar o trabalho de parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Independentemente da forma como se manifesta, a dor é uma parte inseparável do cotidiano, constituindo-se para além de um evento neurofisiológico, e envolvendo fatores sociais, psíquicos e culturais (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). Sendo assim, são as “expectativas culturais de um grupo em relação a dor e a sua aceitação da dor como uma parte normal da vida que determinarão se a dor será vista como um problema clínico que requer solução clínica” (HELMAN, 2009, p. 171).

Duas informantes citaram aversão à dor enquanto motivadoras ou justificativas para a intervenção de um parto cirúrgico, efetuando correlação direta com suas realidades econômicas:

Eu quis cesariana desde o começo, desde que peguei o exame [...] porque eu não gosto de sentir dor, humanizada ou não humanizada, com alguém perto de mim, eu não gosto de sentir dor [...]. É inimaginável uma mulher poder escolher uma cesariana no SUS, mesmo que ela tenha direito à escolha [...] mas aí eu consegui um plano de saúde e tive minha cesariana como eu queria. (I-04)

Eu já tinha tido um parto e não queria mais sentir aquela dor de novo [...] meus avós também estavam ansiosos como eu e eu acabei aceitando dinheiro deles pra fazer a cesariana com um médico que meu avô conhecia. (I-08)

Já as informantes do subgrupo que não planejou um parto natural humanizado - mas teve um parto que contemplou as boas práticas obstétricas - citaram a possibilidade de se submeterem a uma cesariana por medo de intercorrências ou da dor, apesar de correlacioná-la com o processo natural de parturição, inevitável no contexto do SUS que lhes competia.

Sendo assim, em algum momento aceitaram a condição pelo fato de não terem acesso à plano de saúde, contexto ou renda que garantisse a escolha por um parto cirúrgico:

[...] porque no tempo eu não tinha plano de saúde. [...] Hoje eu tenho plano. [...] Aí fui para o SUS, fiz meu pré-natal no SUS também, só algumas “ultrassons” que foram pagas, mas o resto foi tudo pelo SUS [...] pensei só o parto pelo SUS porque não tinha plano. [...] na hora eu pedi tanto pra fazer cesárea, porque eu não tava aguentando a dor o resto. (I-03)

Salienta-se, por outro lado, cinco das sete mulheres do grupo A apresentam uma realidade de saúde ancorada no sistema privado de assistência, renda acima de quatro salários mínimos. Já as outras duas foi acessível algum planejamento financeiro para o parto, o que lhes propiciou mais opções relacionadas à assistência domiciliar, ou intra-hospitalar, com profissionais e acompanhantes de sua escolha. Torna-se explícito que, entre os determinantes para este grupo, sobressaem-se o acesso à tecnologia e torna possível a determinação de um corte de classe representativo para a busca destas mulheres.

Entende-se, desse modo, que os significados e decisões das informantes acerca dos seus tipos de parto estão intimamente relacionados com seus contextos e vida e compreensão de seu processo saúde doença atrelados à parturição. A universalidade ou a diversidade dos significados tomados para suas buscas ou não buscas pelo parto natural humanizado estão postas de acordo com a estruturas culturais específicas ou predominantes e/ou sua correlação com as demais, como abordaremos a seguir.

## **4.2 Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural**

Neste inter texto, trataremos destas dimensões de acordo com o levantamento das compreensões únicas e diversas dos dois grupos estudados, elaborando três subtópicos que agregam as sete dimensões relacionadas de acordo com a proximidade exposta pela visão de mundo das informantes.

### **4.2.1 Compreensões acerca da construção “eu” no contexto: Modo de vida e ideologias**

Nesta dimensão, Leininger esclarece que o levantamento de valores culturais pode auxiliar o enfermeiro a pensar em cuidados sejam valorados positivamente pelos pacientes (LEININGER; MCFARLAND, 2002), correspondendo às suas expectativas em relação à assistência em saúde esperada ou desejada.

Ao questionarmos às informantes sobre suas compreensões de vida e como relacionavam-se com seu parto, observou-se que a indagação trouxe, num primeiro momento,

reflexões intensas e dificuldades para caracterizar uma resposta. Todas as informantes utilizaram, em algum momento, a palavra “simples” para expressar diversos pontos de vistas relacionados a atributos diferentes e, apesar todas viverem em Maceió, podemos identificar um recorte específico entre os dois grupos de informantes.

O grupo de mulheres que desejou um parto natural humanizado é composto totalmente por universitárias e pesquisadoras acadêmicas, mulheres que vivem o cotidiano atribulado da cidade, dividem sua vida entre estudos acadêmicos e empregos formais, e que se dedicaram conscientemente à realização profissional, postergando o quanto puderam a gestação. Além do mais, em sua totalidade são “mães de primeira viagem”.

Essas mulheres, ao relatarem simplicidade cotidiana, atribuem-na ao fato de que não possuem apego à sofisticação e a bens materiais, embora de certa forma tenham acesso privilegiado aos mesmos, seja por meio de sua renda ou devido ao acesso à informação. Por vezes, o “simples” significou contato com valores e aprendizados familiares, levando-as ao desejo de parir em seu próprio lar, porém de maneira ressignificada, pela compreensão do processo do parto natural humanizado e seus benefícios.

Apesar da alocação em dois grupos ao longo de todo este estudo, nota-se a quase impossível tentativa de extrair a universalidade das compreensões de vida dessas mulheres, encontrando o elo que as ligava num movimento visivelmente contracultural à instalada cultura da cesariana e da violência obstétrica posta, que as informantes parecem seguir voluntária e esclarecidamente.

Nogueira (2013) sugere que o parto depende da individuação, processo definido por Jung (1985) como a constituição e particularização da essência individual e desenvolvimento psicológico do entendimento íntimo do indivíduo em conexão intensa com o seu universo. Para Nogueira (2013), o parto suscita seqüente mudança de olhar para o seu modo de gestar e parir, algo que, somado ao acesso à informações acerca dos benefícios do parto natural para a mulher e o recém-nascido, vão de encontro à prática indiscriminada de cesarianas instalada no Brasil.

Voltando-nos à aplicação desta realidade no contexto das informantes, o primeiro ponto que apresentamos é a associação de vida simples enquanto aquela próxima de sua natureza mais primitiva e respeito aos instintos do corpo:

[...] em relação ao meu corpo, sempre foi assim. Sempre estive a minha disposição [...] tudo que diz respeito ao corpo também é natural, então eu sempre tive uma orientação mais voltada pra me sentir plena com meu corpo, a conseguir do meu corpo o que eu quero, em tudo, em atividades, por exemplo eu gosto de atividades que privilegiam as duas coisas, a mente,



mas também corpo. [...] Eu acreditava muito que eu era capaz de parir, porque é uma capacidade que as mulheres têm, que o corpo da gente é preparado pra isso. Então eu sabia que o meu corpo estava ao meu favor e que eu ia conseguir parir, eu nunca duvidei que eu fosse capaz de ter o parto normal. Eu fiquei muito ligada com os sinais do meu corpo (I-02)

[...] me encontrei muito no ioga e na meditação, aí a partir do momento que você tem uma depressão você precisa resolver questões né, e a sua visão do mundo muda muito. [...] sempre procuro ter um tempo pra mim, manter minha espiritualidade [...] aí isso me ajudou em relação ao parto humanizado, porque eu achei que eu fui pra um lado assim mais alternativo, mais natural, sabe mais humano. [...] conseguia me entregar, me entregando me conhecendo naquele momento que eu tava vivendo [...] e aí eu achava que eu não tava preparada, aí depois que passou eu percebi, que incrível como eu estava preparada e a gente não tem essa noção né, o corpo aquela coisa de confiar no corpo, o corpo fez tudo, de manter a calma (I-09).

De acordo com Carneiro (2015), essa atitude pode ser entendida como um “ritual de passagem” das mulheres racionais para um estado em que conseguem conjugar razão e intuições. Dentro de seu trabalho intitulado *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado*, a autora traz mulheres que correlacionam o “sucesso” do parto natural humanizado à sua capacidade de abraçar a intuição e desapegar a necessidade de controle absoluto do corpo. Sendo assim, para autora, a dita “naturalidade”, já mencionada anteriormente, também seria a vontade de deixar fluir o processo.

Neste trabalho, outras informantes atribuíram a simplicidade à ausência de bens materiais, sentimentos de conforto, aconchego em seu lar e proximidade com suas raízes familiares:

[...] essa casa também tem uma relação muito grande com o parto, porque essa casa foi a casa que eu morei quando eu era criança. Então eu passei a minha infância nessa casa; Eu e minha irmã...a gente cresceu aqui [...]O fato de eu ter tido o [filho] aqui nessa casa foi muito significativo pra mim, porque me sinto acolhida, me sinto em casa (I-02).

[...] um estilo de vida simples. Como é que eu vou explicar um estilo de vida simples? Ah, sem muitas coisas, sabe? A gente não se importa com muitas coisas, a gente não dá valor às coisas supérfluas. [...] Aí em relação ao parto domiciliar, queria parir meu filho na minha casa, no conforto do meu lar, entendeu? Ficar o máximo à vontade, já que, assim, a gente vive uma vida tão simples quanto eu tô te falando, então assim, nada melhor do que você ficar à vontade na sua casa [...]. Uma casa de periferia comum, sem laje na telha, com divisões simples, com móveis simples. A casa da minha mãe é assim. A característica dela, é a característica como a maioria das casas da periferia (I-13).

A gente vive de uma forma muito simples, assim, a gente não tem luxo, digamos assim. É, a gente sempre preza, eu digo a gente, eu e [esposo], a gente preza muito assim, pelo cuidado um do outro, cuidado pela família, como minha mãe ensinou [...] não tem essa vida de tecnologia, até hoje mesmo assim, por exemplo, eu não sei mexer direito no celular que tenho, porque assim eu não dou muito valor pra essas coisas [...] sabe, como eu falei da minha mãe né, por ela já vê o parto normal, como algo normal, [...] eu sempre vi que toda mulher vai parir de parto normal, ela nunca me ensinou, nunca sentou comigo e “ Olha a mulher tem que parir de parto normal”, nunca me mostrou vídeo, foto, não sei o que, mas é assim uma coisa tão natural que já vem dela (I-01).

Carrara e Oliveira (2013) explicitam que mulheres geralmente atribuem conforto não só aos seus sentimentos, mas às suas percepções em relação ao cuidado recebido, e na forma os cuidadores lhes prestam assistência. Sob o viés do acolhimento, podemos recorrer novamente a Carneiro (2015), que o identifica a partir do tratamento respeitoso, de incentivo, de apoio, consoante à lei vigente no Brasil, onde as parturientes encontrem guarida em sua liberdade de expressão, de sexualidade, questões de gênero, transgeracionais e espirituais.

O último aspecto identificado nas concepções de vida das mulheres do grupo A perpassa outras dimensões culturais que foram fundamentais para entender o modo de vida das informantes. Compreende-se necessário iniciar suas considerações sobre o tema. Neste grupo, primeiramente, seis das sete informantes relataram que atribuem as suas compreensões de mundo à coerência para com a ideologia feminista, sendo ou tornando-se ativista.

Assim, além de fatores que envolvem a naturalidade dos processos de saúde, as relações colocadas como exercício de sua feminilidade, transversalizam o debate de autonomia e desconstruções de padrões patriarcais de controle do corpo da mulher:

[...] sempre as minhas escolhas de vida foram pautadas numa questão de autonomia da mulher, de acesso às políticas públicas de saúde. Mesmo que eu tivesse todos esses privilégios, de poder passar por cinco médicos diferentes e escolher qual que era o melhor, o mais adequado pra mim, eu tinha plena ciência de que a maioria das mulheres não podiam fazer isso e eu achava isso uma [supressão] sacanagem (I-06).

[...] sempre participei de muitas coisas ao mesmo tempo, principalmente na época da universidade, sempre participava de debates, sempre fui muito corrida nesse sentido de participação política [...] eu acredito no socialismo e no feminismo, e ter participado de algumas situações de debate com mulheres não privilegiadas com a minha situação talvez [de escolher o tipo de parto], é que dá o encorajamento maior, e esse empoderamento [para o parto] teve muita raiz nisso (I-05).

Leão et al. (2013) afirma que quase que a totalidade dos grupos ativistas do parto iniciam com mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou a ausência de cuidados humanizados. Apesar do levantar recente de vozes, os debates que correlacionam o parto a

um ato político datam dos anos 1950, com teóricas feministas como Adrienne Rich. Neste período, já demonstravam insatisfação e conseqüente sensibilização de profissionais para a assistência prestada, denunciando as práticas violentas (DINIZ, 2015).

Mais tarde, no Brasil, um estudo etnográfico do Grupo Ceres (1981), denominado *Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher*, viria a descrever criteriosamente a assistência institucionalizada enquanto uma experiência violenta que dependia da manipulação de momentos significativos da vida da mulher, como parto, contracepção e aborto. Este trabalho constituiu-se como um dos primeiros documentos a citar, ainda que sem este termo propriamente dito, a Violência Obstétrica dos serviços de saúde no país (DINIZ, 2005).

Vale ainda assinalar aqui que duas das seis informantes em questão são fundadoras do Roda Gestante, grupo de apoio à gestação, parto e maternidade ativa, que se reúne em Maceió e é responsável pelas principais atividades e mobilizações relacionadas ao direito ao parto humanizado e implementação das boas práticas obstétricas nos serviços de assistência ao ciclo grávido-puerperal na cidade.

Quanto às fundamentações e ideologias religiosas, a maioria das mulheres do Grupo A consegue fazer alguma assimilação, embora valorem apenas à fé a influência de fatores religiosos na busca pelo parto natural humanizado. Porém três relatos foram marcantes no tocante à associação de ideologias religiosas e ideologias políticas. Uma informante relatou relação com religiões neopaganistas, como atributo empoderador para uma relação mais próxima com a natureza de seu corpo; e outra, sob essa mesma perspectiva, ainda associou a aproximação com a União do Vegetal como fator que potencializou suas experiências no momento do parto:

[...] eu era wicca [...], inclusive talvez se alguma religião me ajudou nessa questão foi a wicca né, foi o neopaganismo, porque é uma religião fortemente matriarcal, é uma religião que trabalha muito com essa questão do feminino, religião extremamente empoderadora e talvez os meus tempos de ritual tenham me ajudado a enxergar tudo como uma questão natural e que eu conseguiria fazer, porque meu corpo é divino [...] é, talvez eu tenha ficado um pouquinho disso. (I-06)

[...] na adolescência, eu fui descobrindo que existiam outras religiões e [...] inicialmente eu me encantei com esse negócio do neopaganismo. Porque tinha deusa, e o papel da mulher na igreja católica é muito coadjuvante, né? Não tem deusa, e o papel da mulher que é mais chamativo, mais importante, é o de Nossa Senhora, mas ainda assim é aquele papel de submissão. Aí quando eu descobri que tinham essas mulheres, essas deusas, guerreiras, poderosas e tal [...]. Eu fiquei encantada com aquilo comecei a gostar, estudar, e querer praticar [...], mas que não existe essa tradição, essa cultura aqui [...] E depois eu percebi que era uma coisa que ficava muito superficial

pro meu contexto. Aí eu fui procurar religiões que tinham aqui e tinham tradição aqui, mesmo que fosse religiões de minoria. [...] Aí pronto, aí fui passeando, aí fui conhecer a Jurema, a Umbanda, conheci o espiritismo, aí depois eu terminei me associando na UDV [União do Vegetal] [...]tem essa orientação, mais natural de estilo de vida [...] e tem também a questão de que você aprende a se entregar muito ao momento àquela energia que você tá sentindo na hora do que você tá fazendo. E então se você está tendo relação sexuais, se entregar completamente. Se você está fazendo um trabalho, se você está conversando com uma pessoa, se você está ouvindo uma música [...] então sempre é vista essa orientação de sentir aquilo que o momento está oferecendo e se deixar levar por aquela energia. Então quando eu comecei a entrar em trabalho de parto eu já estava na partolândia há muito tempo atrás[risos]. (I-02)

Outro ponto de vista diverso, que vale ser mencionado, é a ruptura com uma ideologia neopentecostal, enquanto fator que propiciou uma quebra de tabus colocados e maior relação com seu corpo:

[Os pais] eles são evangélicos, então aquela educação bem medieval né, da mulher ser um instrumento de pecado [risos] pronto, basicamente isso [...] da mulher não ter aquela autonomia sobre o corpo, então que isso aí assim eu trabalhei muito isso na minha terapia [risos] porque tipo não, ninguém né fala nada, de masturbação, de menstruação, ninguém fala nada de virgindade, tudo é pecado, ninguém toca, ninguém mostra, ninguém pode mostrar [...] trabalhei na psicoterapia, tive que ir pra psicóloga porque eu achava que era pecado, porque eu não me tocava e eu achava que eu realmente precisava me libertar agora que eu tenho essa liberdade, do meu auto conhecimento. (I-09)

Já as mulheres do grupo B apresentaram maior diversidade de contexto, o que nos leva aqui a apontar mais uma vez os motivos pelos quais tivemos de dividi-las em dois subgrupos: As que não buscaram e obtiveram um parto natural humanizado, e as que não buscaram e não o obtiveram.

Essa escolha acontece porque, ao fazermos o recorte das mulheres que não buscaram um parto natural humanizado e o tiveram, vamos encontrar mulheres que dependiam única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde para atender suas necessidades de saúde, e ficaram surpresas com o acolhimento às suas necessidades no momento do parto.

São quatro jovens, três de 18 anos e uma de 23, que não possuem ensino superior ou emprego formal. Sendo assim, em seus relatos, a simplicidade atribuída ao modo de vida perpassa perspectivas transgeracionadas por suas mães, além de baixas condições econômicas.

Minha mãe, ela era da roça, sabe? Minha avó também. Aí quando ela me teve, ficou em casa e depois começou a trabalhar, era assim, uma vida mais simples. Sempre cuidando da casa. Ficava em casa [...] só. Aí depois chegaram meus irmãos e eu fiquei cuidando deles (I-03).

[Todas as mulheres foram criadas] para dona de casa, todas. Tanto da parte da minha mãe como da parte do meu pai, minhas tias todas são dona de casa [...]. Negócio em relação a remédio eu não tomo muito porque tenho medo, prefiro as coisas mais naturais e as vezes nem tomo as natural. Em relação a minha vida eu não ligo muito para bens materiais mas eu queria ter um pouquinho assim para melhorar a vida porque a vida é precária (I-14).

Já as mulheres que não optaram e não tiveram um parto natural humanizado relatam ter vida tranquila, serviços de saúde acessíveis e concepções de cuidados muito ligada às posturas médicas. Informam, ainda, medo da dor e crença de que o uso da tecnologia não é excessivo se bem utilizado. Afirmam que a não decisão por um parto natural humanizado foi esclarecida, e que a assistência deve respeitar a autonomia da mulher, acima de tudo:

Eu tive uma vida normal, sempre gostei de ler e frequentei boas escolas, tenho uma escolaridade maior, sempre tive acesso à informação e à internet. Agora... Independente de parto ou não eu acho que quando vou ter dor de cabeça eu tomo remédio, eu sou assim (I-04)

A minha vida é normal, nada de luxo também NE [...] A casa é pequena e meus irmãos trabalham ajudando meu pai nos serviços, mas a gente estudou direitinho e eu e minha mãe ajudava minha avó na escolinha. Eu só não fiz estudar mais por que não deu [...] não sei se tem a ver, mas do parto eu sabia tudo certinho desde o primeiro parto, mas não quis, tava demorando muito e eu não quis mais. Também acho que assim, o médico foi diferente do primeiro pré-natal então apesar de ter medo, ele falou tanto que eu sei lá [...] ele sabia o que tava fazendo (I-08)

Diniz (2005) aponta que, no Brasil, a assistência ao parto convive com o pior de dois mundos: ou se morre por falta de tecnologia ou por excesso de tecnologia não apropriada. Leão et al. (2013) alerta para a adoção da cesárea de rotina nos setores privados e do parto vaginal com intervenções rotineiras do setor público.

Apesar da não concordância com todo o estudo, apresentamos as ponderações acerca da Bioética no contexto da assistência ao parto de Ferrari e Lima (2010) enquanto válidas para este debate. Os estudos refletem que mulheres de classe média e alta têm seus filhos por via abdominal; já mulheres pobres não têm outra opção que não um atendimento desumanizado e traumatizante em maternidades, realidade que não é distante do contexto maceioense.

Segundo o autor, o reconhecimento de que as mulheres têm o direito de escolher a via de nascimento do próprio filho requer medidas administrativas e operacionais correspondentes ao atendimento. O pesquisador coloca que aparentemente existem duas realidades nos serviços de saúde: “a das mulheres que podem pagar pelo conforto e tranquilidade das cesarianas realizadas pelo médico de sua confiança e a das que, pobres, sem

qualquer direito e outra opção, são condenadas a parir seus rebentos em maternidades públicas, onde recebem tratamentos impessoais” (FERRARI; LIMA, 2010, p. 275). E é esse debate que nos leva às próximas dimensões culturais analisadas.

No tocante às ideologias políticas correlacionadas com seu modo de vida, todas as informantes do Grupo B afirmaram não ter nenhum interesse ou motivação política que pudessem correlacionar diretamente com seu tipo de parto. No tocante à religiosidade, as respostas das informantes deste grupo foram semelhantes àquelas que atribuíram apenas ao fato de ter fé e rezar para que o parto acontecesse bem, não visualizando outras motivações que pudessem ser relacionadas.

Todas as informantes, no geral, relataram valores que as acompanharam durante toda a sua vida, levando-as à constituição do que entendem enquanto seu “eu” em seus contextos de saúde. Ao descreverem em que medida suas escolhas relacionaram-se com seus modos de vida, fizeram-no de acordo com o que Leininger entende como “experiências e cuidados valorados positivamente pelos sujeitos”.

Levaram em consideração, portanto, a vontade de serem respeitadas e gozarem de plena autonomia sobre seu corpo, de acordo com suas ideologias e concepções espirituais. Mesmo quando optaram por entregar seu processo de saúde na mão de outro profissional, fizeram-no de acordo com o que compreendiam ser a melhor alternativa dentro de suas possibilidades, valorando acolhimento e conforto enquanto essenciais para uma boa assistência em saúde.

#### 4.2.2 Humanização como uma questão de classe: políticas públicas, fatores econômicos, educacionais e tecnológicos

Ao nos depararmos com as realidades de busca ou não busca pelo parto natural humanizado, é inevitável recorrermos às questões de classe para avaliação das divergências entre as concepções do ciclo gravídico, e como estas mulheres relacionam-se com a classe nos dois grupos.

Como já colocado anteriormente, todas as sete informantes do grupo A têm acesso a um universo acadêmico, o que lhes permitiu acesso a recursos tecnológicos e educacionais específicos, atributos à frente da maioria da população usuária dos serviços de saúde público e suplementar da cidade.

A qualificação profissional e o acesso à educação das mulheres entrevistadas interferiram diretamente na busca pelo parto natural humanizado, uma vez que, além de motivações pessoais, contam com argumento embasados nas mais recentes evidências

científicas. Entretanto, esse arcabouço não está acessível a todas as mulheres, conforme frisado pelas informantes:

Então é estudar. Mas só que estudar é uma coisa que não tá acessível pra todo mundo, né? Nem o tempo que você vai ter que dedicar pra você ler os artigos porque geralmente são muito longos, com muitos detalhes, com palavras que você não entende, que são jargões [...] [...] Está acessível pra quem já estuda ou pra quem tem tempo pra ler [...] Mas pra quem trabalha oito, dez horas por dia, chega em casa e ainda tem as coisas pra fazer e tem uma vida corrida, pras pessoas pobres não tem tempo de estudar, sem acesso a essas informações, não tem ninguém que facilite isso pra essas pessoas, então elas acabam sendo vítimas inocentes do sistema todo (I-02).

[...] as minhas respostas elas têm que ser lidas com recorte de classe, eu sou uma mulher branca, hétero, de classe média que tem acesso, que tem ensino superior, sempre tive acesso a todo tipo de informação que eu quis, sempre estudei em escola particular e minha família é toda classe média. Então eu tô numa realidade, num recorte de realidade muito particular, isso não pode ser estendido pras outras mulheres, hoje eu vejo e eu enxergo o parto como um ato político, mas muito diferente da forma que eu enxergava antes que era muito individualista, né? [...] Então é, hoje eu vejo que o problema não vai ser resolvido com cada mulher tendo parto do jeito que ela sonhou pagando 3, 4, 10 mil reais, é eu sou extremamente contra a isso (I-06).

Desse modo, reflete-se que apenas empoderamento individual por meio de acesso ao conhecimento não é o suficiente. Ao reconhecer seus privilégios, as informantes deixam outra realidade explícita, a do alto custo dos partos naturais humanizados domiciliares e intra-hospitalares:

[...] se fosse somar daria uns 5 mil, e veja que 5 mil é a minha renda mensal, seria praticamente o valor todinho do parto humanizado lá que estava programado [...]. A única coisa que eu queria é que se tornasse realidade essa palavra “humanizado” [...]. Que ele deixasse de ser um “parto gourmet”, que passasse a ser uma realidade pra todas as mulheres, porque toda mulher merecia ter o parto que eu tive [choro] (I-02).

Nesse meio [a sua realidade de classe], eu me sinto até honrada, digamos assim, diferenciada. Porque, assim, eu sei o quanto a gente se esforçou pra ter esse tipo de parto [...]. E é uma coisa que devia ser totalmente oferecido, sem eu precisar fazer malabares, sem eu precisar economizar no enxoval do meu filho, digamos assim [...]. Pra poder ter um parto respeitoso. Eu não digo nem pelo parto normal, porque assim, a mulher, com propriedade do seu corpo ela pode muito bem dizer "Olha, eu não quero, não tenho condições, eu quero uma cesariana". Ela pode. Porque não? Eu não tô aqui forçando ninguém a ter parto normal, não. (I-13)

Para a informante número 02, a busca pelo parto natural humanizado esbarrou nos determinantes de renda, tendo a mesma evoluído para um parto domiciliar não assistido por vontade própria e por ausência de provimento de renda para financiar um parto domiciliar.

Antes de prosseguirmos a discussão deste tópico, faz-se necessário demarcar a concepção adotada nesta pesquisa de que a sociedade capitalista está dividida em duas classes fundamentais, opressores e oprimidos (MALATESTA, 1984). Não se compreende a classe trabalhadora (oprimida) enquanto um grupo homogêneo, tomando como importante considerar a realidade distinta de trabalhadores especializados, precarizados, desempregados e ainda os desníveis entre ingressos e oportunidades destes, por questões de raça e sexo (HOGAN, 2009).

Aproximando a concepção de Bourdieu (1998), acreditamos que, no interior da sociedade de classes, existem diferenças culturais. As classes dominantes possuem, em suas condutas e linguagens, valores que se constituem enquanto patrimônios culturais bem estabelecidos, à medida que a classe trabalhadora possui outras características que a mantém como tal e assim, sustenta-se a sociedade de classes.

Para o sociólogo, a escola seria um meio de nivelamento das diferenças socioculturais, embora apresente teoria e prática de manifestações e valores culturais das classes mais privilegiadas. Constitui-se, assim, enquanto extensão de sua prática social para crianças e jovens que já dominam esta, enquanto os oriundos da classe trabalhadora vêm a apresentar dificuldades de assimilação da concepção de mundo dominante (BOURDIEU, 1998). A partir deste, as assimilações não podemos conceber apenas a questão de classe enquanto dimensão isolada, mas em sua relação com o acesso à educação e tecnologias.

Há dez anos, somente 30% das mulheres que pariram no SUS tiveram acesso a medidas não-farmacológicas ou farmacológicas para o alívio da dor, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Abrindo-se mão da dependência da ação exclusiva do profissional médico na atenção ao parto, a atenção à gestante no Brasil e com o foco da redução desses indicadores, também passou a investir na formação de profissionais, em especial enfermeiras e enfermeiros obstetras, para o monitoramento de acompanhamento às gestantes, assegurando-lhes princípios da humanização e boas práticas:

O fato da assistência ser centrado no médico acaba atrapalhando muito isso, a mulher ainda acha que a assistência é só do médico, que o pré-natal é só o médico, que as outras instituições que conseguem algum resultado positivo já pensam na equipe, a equipe que trabalha a mulher, então aquela equipe tem uma assistência de fisioterapia, tem a assistência do enfermeiro, tem assistência da psicologia, tem assistência do nutricionista, tem assistência do médico também. (I-01)



As informantes do estudo acreditam que ainda não seja possível um atendimento integral à gestação e parto, embora reconheçam que o SUS apresente realidades mais qualificadas de assistência que o serviço suplementar de saúde. Esta percepção requereu não somente a vivência do parto no SUS, mas uma visão mais ampla da conjuntura política do estado de Alagoas e sua capital, Maceió. Sendo assim, as mulheres do Grupo A desenvolveram críticas e denúncias que vão desde maus tratos e violência obstétrica à ainda prevalência do modelo biomédico de assistência à saúde, de acordo com suas concepções políticas nos dois sistemas de atendimento:

A gente sabe que em teoria o SUS atende melhor gestante e criança do que o particular. Mas em teoria, né. Porque na realidade você tem acordar super cedo pra pegar a ficha pra ser atendido alguns dias depois, assim, se você for pensar na comodidade e na garantia de que você vai ser atendido que vai ter aquele especialista, que vai ter aquele remédio, você vai ter que procurar pagar pra receber esse serviço direito. E em relação ao parto eu ia preferir o SUS mil vezes, porque a taxa do plano é absurda e porque o SUS é referência mesmo em atendimento em parto e pré-natal também, quando você compara o plano. Eu, por exemplo, fui comparar o meu pré-natal com pré-natal que uma amiga minha que fez pelo SUS e me arrependi de ter feito o plano, porque eu tinha o feito o plano só pelo pré natal. Me arrependi de ter feito o pré-natal pelo plano, porque ela foi super bem atendida, quando o bebê nasceu ela levou na pediatra do posto de saúde [...]. E ela disse que tinha levado ele primeiro no particular e depois na segunda consulta foi pra o SUS. (I-02)

[...] desde o pré-natal onde a mulher, ela deveria ter a sua assistência assim do preparo pra gestação, do preparo pra o parto, então são poucos os profissionais e aí quanto menos profissionais, mais mulheres pra aquele profissional, então ele não tem tempo de fazer uma assistência adequada, ou porque não quer ou porque realmente não tem tempo [...]. Então o sistema ele é muito falho, o sistema ele não favorece pra que essa mulher tenha uma escolha consciente e hoje em relação ao parto mesmo, acaba sendo um mercado né, as mulheres elas são levadas pra uma cesariana, são enganadas em relação a algumas coisas [...]. O profissional médico ele precisa pagar seus impostos, pagar suas contas, pagar seu consultório. E aí qual a fama que ele tem? Fazer as cirurgias que ele cobra, os valores altos que ele acha e é a forma, mas eu não to dizendo que ele é o bonzinho da história, que na verdade eu acho que as vítimas são as mulheres né, na verdade, mas acaba sendo um sistema muito falho né, que as coisas não funcionem pra que ela chegue no hospital lá no dia do parto dela e já esteja consciente né, ela não foi preparada pra aquilo, não foi uma gestação planejada, ela não passou por profissionais que acompanhassem com ela [...] no Sistema Único de Saúde não faz esse preparo. [...] Então não é a nossa realidade, a gente não vê, o pré-natal é o médico, é uma consulta de dez minutos que passa exame, na outra consulta ele quer ver os exames, então isso não é preparo, a mulher só vai ter um parto humanizado se ela também entender o que é isso. Ela só vai ter, ela só vai conseguir entender, liberar seus instintos do que é um parto natural, porque as vezes você encontra uma mulher que acha estranho quando você coloca ela em cima de uma bola e fica perguntando “ por que é

assim?”, porque ela acha que o parto é daquele jeito que ela aprendeu, que ela viu na novela, em cima de uma cama. (I-01)

As realidades de saúde pública levaram as informantes que buscavam um parto natural humanizado a optarem por pagar consultas particulares com um profissional médico de referência para este tipo de atendimento e vigilância. Estas também mulheres também optaram pela contratação de doulas e grupos de assistência ao parto domiciliar e/ou hospitalar. Estes não ofertados nos serviços públicos e nem suplementares de saúde, o que nos leva a uma realidade de demanda de serviços específicos a ser atendida, porém nem sempre vista como uma opção para todas as mulheres:

[...] eu posso estar sendo extrema, mas foi uma conclusão que eu cheguei junto com o [marido]. Na verdade não é tudo uma tentativa de humanizar o sistema de nascimento é uma brecha de mercado que as pessoas encontraram que tão vendo que existem pessoas que querem essa humanização, e que tão dispostas a pagar por isso, sabe, raras vezes eu vi nos grupos de discussão do parto humanizado alguma ação concreta pra reivindicar que tal coisa seja incorporada ao SUS, ou a gente vai no hospital garantir com que aquela senhora e tal tenha os direitos dela respeitados, mesmo que ela não tenha 4 mil reais pra pagar, então na verdade, parto humanizado virou uma desculpa para determinados, não estou falando de todos os grupos, eu sei que têm pessoas que trabalham sério, mas pra determinados grupos ficarem com uma fatia do mercado [...] A gente pode pensar que “- Vou no hospital tal e tal e vai ser diferente”, mas a gente não tem garantia de que a gente vai ser respeitada, a gente vai pra o tudo ou nada. (I-02)

Por sua vez, para as mulheres do grupo B, a renda foi uma das dimensões mais marcantes para a não busca de um PNH. Este dado nos conduz a retomar o debate apresentado no item 4.1.2, revelando que as mulheres que experienciaram este tipo de parto acreditavam que sua realidade de acesso ao serviço único de saúde só lhes permitiriam um parto, aquele definido apenas pelos profissionais que as assistiram. Portanto, não criaram expectativas em relação a um parto natural humanizado, embora quisessem num primeiro momento um parto vaginal:

Se precisasse de cesariana, alguma coisa, a minha mãe tinha falado com meu pai pra juntar dinheiro pra eu me operar. Mas sem necessidade não. Eu não tinha plano não, ia pro SUS, aí eles [profissionais] que iam dizer lá (I-07).

Já para as mulheres do grupo B, que optaram não ter um parto natural humanizado, a renda também foi determinante, só que de forma a favorecer o tipo de parto desejado. As mulheres desse grupo também fazem uma leitura de seus privilégios:

[A renda à época] era 7 mil. Na verdade, o meu marido conseguiu o plano de saúde pra mim quando eu tava prestes a ter. Eu tava fazendo pré-natal no SUS e o médico queria normal e eu já queria pagar pra fazer cesariana. [...] é estranho pensar que o povo no SUS não pode escolher o tipo de parto que elas querem. Eu tava mesmo vendo uma matéria sobre uma lei que foi aprovada recentemente, que as mulheres vão poder escolher o parto que elas querem. É [...] a mulher que tem dinheiro que vai poder escolher, porque pelo SUS ela não vai escolher não. (I-04)

Eu pude querer pagar aquilo e eu paguei. Eu não queria esperar o trabalho de parto com ela pélvica [feto] e eu podia pagar. No SUS a gente espera, mesmo que a gente nem deixe evoluir pra parto normal [...]. Ela fica indo e vindo e eu acho sofrimento. Por isso não quis, ninguém ia querer, né. (I-12)

Numa revisão de 38 artigos, Leão et al. (2013) evidenciaram que, nos países de média e alta renda, como Estados Unidos e Suíça, a taxa de cesariana é atribuída parcialmente a um pedido da mulher, e que esta realidade é apenas de uma minoria (15,6%) frente aos países de baixa renda. No Brasil, o Ministério da Saúde afirma que esta taxa no setor suplementar tem inúmeras razões, dentre elas as relações assimétricas entre assistente e gestantes, somando mais de 90% das vias de nascimento atualmente no país (BRASIL, 2001, 2015).

No tocante ao acesso a profissionais de saúde, as mulheres do grupo A fizeram-no de acordo com o mesmo entendimento de profissionais que respeitassem as suas decisões quanto ao seu corpo e seu parto, utilizando-se de outros recursos tecnológicos:

Querida o parto domiciliar, gostei, deu na minha cabeça, queria buscar um parto domiciliar. Depois, aí, através disso, dessa minha busca pelo conhecimento de um parto domiciliar e tal, aí eu conheci o Roda Gestante na internet. [...] Aí dentro do Roda Gestante eu conheci o Jardim das Comadres, que a coordenadora é a Ju. Aí eu entrei em contato com ela, a gente conversou um pouco, ela me mostrou os benefícios de um parto domiciliar. Me explicou tudo, né? Tudo que ainda tava um pouco perdido. Só tinha a vontade. Eu queria ter, mas como eu vou ter? Então daí ela veio me explicar como eu poderia ter, como eu iria buscar esse parto domiciliar. E ao mesmo tempo que eu conheci o Jardim das Comadres eu também conheci o AME. Os benefícios do parto domiciliar, os riscos que poderia ocorrer, tudo. Aí eu escolhi, fiz a escolha da equipe, que foi a equipe do AME, pra poder me acompanhar durante o meu trabalho de parto e durante... e fazer é, é, a parte desses trinta semanas, eu acho, por aí; trinta e duas semanas, fazer junto comigo meu acompanhamento de pré-natal, né? (I-13)

Foi pelo facebook Roda Gestante. Na verdade, quando eu entrei no grupo do roda, eu entrei com intenção de pedir informação do [Obstetra], e perguntei se alguém tinha experiência, e ai dialogando com outras mães cheguei a conclusão.[...] Não eu busquei com pessoas específicas, eu lia e o que eu ficava em dúvida eu questionava, eu lembro que conversei com você que foi uma das primeiras, conversei com algumas pessoas em específico, quando eu conheci a [doula] eu tirei várias dúvidas com ela e até com o próprio

médico e a consulta com ele era bem humanizada, eu podia perguntar a maior besteira do mundo e ele respondia na maior calma. (I-05)

Na cidade de Maceió, o já citado Roda Gestante, além de reuniões presenciais para apoio à maternidade ativa, também se constitui enquanto um fórum virtual de debates. O grupo conta com mulheres que já passaram por diversas experiências exitosas ou negativas em seus ciclos gravídicos, além de profissionais como doulas, enfermeiras obstetras e pesquisadoras sobre o tema.

Em se tratando de profissionais, para além do modelo convencional de profissionais vinculados à assistência institucional ao parto, atualmente a cidade de Maceió conta com dois grupos que prestam assistência ao parto domiciliar e hospitalar: O Grupo AME – Apoiando Mulheres Empoderadas, e o Jardim das Comadres, ambos liderados por enfermeiras obstetras, constituindo-se como um marco recente (ambos desde o início de 2014) na assistência obstétrica em Maceió, principalmente no âmbito da enfermagem.

Os grupos prestam assistência especializada ao ciclo gravídico, com consultas pré-natais - que não dispensam as convencionais, vinculadas a um médico ou instituição correspondente, assistência ao parto natural humanizado domiciliar ou hospitalar e puerpério. Em ambos os serviços são estabelecidas etapas de orientações, encontros coletivos e estudos acerca do planejamento para o parto desejado.

No relato das mulheres do grupo que planejou um parto natural humanizado, o movimento de busca de informação foi sempre recíproco e contou com o suporte das enfermeiras e doulas que lhes acompanhavam na sua caminhada, ora disparando debates, ora atendendo a diversos anseios. Esse movimento gerava confiança mútua entre as mulheres e os profissionais que a atendiam, incentivando uma fração de sua rede de apoio dependente do acesso à tecnologia, seja ela profissional ou recursos materiais. Não se encontram relatos diferentes ou diversos da forma de aproximação com estes locais, destacando-se enquanto fundamental o acesso à web-tecnologias (computadores, internet) e participação em fóruns virtuais:

A equipe ela me auxiliou, né? Que eu precisava fazer um plano de parto. Pra quê? Um plano de parto seria interessante pra quê? Foi a equipe que me mostrou a importância de se ter um planejamento, um, um... plano de parto [...]. Veio de outras fontes, mas também veio de mim, né? Assim, eu particularmente gosto muito de música. Então, assim, veio de mim a vontade de querer fazer uma lista de música. Veio de mim a vontade de querer chupar sorvete durante o trabalho e parto. Mas veio do grupo as questões de que eu não sabia. [...]. Se eu fosse conduzida ao hospital o que eu queria, o que eu não queria. Os benefícios de se usar a ocitocina, a

vitamina k, os malefícios... Essas coisas que é administrado hospitalarmente e que a gente não tem tanto acesso, mas pode estudar (I-13)

[...] inclusive muita gente da semana da humanização me conhece pelas listas de e-mail, eu ficava muito tempo na internet, quase toda minha interação social era feita através da internet, eu fiz amigos na época dessa, amigos virtuais da época dessa, tanto que eu tive uma doula virtual que é lá de Belém, ela me acompanhou por celular e tudo, não tinha tanta doula em Maceió na época. (I-06)

Este movimento de acesso a profissionais e informação das mulheres do grupo A assemelha-se ao do grupo B, que não tiveram um parto natural humanizado porque assim não o desejaram:

Eu sempre li tudo da internet, Roda Gestante, de parto humanizado e não humanizado, sobre amamentação e tudo, mas não queria. Quando fui procurar no plano pensei num médico que apoiasse logo minha decisão. Eu queria cesariana e ele me apoiava, aí fiquei tranquila. (I-04)

Já para as mulheres que não planejaram um parto natural humanizado e que, de alguma forma, tiveram acesso às boas práticas obstétricas, a realidade é a de que as mesmas não haviam planejado este tipo de parto por julgar que esta realidade financeira não lhes cabiam. Suas fontes de informação estavam circunscritas às relações interpessoais com amigas, vizinhas e familiares, que haviam parido antes. Quando partia para o meio virtual, as informações que recebiam constituíam-se algo que chegava a ser distópico frente às perspectivas de assistência à saúde.

Pelo fato de eu não ter plano e pelo fato de precisar do SUS e o SUS e as vezes[...] É geralmente, deixa a gente lá[...]. A maioria das pessoas que tem pelo SUS tem parto normal a não ser que a pessoa não tenha passagem eu acho assim, né? Por isso que eu sempre botei na cabeça que queria parto normal, porque não tinha pra onde correr [...]. Não imaginei que ia ter água quente. No SUS. Lia direto na internet como era o parto normal e via vídeo e era bem melhor o parto normal, eu pesquisava, sempre pesquisava. Que era melhor ter o parto normal, e a maioria das mulheres comentavam lá nos comentários. Que é bem melhor, aí pronto. Criei coragem também para ter parto normal. (I-14)

As minhas amigas aqui, a minha cunhada e minha amiga que ta grávida... qualquer pessoa eu indico o normal, porque é ótimo também e se tiver dinheiro o humanizado né, o parto humanizado. [...]E: *Você acha que o parto humanizado depende mais da pessoa ter dinheiro?* É claro! Porque pessoas que tem as condições baixa, assim, que seja humilde, ou, que seja pobre, não tem, nem todas pessoas tem condições de fazer o parto humanizado né, porque eu acho que é caro [...] (I-03)

A experiência dessas mulheres envolveu, ainda, arranjos econômicos em seus orçamentos e medidas financeiras extremas:

Com quatro meses deu toxoplasmose [...] Aí a gente ficou, todo mundo na luta, eu chorava tanto, porque se eu tivesse ficado com a bactéria ela podia ter alguma deficiência, né? Aí o Fabiano teve que fazer um empréstimo. Ele já estava em outro trabalho, que ele passou em concurso, né. Aí ele já estava em outro concurso estava em dois, só que não era muita coisa a renda, não dava muito, aí ele teve que fazer um empréstimo, caso eu tivesse mesmo com a bactéria, para eu fazer o tratamento, porque eles disseram que ela caro, entendeu? Aí a gente foi e fez o empréstimo. Aí graças a Deus eu fui cuidando e a médica disse que não era essa bactéria que eu tinha, graças a Deus. (I-03)

O estudo etnográfico de Carneiro (2015), realizado com mulheres do Sudeste do Brasil, evidenciou que a realidade de busca pelo parto humanizado acontece nas camadas médias da sociedade, com quase nenhuma mulher de camadas mais baixas da sociedade. De acordo com a mesma autora, as famílias estudadas fazem economias, tiram empréstimos para pagar o parto domiciliar, vendem carros. Além do mais, aponta que todas as informantes tinham acesso à rede privada de saúde, a internet e instrução.

Atualmente, o Brasil conta com os investimentos da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) para garantir ampliação e funcionamento da rede de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico. Dentro de seus princípios, a estratégia propõe enfoque em gênero e respeito às diversidades culturais, étnicas e raciais para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens e adolescente, promovendo práticas educativas que possam potencializar estas experiências.

Dados os pressupostos, o acesso à educação, informação e demais tecnologias, sejam elas recursos materiais ou profissionais, requer uma íntima relação da promoção de políticas públicas aliada à redução das desigualdades sociais, uma vez que o cenário posto - apesar do inegável avanço dos debates que reforçam o retorno à chamada “naturalidade” do parto nas diversas camadas da sociedade - ainda se efetiva de forma a favorecer apenas as classes mais privilegiadas pelo direito de escolha, fração mínima do nosso conjugado populacional.

#### 4.2.3 Incentivo ao parto: significados atribuídos à rede de apoio

De acordo com Leininger (1991), as redes de apoio (ou Fatores Sociais) constituem-se não somente da estrutura familiar, embora predominante no contexto estudado, como ainda todas as aderências sociais que perpetuam costumes e tradições prevalentes em determinadas culturas. Pretendendo observar como comportou a rede social das mulheres em busca ou não busca pelo parto natural humanizado, assinalam-se universos focados nas famílias muito semelhantes aos dois grupos, e em todas as fases, desde a gestação e parto, até o puerpério:

[Me apoiaram] minha mãe, minha sogra, deixa eu ver mais [...] Minha prima que já teve também o parto normal. [...] principalmente a minha mãe, desde o começo, desde o primeiro dia que ela soube que eu estava grávida até o primeiro dia de gestação. [No parto] ela dizia que ia passar, dizia quando acabasse ia descansar, sempre falou, bem antes de ir para maternidade ela vinha me acalmando não foi um espanto. As pessoas que eu encontrava na rua é que me assustavam porque dizia que doía que era a dor da morte e num sei das quantas. Eu não senti tudo isso não, é uma dor chata que incomoda é, mas suportável. (I-14)

Poxa, se eu fiquei assim né, eu imagino que muita gente passe pela mesma situação e não tem o apoio que eu estou tendo da família, não tem as mesmas condições financeiras, até se eu precisasse de psicólogo meu plano de saúde cobriria e tal. [I-06]

Ele [marido] me apoiava a ter o parto normal, ele sempre ia fazer os exames comigo, ia quando dava pra ir nas consultas médicas, ele ia comigo, entendeu? Quando ele não ia era porque tava trabalhando, sempre eu ia só ou com a minha cunhada, mas sempre tive apoio na minha gravidez. [I-07]

Acredita-se que a vida em família no Brasil ainda seja altamente valorada, envolvendo eventos rituais direcionados a este grupo. A própria palavra família não oferece um conceito fechado na antropologia, visto que se constitui como uma instituição cultural e, por isso, modifica-se geográfica e historicamente (BRITO, 2013).

Em nossa sociedade, ainda trabalhamos com o modelo nuclear, hetenormativo e patriarcal, representado por um grupo doméstico composto por homem, mulher e filhos. É este o modelo que prevalece entre as mulheres do Grupo A (cinco das sete), enquanto no Grupo B notou-se famílias monoparentais (cinco de sete).

Porém, em todas as situações, a figura da “Grande Mãe” foi descrita enquanto principal fonte de informação e concepções sobre parto normal:

No tempo da minha mãe e da minha avó na roça, acho que não existia não esse tipo de parto em ter no hospital [...] era em casa, com parteiro. [...] O [parto] da minha mãe acho que foi mais próximo do meu tipo de parto. [...] Ela teve normal todos nós três, no hospital. Entendeu? Agora minha avó eu acho que ela teve em casa as outras três, a minha avó teve quatro. Um homem e três mulheres, todos normais também. (I-03)

Eu já sabia que a cesárea é uma cirurgia de emergência. Eu não queria ter uma cirurgia de emergência pra fazer uma coisa que eu sei que é natural. Na minha família a gente tem histórico, tanto do lado do meu pai quanto do lado da minha mãe, de partos naturais em casa, minha mãe teve seis partos um deles eu, né, todos naturais; a minha avó teve 13 partos só teve uma cesárea, mas porque realmente foi necessária [...] E assim, eu sempre escutava os relatos da minha vó e da minha mãe contando como eu nasci, e eu queria ter a experiência de saber que eu botei meu filho no mundo. (I-02)

Minha mãe, ela teve três partos normais e acho que isso ajudou muito, ela via o parto normal como uma questão muito tranquila assim. Assim como

eu aprendi que a mulher nasce e tem todas as tendências pra parir normal, ela também me passou né, nas entrelinhas da minha educação isso. Que ela pariu três filhos normais né, então o natural seria que eu também viesse a parir de parto normal né; o estranhamento inicial foi só o domicílio. (I-01)

Em 1983, Durham constatou uma tendência à naturalização do conceito de família, uma vez que a categoria está vinculada a uma regulamentação social fundada no sexo e na reprodução. Durante muito tempo o parto foi pensado apenas como um evento de mulheres e a maternagem uma função feminina por excelência (MOURA; ARAÚJO, 2004). Ao realizarem um estudo de caso sobre significado cultural e transgeracional da experiência da gestação, do parto e da maternidade de mulheres negras paulistanas, Moraes e Rabinovich (2010) identificaram que, apesar das diferenças na prestação de assistência à saúde, os cuidados ao parto e puerpério sempre vêm acompanhados de familiares mais experientes.

As autoras evidenciaram ainda que a mãe é a figura que ocupa este espaço de autoridade no tocante a cuidados e experiências passadas para suas filhas. E, independentemente de cor da pele e/ou etnia, a tradição histórico-familiar é a grande responsável pela transmissão geracional de experiências de uma mulher para outra (MORAES; RABINOVICH, 2010).

Em dois estudos antropológicos realizados em São Paulo (MORAES; RABINOVICH, 2010; CARNEIRO, 2014), os relatos maternos conferiam confiança maior ao parto mais natural, tendo em vista que sua primeira geração era marcada por cuidados menos intervencionistas, e prestados por profissionais não médicos (parteiras institucionais ou parteiras curiosas da parturição).

Sendo assim, as mulheres desses estudos valeram-se de relatos positivos enquanto fatores que estimularam sua autoconfiança, e de relatos negativos enquanto motivadores para superar as dores de sua mãe, como aconteceu com a experiência da informante 09, parcialmente já relatada aqui:

Porque a minha mãe sofreu muita violência obstétrica. Só que assim, os dois tipos de parto me assustavam tanto o normal, quanto cesariana, porque no normal que minha mãe teve ela sofreu violência, em todos, e na cesariana também [...] no final [do parto domiciliar] eu fiquei muito feliz assim de ter mostrado uma realidade diferente pra minha mãe, foi tudo pra ela. (I-09)

Além da matriarca, o companheiro foi figura de destaque no tocante ao apoio e à coparticipação no planejamento e/ou aceitação das escolhas das informantes. Porém, foi observado nas mulheres do grupo A e nas mulheres do grupo B, que não tiveram um parto natural humanizado porque assim não o desejaram, um empoderamento individual



responsável pela afirmativa de que a figura do cônjuge/pai foi importante, mas não determinante para suas escolhas:

Ele sempre se mostrou muito aberto e eu por ser mulher e mostrar mais contato ao tema mulher, eu já tinha uma noção eu nunca tinha pego algo mais direcionado, mas eu já tinha uma noção do que era violência obstétrica, mas o empoderamento sobre maternidade, e ele não. [...] ele sempre me deixou muito livre em relação a isso. (I-05)

Olhe, ele recebeu aparentemente de braços abertos, mas no fundo no fundo sempre tinha um pé atrás, porque ele vem de uma família que adora médico [...], ele tinha medo que pudesse acontecer alguma coisa, sempre tinha aquele medo de que sempre vai dar alguma coisa errada. Se por exemplo, por acaso o [marido] tivesse sido contra a minha decisão de querer [...] Ele ia continuar sendo contra, mas eu ia continuar fazendo, a não ser que fosse ele mesmo parir, mas já que é através de mim então eu que escolho. (I-02)

Eu que escolhi minha cesariana, ele meio que não tinha o que dizer porque quem ia sentir a dor era eu. Tudo é com a gente. (I-04)

Moura e Araújo (2004) sugerem que, desde os anos 80, vem ocorrendo uma crescente mudança de conformação nas representações de maternidade e paternidade, que suavizam a auto-evidência dos papéis sociais de cada sujeito. Para as autoras, são as discussões postas pelos casais e a elaboração das situações que determinarão estes papéis. Nesta construção do cenário “ideal” para o parto natural humanizado, desde a gestação, se desenvolvem relações de paternidades ativas, o que culmina mais tarde em dedicação total à criança, como pode ser percebido nas relações estabelecidas pelas mulheres, principalmente do grupo A, e nas mulheres do grupo B, que não tiveram um parto natural humanizado porque assim não o desejaram:

[...] ele me apoiou muito, ele sempre soube que era possível, que eu era capaz, ele aprendeu junto comigo que isso era uma oportunidade que ele também iria aproveitar mais se fosse de outra forma, até mesmo antes e depois do parto ele ficava dizendo: “que estranho né, ficar esperando o filho do lado de fora”. Ele já entendia que isso não era normal. (I-01)

Ele disse que ia me apoiar em tudo que eu quisesse ele ia me apoiar. Aí pronto, falei pra ele que era o parto domiciliar que eu queria tinha certeza disso [...]. Só que eu tava só com dois meses e fui pra o roda gestante e procurando em casa, aí toda vez mandava vídeo, com parto domiciliar ficava com vontade de chorar [...]. Aí eu sempre conversei, [...] levei o [marido] para o Roda e ele sempre participava. (I-09)

Notou-se que a participação e envolvimento dos companheiros foi mais representativo considerando que a configuração do parto natural humanizado exige participação ativa desde o planejamento. Para Martins (2009) e Gama, Graça e Torre (2014), o suporte atual oferecido

pelos serviços desempenham um papel decisivo na adaptação de ambos os genitores, refletindo os benefícios na saúde mental e satisfação conjugal com o processo.

Por sua vez, de acordo com seus relatos, os companheiros das mulheres do Grupo B, que tiveram um parto natural humanizado mesmo que não planejado, acompanharam o que compreenderam estar ao seu alcance, como pré-natal, exames e condução à maternidade. No entanto, não houve disposição de, por exemplo, se exigir presença no momento do parto. Devido ainda ao fato da totalidade dessas mulheres não trabalharem, estes companheiros não puderam colaborar ativamente nos cuidados dos recém-nascidos, uma vez que tiveram que retornar “o quanto antes” a seus trabalhos, que contavam com uma jornada de trabalho um pouco mais extensa que as convencionais de 6 ou 8 horas.

Gama, Graça e Torre (2014) evidencia que o acompanhamento profissional é nomeadamente reconhecido pelos companheiros, que tomam enfermeiras obstetras e da família e médicos obstetras e da família como importantes para a transição para a parentalidade. Sendo assim, “também verificaram que os profissionais de saúde constituem um dos recursos mobilizados, orientando os cuidados para bem-estar da mulher, criança e família” (GAMA; GRAÇA; TORRE, 2014, p. 75).

O fator social mostrou-se representativo como um dos elementos principais na composição do objeto deste estudo. Os familiares e os profissionais não são citados apenas quando questionamos as relações de apoio e incentivo, mas durante todas as dimensões para que fossem respeitados os direitos das mulheres.

## 5 CONCLUINDO E LEVANTANDO MAIS INQUIETAÇÕES

Ao tratarmos das dimensões culturais envolvidas na busca da mulher pelo parto natural humanizado como objeto desta pesquisa, buscamos abordar os significados culturais que as influenciaram, analisando-os a partir dos pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural. Ressaltamos o potencial dos estudos culturais para embasar reflexões e práticas de cuidados culturalmente congruentes.

Verificamos que as compreensões das informantes acerca da parturição perpassam primeiramente seus contextos de saúde e a relação entre as dimensões culturais que os determinam, além do seu entendimento acerca do parto natural humanizado. As mulheres estudadas acreditam que este tipo de parto refere-se a um processo fisiológico que se realiza por via vaginal, com o mínimo de intervenções, atravessando ainda suas necessidades de conforto e a interação da mulher com seu processo, com o feto. Assim se compreende o protagonismo de seus partos, porém não desconectado de suas realidades socioeconômicas.

Atrelando-se a busca ou não busca por esse tipo de parto ao significado cultural atribuído pelas informantes, identificou-se ainda que o modo de vida é fator que as orientou no planejamento do que julgaram ser a melhor opção para que sua autonomia fosse respeitada. No mais, mesmo quando delegam a condução seus processos de saúde a outras pessoas, fazem-no de acordo com experiências e cuidados valorados positivamente, algumas vezes por meio de ideologias políticas ou religiosas.

Estes processos de escolha são acompanhados de perto por familiares e uma consistente rede de apoio, destacando a transversalidade do fator social nas demais dimensões investigadas. Esta evidência leva-nos a significar o parto enquanto um evento também coletivo e interdependente do ambiente onde se estabelece. Porém, ao se pensar nas buscas e concretizações dos partos idealizados por essas mulheres numa sociedade capitalista, elucubramos questões de privilégios de classe, e que não dependem exclusivamente do acesso à informação, às tecnologias, mas à formulação de políticas públicas de saúde. É preciso ponderar os desníveis de visão de mundo entre as mulheres que obtiveram um parto respeitoso às suas vontades perante às que julgavam sequer ter direito a este tipo de assistência.

Conclui-se a que favorecer cuidados culturalmente congruentes ao empoderamento para o parto, em suas mais diversas realidades de saúde, requer o entendimento de significados atribuídos a este processo dentro do contexto de saúde. A Refletir sobre esta correlação é mais estratégico que pensar políticas de qualificação e de educação em

saúde, com exposição de conteúdos incorporados apenas por profissionais de saúde em sua dinâmica assistencial.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011.

ALCÂNTARA, M. R. et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica Faema**, Ariquemes, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011.

AMORIM, M. M. R. et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de saúde Elpídio de Almenida (ISEA): resultados maternos. **Revista Saúde & Ciência UFCG**, Campina Grande, v. 1, n. 1, p. 80-87, 2010.

ARAÚJO, B. R. O. **A violência obstétrica nos serviços de atenção à saúde reprodutiva no Brasil: uma revisão integrativa**. 2014. (Monografia) - Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas, Maceió, 2014.

ARAÚJO, J. R. **Comunicação exclusão: a leitura dos xamãs**. São Paulo: Arte&Ciências, 2002.

BARROS, F. C.; VAUGHAN, P. J.; VICTORA, C. G. Why so many cesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy and Planning**, [Oxford], v. 1, n. 1, p. 19-29, 1986.

BASTON, H.; HALL, J. **O parto**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. (Série Enfermagem Obstétrica Essencial, v. 3).

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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.

BICCHIERI, T.; SILVA, L. R. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 258-265, 2006.

BLANKEN, P.; HENDRICKS, V. M.; ADRIAANS, N. F. P. Snowball sampling: methodological analysis. In: HENDRICKS, V. M.; BLANKEN, P. ADRIAANS, N. F. P.; **Snowball samplig: a pilot study on caccaine use**. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Universiteit, c1992. p. 82-97.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa- RN n. 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jan. 2015. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/CNS, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de atenção à gestante**: a operação cesariana: relatório de recomendação. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e no nascimento. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.

BRITO, L. S. L. Família e parentesco: direito e antropologia. **Red GV: Revista Discente Direito GV**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 76-92, 2013.

CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados de enfermagem. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Org.). **Antropologia para enfermagem**. Barueri: Manole, 2009. (Série Enfermagem, v.1).

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, R. G. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. **Vivência: Revista de Antropologia**, Natal, v. 1, n. 44, p. 11-22, 2014.

CARRARA, G. L. R.; OLIVEIRA, J. P. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, ano 4, n. 6, p. 96-109, 2013.

CEGANO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 409-413, 2004.

- COSTA, A. M. GUILHEMB, D.; WALTERC, M. I. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.
- COSTA E SILVA, S. P.; PRATES, R. C. G. CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana?: fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.
- CRUZ, A. P. Parto natural e parto normal: qual o diferencial? **Revista Enfermagem - COREN-SP**, São Paulo, ano 10, n. 81, p. 21-25, 2009.
- DANTAS, C. C. et al. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.
- DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American tire of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.
- DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: limites e possibilidades das propostas de humanização do parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.
- DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (Org.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. (Col. Perspectivas Antropológicas da Mulher, v. 3).
- FERRARI, J.; LIMA, N. M. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 645-658, 2010.
- FIGUEIRÊDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino- Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 905-912, 2004.
- GAIVA, M. A. M; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, 2002.
- GAMA, E. B. B.; GRAÇA, L. C. C.; TORRE, M. A. D. A transição para a paternidade: vivências de pais três meses após o nascimento do primeiro filho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA. Da formação aos desafios da intervenção em saúde sexual e reprodutiva, 2014, Viana do Castelo. **Livro de Resumos...** Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 2014.
- GARCIA, J. O futuro das práticas de interdisciplinaridade na escola. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 211-232, 2012.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MELLEIS, A. I. **Theoretical nursing, development and progress**. 3st ed. New York: Lippincott, 1997.

GRUPO CERES. **Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher**. São Paulo: Brasiliense, 1981. 383 p.

GUALDA, D. M. R. As dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In: NAKAMURA E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Org.). **Antropologia para enfermagem**. Barueri: Manole, 2009. p. 36-55. (Série Enfermagem, v. 1).

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015.

HOGAN, D. **Feminismo, classe e anarquismo**. Tradução Alejandra Cadenasse e Eliane Neves. [São Paulo]: Faisca, 2009.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em síntese: cidades: Alagoas, Maceió**. Rio de Janeiro, 2016.

JORDAN, B. **Birth in four cultures**. London: Eden Press, 1983.

JUNG, C. G. Relação da psicologia analítica com a obra de arte poética. In: \_\_\_\_\_. **O espírito na arte e na ciência**. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 42-54.

KLEINMAN, A. **Patient sand healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANDY, D. **Culture, disease and healing**. New York: MacMillan: 1977. p. 254-264.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014 .

LEÃO, M. R. C. et al . Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.



LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013 .

LEININGER, M. M. (Ed.). **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, c1991.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. (Ed.). **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett, c2006.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. 3rd ed. New York: The McGraw-Hill, Medical Pub, c2002.

LÉVI-STRAUSS, C. **Anthropologie structurale**. Paris: Plon, 1958.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1982. 540 p.

LÉVI-STRAUSS, C. Raça e ciência. In: \_\_\_\_\_. **Raça e história**. Tradução de René Decol. São Paulo: Perspectiva, 1970.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.

MALATESTA, E. **Textos escolhidos**. Porto Alegre: LP&M, 1984.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MARTINS, A. A. **É importante a espiritualidade no mundo da saúde?** São Paulo: Paulus, 2009.

MELLEIS, A. I. **Theoretical nursing, development and progress**. 3rd ed. New York: Lippincott, 1997.

MELLER, F. O.; SCHÄFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3829-3835, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 3-43, 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

- MINAYO, M. C. S.. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.
- MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8032/5811> >. Acesso em: 10 maio 2016.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende, obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MONTICELLI, M. et al. Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 220-228, 2010.
- MONTICELLI, M.; ALONSO, I. L. K.; LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livro, 1999. p. 94-102.
- MORAES, M. C. L.; RABINOVICH, E. P. O significado cultural e transgeracional da experiência da gestação, do parto e da maternidade de mulheres negras paulistanas. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 40, p. 105-109, 2010.
- MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A Maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.
- NASCIMENTO, K. C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 319-27, 2009.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.
- NOGUEIRA, A. T. **O parto alquímico**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013.
- ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; ALVES, M. D. S. Utilização da teoria do cuidado cultural na pós-graduação em enfermagem: a realidade brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 245-252, 2006.
- PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.
- PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45 n. 1, p. 185-194, 2011.
- PEREIRA, A. L.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2011.
- PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 391-400, 2004.

PESSALACIA, J. D.; RIBEIRO, C. R. O. Entrevistas e questionários: uma análise bioética sobre riscos em pesquisa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 1, n. 3, p. 422-428, 2011.

PIMENTA, D. G. et al. El parto realizado por matronas: uma revisión integradora. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 2, p. 482-93, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 669 p.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, 2010.

PROGIANTI, J. M. et al. A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 266-272, 2006.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RAGO, M. Luce Fabri, o anarquismo e as mulheres. **Textos de História**, Brasília, DF, v. 8, n. 1/2, p. 219-244, 2000.

RIBEIRO, A. A.; RODRIGUES, J. S. M. O rigor metodológico da etnografia em pesquisa de enfermagem: um enfoque na etnoenfermagem. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 4. 2010, Rio Claro. **Anais...** Rio Claro: Universidade Estadual Paulista Campus, 2010.

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.

SALEM, T. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: FGV. 2007. 230 p.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. **Sociological Methodology**, [Washington] , v. 34, p. 193-240, 2014.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-100, 1995.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

- SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research: a guide for Researchers in Education and the Social Sciences**. 4th ed. New York: TeachersCollege Press, 2013. 178 p.
- SILVA, J. D. N. **Urbanização e saúde em Maceió, AL: o caso dos bairros Vergel do Lago, Jacintinho e Benedito Bentes**. (Mestrado em Dinâmicas do Espaço Habitado) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.
- SILVEIRA, R. S. et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 442-446, 2009.
- SOUZA, T. G.; GAIVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.
- SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.
- SPREEN, M. Rare populations, hidden populations and link-tracking designs: what and why? **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [Washington], v. 36, p. 34-58, 1992. p.
- SZYMANZKI, H.. **A relação família/escola: desafios e perspectivas**. Brasília. DF: Liber Livro, 2010.
- TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006.
- TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- VARGENS, O. M. D. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, 2008.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLACO, V. S.. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.
- VENTURI, G. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2010.
- VIANNA, H. M. **Pesquisa em educação: a observação**. Brasília, DF: Plano, 2003. (Série Pesquisa em Educação, 5).
- VICTORA, C. G. **Mulher, sexualidade e reprodução: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre**. 1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, London, v. 335, n. 7628, p. 1025, 2007.

WELCH, A. Z. Madeleine Leininger: culture care: diversity and universality theory. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Ed.). **Nursing theorists and their work**. 8th ed. St Louis: Mosby, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneve, 1996.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Id: \_\_\_\_

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

Eu ....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo **DIMENSÕES CULTURAIS ENVOLVIDAS NA BUSCA PELO PARTO NATURAL HUMANIZADO**, recebi d(o,a) Sr(a). **Bárbara Régia Oliveira de Araújo** da **Universidade Federal de Alagoas** responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a descrever os significados culturais atribuídos na busca da mulher pelo parto natural humanizado;

Que a importância deste estudo é a de favorecer, àqueles que se apropriem do conhecimento construído, reflexões acerca do trabalho de enfermeiras obstetras e demais profissionais que prestem assistência ao parto natural humanizado (PNH) em diferentes contextos de assistência à saúde à medida em que se descreve processo de busca por este tipo de parto;

Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: descrever os significados culturais atribuídos na busca da mulher pelo PNH e analisar, com base no Sunrise Model, a influência destas dimensões culturais na busca pelo PNH

Que esse estudo começará em dezembro de 2015 e terminará em julho de 2016

Que o estudo será feito da seguinte maneira: Após a aprovação do comitê de ética, a pesquisadora abordará as possíveis entrevistadas selecionadas por conveniência e através de um roteiro semi-estruturado, entrevistará mulheres que queriam e tiveram um PNH; mulheres que queriam e não tiveram um PNH; mulheres que não queriam e tiveram um PNH e mulheres que não queriam e não tiveram um PNH. Os resultados serão analisados de acordo com uma metodologia que permite identificar a visão de mundo do sujeito e a sua influência nos padrões de cuidado e saúde de famílias, grupos ou indivíduos

Que eu participarei das seguintes etapas: Entrevista;

Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: tristeza por não ter alcançado o tipo de parto que almejei, constrangimento ao lembrar de situações vexatórias que passei em virtude do meu tipo de parto, aborrecimento por reviver eventuais violências sofridas; medo de reviver alguma experiência as quais relatarei. Neste caso a pesquisadora assegura que eu posso me retirar do estudo a qualquer momento, sem insistência e sem prejuízo pessoal algum. Posso ainda ter dúvidas quanto aos questionamentos realizados pela pesquisadora e não-interpretação dos ocorridos, sentindo-me insegura em relação às respostas dadas e para isso me será assegurado a explanação dos objetivos e etapas do formulário de forma acessível e garantido a mim, posteriormente, a validação das minhas respostas antes das mesmas constarem no estudo;

Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: reviver possíveis traumas, estresse, ansiedade, medo e irritação. Pode ainda haver sensação de tristeza e/ou dificuldade de desapego em relação às questões sentimentais que envolvem a busca pelo parto natural humanizado.

Que verei contar com a seguinte assistência direcionamento a um serviço de psicologia por parte da pesquisadora Bárbara Régia Oliveira de Araújo;

Que os benefícios que verei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: Colaboração para com o empoderamento individual e coletivo de outras mulheres que busquem o parto natural humanizado e a todos que se apropriem do conhecimento construído, profissionais ou não; Colaboração com o levantamento de evidências científicas acerca do parto natural humanizado;

Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa.

Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Contato de urgência: Sr(a).**

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Telefones p/contato

**Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

**Bárbara Régia Oliveira de Araújo**

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Endereço Rua Dr, Virgílio Guedes, 794. Ponta Grossa. 57014-002. Maceió/AL:

Telefones p/contato: 999839343

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza**

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Endereço: CondomínioSanNicolas, 0. Serraria. 57043-060

Telefone: 99985-3589

**ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas**

**Prédio da Reitoria, 1º Andar , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária**

**Telefone: 3214-1041**

Maceió,

	<p><i>Bárbara Régia Oliveira de Araújo</i>          .....          Bárbara Régia Oliveira de Araújo</p> <p><i>Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza</i>          .....          Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza</p>
<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(cis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS POR ENTREVISTA  
GUIADA  
(GRUPOS I e II)**

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**Iniciar com TCLE**

**Bloco I: Perguntas de abertura**

**1.1 Perguntas de aproximação e relacionadas ao objeto de estudo**

- ✓ Você está sendo entrevistada porque escolheu ter um parto natural humanizado (PNH), foi isso?
- ✓ O que você entende por parto natural?
- ✓ O que você entende por parto humanizado?
- ✓ Por que você planejou este tipo de parto?
- ✓ Como aconteceu seu parto?

**1.2 Dados de identificação**

- ✓ Paridade G \_\_\_\_ PN \_\_\_\_ PC \_\_\_\_ A \_\_\_\_
- ✓ Gestação que buscou o primeiro parto planejado (PP): \_\_\_\_\_  
A gestação foi planejada, sim ou não?  
Como seu companheiro recebeu a gravidez? Como ele recebeu sua escolha pelo PNH?  
Como os familiares receberam a gravidez? Como sua família recebeu sua escolha pelo PNH?  
Como seus amigos receberam a gravidez? Como seus amigos receberam sua escolha pelo PNH?
- ✓ Idade no momento do PP \_\_\_\_\_ anos / Idade atual \_\_\_\_\_ anos
- ✓ Escolaridade no momento do PP \_\_\_\_\_ / Atual \_\_\_\_\_
- ✓ Ocupação principal no momento do PP \_\_\_\_\_ / Atual \_\_\_\_\_
- ✓ Estado civil no momento da decisão sobre o PP \_\_\_\_\_  
Tempo de relacionamento no momento da decisão sobre o PP \_\_\_\_\_

**BLOCO II – Perguntas intermediárias: Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado**

**2.1 Dimensão: Modo de vida**

- ✓ Como você me diria que é a sua forma de viver?
- ✓ Fale como sua forma de viver teve relação com sua caminhada até o dia do parto.
- ✓ De que forma a sua forma de viver teve relação com como aconteceu o seu parto?

**Dimensão 2: Fatores econômicos**

- ✓ Qual a renda da sua casa?
- ✓ Na gestação que você escolheu o seu PNH, como era a sua situação financeira, como você se mantinha?
- ✓ Para escolher o PNH, você pensou na sua situação financeira naquele momento?
- ✓ Como o PNH afetou o seu orçamento?

### **Dimensão 3: Fatores educacionais**

- ✓ Conte como foi a sua educação familiar no que se refere educação sexual para mulheres, principalmente de gestação e parto.
- ✓ Esse tipo de educação familiar influenciou na sua escolha pelo PNH?
- ✓ Conte como foi a sua educação escolar no que se refere às questões femininas, principalmente de gestação e parto.
- ✓ Esse tipo de educação escolar influenciou na sua escolha pelo PNH?

### **Dimensão 4: Fatores políticos e legais**

*Você provavelmente tem conhecimento de que em todas as eleições nós escolhemos políticos que vão lutar pelos nossos direitos enquanto pessoas que moram numa cidade, num estado ou num país, garantindo o atendimento das nossas necessidades, que se referem a saúde (pré-natal, parto), educação, habitação e outros. Por outro lado, nós pagamos impostos nas mínimas coisas que compramos e pagamos no nosso dia-a-dia, além dos mais conhecidos como taxas de luz, de saneamento, etc. Isso é uma ideia dos direitos e deveres que temos como cidadãos.*

- ✓ Nessa condição de viver que comentamos, conte o que você conseguiu relacionado a esses direitos no momento que decidiu ter um PNH, principalmente em relação à pré-natal e um parto humanizado.
- ✓ Como você acha que funcionam os serviços públicos que permitiriam que você tivesse um parto natural humanizado no momento que você optou por ele.

### **Dimensão 5: Fatores tecnológicos**

Para o parto natural humanizado, sei que você entende que não só é preciso que existam recursos materiais e profissionais preparados para isso, mas que também tenha acesso à informação para chegar até esse tipo de assistência.

- ✓ Como você chegou a informação de que existia esse tipo de parto?
- ✓ Qual o caminho que você percorreu até chegar aos profissionais que prestaram assistência a você?
- ✓ De quem você recebeu ou de onde você tirou as orientações sobre o planejamento do seu PNH?

### **Dimensão 6: Companheirismo e fatores sociais**

- ✓ Quem foram as pessoas que lhe incentivaram para a escolha do PNH?
- ✓ Como essas pessoas lhe apoiaram durante a gravidez e no momento do parto?

**Dimensão 7: Fatores religiosos e filosóficos**

*Entendendo que as pessoas podem ter crenças religiosas e uma forma de ver o mundo (politicamente e religiosamente) em que vive a partir de agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre isso.*

- ✓ Conte como foi a educação religiosa que você recebeu na sua família e se ela é ainda é a mesma que dirige a sua vida atualmente.
- ✓ Levando em consideração a sua educação religiosa atualmente, como ela pode ter lhe influenciado na escolha pelo PNH?
  
- ✓ Politicamente falando, como você se vê?
- ✓ Levando em consideração suas crenças políticas, você considera que elas tiveram alguma influência na sua escolha pelo seu tipo de parto?

**BLOCO III – Considerações finais**

- ✓ Você acha que você conseguiu ter o parto que você planejou?
- ✓ Se sim, por quê? Se não, por quê?
- ✓ Após responder estas perguntas, o que você gostaria de acrescentar sobre as coisas que te ajudaram/incentivaram/atrapalharam na busca pelo seu parto humanizado?
- ✓ Pela sua experiência, que conselhos você daria a uma mulher que está buscando um PNH?
- ✓ Tem algo mais que você gostaria de acrescentar ou alguma pergunta a fazer?

**APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS POR ENTREVISTA  
GUIADA  
(GRUPOS III e IV)**

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**Iniciar com TCLE**

**Bloco I: Perguntas de abertura**

**1.2 Perguntas de aproximação e relacionadas ao objeto de estudo**

- ✓ Você já ouviu falar em parto natural?
- ✓ O que você entende por parto natural?
- ✓ O que você entende por parto humanizado?
- ✓ Você planejou o tipo de parto que teve? Gostaria?
- ✓ Como aconteceu seu parto?

**1.2 Dados de identificação**

- ✓ Paridade G\_\_\_\_ PN\_\_\_\_ PC \_\_\_\_ A\_\_\_\_
- ✓ Gestação que buscou o primeiro parto planejado (PP): \_\_\_\_\_  
A gestação foi planejada, sim ou não?  
Como as pessoas (companheiro, família e amigos) receberam sua opção pelo tipo de parto que iria querer?
- ✓ Idade no momento do PP \_\_\_\_\_ anos / Idade atual \_\_\_\_\_ anos
- ✓ Escolaridade no momento do PP \_\_\_\_\_ / Atual \_\_\_\_\_
- ✓ Ocupação principal no momento do PP \_\_\_\_\_ / Atual \_\_\_\_\_
- ✓ Estado civil no momento da decisão sobre o PP \_\_\_\_\_  
Tempo de relacionamento no momento da decisão sobre o PP \_\_\_\_\_

**BLOCO II – Perguntas intermediárias: Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado**

**2.1 Dimensão: Modo de vida**

- ✓ Como você se diria que é a sua forma de viver?
- ✓ Fale como é a vida das mulheres de sua casa ou família em que você foi criada.
- ✓ Fale como sua forma de viver teve relação com sua caminhada até o dia do parto.
- ✓ De que forma a sua forma de viver teve relação com como aconteceu o seu parto?

**Dimensão 2: Fatores econômicos**

- ✓ Qual a renda da sua casa?
- ✓ Na gestação que estamos falando, como era a sua situação financeira, como você se mantinha?

- ✓ Sua situação financeira pesou naquele momento pro seu parto?
- ✓ Como seu parto afetou seu orçamento?

### **Dimensão 3: Fatores educacionais**

- ✓ Conte como foi a sua educação familiar no que se refere educação sexual para mulheres, principalmente de gestação e parto. **Citar a mãe**
- ✓ Esse tipo de educação familiar influenciou no seu tipo de parto?
- ✓ Conte como foi a sua educação escolar no que se refere às questões femininas, principalmente de gestação e parto.
- ✓ Esse tipo de educação escolar influenciou na sua escolha pelo seu tipo de parto?

### **Dimensão 4: Fatores políticos e legais**

*Você provavelmente tem conhecimento de que em todas as eleições nós escolhemos políticos que vão lutar pelos nossos direitos enquanto pessoas que moram numa cidade, num estado ou num país, garantindo o atendimento das nossas necessidades, que se referem a saúde (pré-natal, parto), educação, habitação e outros. Por outro lado, nós pagamos impostos nas mínimas coisas que compramos e pagamos no nosso dia-a-dia, além dos mais conhecidos como taxas de luz, de saneamento, etc. Isso é uma ideia dos direitos e deveres que temos como cidadãos.*

- ✓ Nessa condição de viver que comentamos, conte o que você conseguiu relacionado a esses direitos no momento que decidiu como seria seu parto, principalmente em relação à pré-natal e um parto humanizado.
- ✓ Como você acha que funcionam os serviços públicos que permitiriam que você tivesse um parto natural humanizado caso você tivesse de planejado pra um?

### **Dimensão 5: Fatores tecnológicos**

- ✓ Qual o caminho que percorreu até chegar aos profissionais que prestaram assistência a você?
- ✓ **Se houve planejamento:** De quem você recebeu ou de onde você tirou as orientações sobre o planejamento do seu parto?

### **Dimensão 6: Companheirismo e fatores sociais**

- ✓ Quem foram as pessoas que lhe incentivaram para o tipo de parto que você teve?
- ✓ Como essas pessoas lhe apoiaram durante a gravidez e no momento do parto?

### **Dimensão 7: Fatores religiosos e filosóficos**

*Entendendo que as pessoas podem ter crenças religiosas e uma forma de ver o mundo (politicamente e religiosamente) em que vive a partir de agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre isso.*

- ✓ Conte como foi a educação religiosa que você recebeu na sua família e se ela é ainda é a mesma que dirige a sua vida atualmente.

- ✓ Levando em consideração a sua educação religiosa atualmente, como ela pode ter lhe influenciado no seu parto?
- ✓ Politicamente falando, como você se vê?
- ✓ Levando em consideração suas crenças políticas, você considera que elas tiveram alguma influência na sua escolha pelo seu tipo de parto?

### **BLOCO III – Considerações finais**

- ✓ Você acha que você conseguiu ter o parto que você planejou?
- ✓ Se sim, por quê? Se não, por quê?
- ✓ Após responder estas perguntas, o que você gostaria de acrescentar sobre as coisas que ajudariam /incentivariam/atrapalhariam uma mulher que quisesse um parto humanizado?
- ✓ Pela sua experiência, que conselhos você daria a uma mulher que está buscando um PNH?
- ✓ Tem algo mais que você gostaria de acrescentar ou alguma pergunta a fazer?

**ANEXO**



**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A BUSCA DA MULHER PELO PARTO NATURAL HUMANIZADO: DIMENSÕES CULTURAIS E CONCEPÇÕES DE CUIDADOS FUNDAMENTADOS EM MADELEINE LEININGER

**Pesquisador:** BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50481115.1.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.423.003

**Apresentação do Projeto:**

Este projeto de pesquisa tem como objeto as dimensões culturais envolvidas na busca da mulher pelo parto natural humanizado com base no modelo Sunrise – mapa visual e cognitivo para a apreensão dos múltiplos fatores que influenciam nas concepções de cuidado –, alicerçado na Teoria do Cuidado Transcultural. Levantar-se-á conhecimentos que auxiliem a compreensão da enfermagem sobre os elementos que constituem a busca pelo parto natural humanizado, possibilitando uma assistência obstétrica que respalde sua práxis em cuidados culturalmente congruentes com o contexto da capital alagoana em suas diversas realidades geográficas e sociais. Tem-se como objetivos: 1) Descrever quais dimensões culturais e sociais podem ser identificadas na busca de mulheres pelo parto natural humanizado; 2) Identificar a influência destas dimensões nos padrões de cuidados e expressão de saúde adotados por estas mulheres. Trata-se de uma proposta de estudo qualitativa calcada na Etnoenfermagem. Os pressupostos desta metodologia são baseados na etnografia voltada para o estudo de campo na enfermagem propostos por Madeleine Leininger (teórica da enfermagem) em sua Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural. O estudo pretende desenvolver-se inicialmente, nas reuniões do grupo de apoio à gestação, parto e maternidade ativa "Roda Gestante", que se reúne em na capital de Alagoas – Maceió – a fim de partir de um lugar específico

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.423.003

e em comum para a seleção das informantes-chave e, posteriormente, o cenário será redirecionado para o desenvolver de atividades destas mulheres. O método de coleta de dados compreenderá quatro fases de observação, uma fase de entrevista e quatro fases de análise de dados. Serão apreendidos dados brutos através de diários de campo e roteiro semi-estruturado direcionado aos aspectos notados nas fases iniciais de observação. A análise dos dados e síntese final de pensamento será feita baseada na Teoria do Cuidado Transcultural, contando com a descrição minuciosa do método e resultados obtidos

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Descrever quais dimensões culturais e sociais podem ser identificadas na busca de mulheres pelo parto natural humanizado.

Objetivo Secundário: Identificar a influência destas dimensões nos padrões de cuidados e expressão de saúde adotados por estas mulheres.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa observacional, em si, apresenta riscos peculiares à interação pesquisador-pesquisado. Segundo Vianna (2003), o observador pode apresentar um viés pessoal excessivamente forte nas observações e julgamentos, introduzindo efeitos problemáticos para a pesquisa. Para Queiroz et al (2007) a observação incorre em risco de imersão total em outra realidade, o que pode significar deformações subjetivas da realidade estudada. A respeito dessa questão, o autor, porém afirma que a desvantagem expressa, não constitui problema na pesquisa qualitativa, considerando que seus pressupostos e características estejam bem definidos. Podemos considerar ainda como dificuldade o efeito de halo (VIANNA, 2003), que envolve a transferência de impressões generalizadas sobre características ou situações. Para evitar este efeito, a priori, deve estar bem definido para si mesmo o papel do pesquisador no método, além da descrição completa de todos os aspectos observados e registrados de maneira concreta, devendo o observador evitar emprego de palavras abstratas ou sujeitas a múltiplas interpretações posteriores. Outra possibilidade é a ocorrência dos efeitos da reatividade, que é a reação não comum do observado mediante a presença do observador ou equipamentos utilizados no registro de dados. Como medida, "a presença do observador ou de equipamentos pode ser atenuada ocultando-se o instrumental" (VIANNA, 2003, p. 07), além de fazer com que o acompanhamento da observação desperte um mínimo de atração no meio. Na etapa de entrevista, ainda podemos contar com riscos interacionais, podendo gerar constrangimentos, estresse, exposição e ansiedade. Neste sentido, Pessalacia e Ribeiro (2011) sugerem que uma medida de prevenção seria a compreensão prévia de

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900  
**UF:** AL **Município:** MACEIO  
**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.423.003

todos os sujeitos acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados, além da revisão, por parte do pesquisador de questões que possam trazer algum tipo de incômodo. Salienda-se ainda a possibilidade de desistência por parte do entrevistado ou reagendamento de outro momento para entrevista.

Os possíveis riscos e benefícios estão adequadamente descritos e considerados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está adequadamente fundamentado e justificado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Juntamente com essa versão do projeto (re-submissão), foram apresentados os seguintes documentos para apreciação:

TCLE,  
Declaração da gestante,  
Projeto corrigido,  
Folha de rosto,  
Informações básicas do projeto.

**Recomendações:**

Embora apresentado, o documento de autorização não está carimbado nem em papel timbrado. É necessário que a folha de rosto seja carimbada pelo responsável. Recomendamos providenciar a aposição do carimbo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos critérios estabelecidos na Resolução 466/2012.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_498822.pdf	01/02/2016 02:27:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaorodagestante_anexoll.jpg	01/02/2016 02:26:57	BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO	Aceito

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

**UF:** AL **Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.423.003

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPjANEIRO.pdf	01/02/2016 02:25:33	BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/10/2015 18:28:56	BÁRBARA RÉGIA OLIVEIRA DE ARAÚJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/04/2015 01:39:51		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 24 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
**Deise Juliana Francisco**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com