

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Priscila de Oliveira Macedo

Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PRISCILA DE OLIVEIRA MACEDO

Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal

Dissertação apresentada à banca examinadora
do curso de Mestrado da FE/UERJ para obten-
ção do título de mestre.

Orientador: Doutor Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2007

Priscila de Oliveira Macedo

Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal

Dissertação apresentada à banca examinadora
do curso de Mestrado da FE/UERJ para obten-
ção do título de mestre.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora: _____

Professor Doutor Octavio Muniz da Costa Vargens
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Professora Doutora Marialda Moreira Christoffel
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Professora Doutora Lúcia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Professora Doutora Carla Luiza França Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Professora Doutora Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro
2007

DEDICATÓRIA

Às Mulheres

AGRADECIMENTOS

A Deus

A Octávio Muniz da Costa Vargens – meu orientador e amigo

Aos meus pais Flávio Lúcio e Maria Isaura

Aos meus irmãos Alex e Thiago

A Alexandre Soares pela atenção e apoio técnico

Às colegas do mestrado – Jane, Eneida, Rafael, Haline, Bia, Alessandrea, Paula

Aos amigos da Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro e Hospital Geral de
Bonsucesso

Aos amigos da UERJ – Renan, Fabíola, Marcelo, Cida, Nina.

Às residentes – Daniele, Renata, Raqueli, Thalita, Natália, Aline, Sabrina, Thiago, Ana
Carolina, Carol.

À professora Jane Márcia Progianti – minha eterna orientadora

Às professoras Marialda Christoffel e Lúcia Helena – que me acolheram

Quem será que inventou essa idéia de que viver a dor do parto é sinônimo de doença? Provavelmente foi alguém que jamais amou o suficiente, que vê a si mesmo incapaz, que não se reconhece competente. Foi alguém num momento de desarmonia. Foi alguém que nunca pariu, certamente!

Priscila Macedo e Octávio Vargens

Resumo

Estudo qualitativo. Teve como objetivos Identificar os significados atribuídos à dor por mulheres que vivenciaram o parto vaginal, Analisar a vivência da dor segundo a percepção de mulheres que pariram por via vaginal e Discutir as estratégias vivenciadas pelas mulheres para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto vaginal. Os dados foram coletados no Alojamento Conjunto da maternidade da Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro com puérperas que passaram algum tempo dos seus trabalhos de parto na instituição. O instrumento para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados tratados com a técnica de Análise temática de Conteúdo. Para análise dos dados foi utilizado um referencial teórico pertinente aos diversos modelos assistenciais ao parto no Brasil. Vimos que as mulheres significam a dor no parto como sofrimento e/ou prazer e esse sofrimento tem a dimensão redentora influenciada pela Igreja, a dimensão heróica influenciada pela cultura e a dimensão inútil influenciada pela medicalização que retira os significados da dor. Elas significam a dor também com o prazer quando a relaciona com o bebê e com a saúde. As depoentes viveram a dor no parto sentindo uma sensação intensa e até violenta ou fisiológica que tem características próprias e são pertinentes ao processo de parturição. Algumas mulheres não focaram sua atenção na dor. Ela valorizaram mais as respostas psicoemocionais. As depoentes sentiram mais dor quando estavam dentro do hospital sofrendo as intervenções do seu modelo assistencial. Perante a dor no parto elas estrategicamente seguem os conselhos medicalizadas e comportam-se de forma civilizada. Outras mulheres utilizam estratégias instintivas para lidar com a dor no parto. Todas as estratégias utilizadas parecem ter por finalidade a finalização do processo parturitivo.

Palavras chaves: Enfermagem Obstétrica, Parto, Dor, Saúde da Mulher.

Abstract

Qualitative study. Its object was to identify the meanings attributed to the pain by women who experienced vaginal childbearing, analyze the experience of the pain according to the perception of women who gave birth through vaginal delivery and discuss the strategies experienced by women to alleviate the pain during labor and delivery. The data was collected at the “Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro” with women in their immediate puerperium who had their childbearing labor at that institution. The data was collected through a semi-structured interview. The interviews were recorded, transcribed and the data treated through the technique of Thematic Content Analysis. For the data analysis, a theoretical standpoint was adopted pertaining to the various models of childbearing assistance in Brazil. We discovered that women see the pain in labor as suffering and/or pleasure and that suffering carries the redeeming aspect as influenced by the Church, the heroic aspect as influenced by culture and the useless aspect as influenced by the medicalization which removes all the significance of pain. They also see the pain as pleasure when they associate it to the child and health. The interviewed women experienced the pain in labor as an intense sensation, sometimes even violent or physiological, which bears its own characteristic relating to the delivery process. Some women did not focus on the pain. They valued the psycho-emtional response more. The interviewed women felt more pain while inside the hospital enduring the interventions of their assistential model. When facing the pain in labor, those women strategically follow the medicalized advice and behave in a civilized manner. Other women employ instinctive strategies to deal with the pain in labor. All the strategies used seem to aim to complete the delivery process

CONTEÚDO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
1.1	Contextualização do estudo	1
1.2	Apresentação do objeto, das questões norteadoras e dos objetivos	7
1.3	Interesses no desenvolvimento deste estudo	8
1.4	Justificativa e contribuições do estudo	8
2	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA METODOLÓGICA	10
3	SIGNIFICANDO A DOR NO PARTO	15
3.1	Relacionando a dor no parto com o sofrimento	15
3.1.1	<u>A dor no parto como sofrimento redentor</u>	17
3.1.2	<u>A dor no parto como sofrimento heróico</u>	21
3.1.3	<u>A dor no parto como sofrimento inútil</u>	23
3.2	Relacionando a dor no parto com o prazer	26
4	VIVENDO A DOR NO PARTO	28
4.1	Sentindo a dor no parto	28
4.2	Respondendo à dor no parto	34
4.3	A dor no parto e a permanência no hospital	38
5	Estratégias de Alívio da Dor no Parto	41
5.1	Submetendo-se à dor no parto	41
5.2	Seguindo as condutas medicalizadas	42
5.3	Enfrentando instintivamente a dor no parto	44

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do estudo

Atuando como enfermeira obstétrica noto que a dor no parto é expressa pela parturiente como um fator desgastante. Grande parte das mulheres manifesta o medo da dor. A dor parece inibir as mulheres no decurso e conclusão do seu trabalho de parto. O receio da dor ou o não querer sentir dor faz as mulheres solicitarem a operação cesariana e analgesias.

Tedesco et al (2004) diz que as mulheres primigestas preferem o parto normal em virtude da sua praticidade e por causa dos sofrimentos ocasionados pela cirurgia. Para Barbosa et al (2003) o desejo pela cesariana é expresso durante o trabalho de parto, o que reforça a idéia que esse pedido é feito em virtude da dor no parto. Essa autora cita os fatores que conduzem as mulheres a esta escolha: ausência de um acompanhante, o tempo entre a admissão e o parto, as experiências anteriores e o não uso de técnicas de alívio da dor. Entretanto, no estudo de Hotimsky et al (2002) a dor no parto não foi mencionada como principal fator para o pedido pela cesárea, as mulheres parecem temer a dor, porém a qualidade de assistência prestada durante o trabalho de parto é mais relevante que a dor. Enkin et al (2005, p. 177) nos diz que, “a satisfação no parto não depende da ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor no parto, mas não querem que a dor seja excessiva”. Assim, a preferência das mulheres é pelo parto vaginal. Porém, é freqüente a solicitação pela operação cesariana para a resolução do seu parto. Esse pedido ocorre no momento da dor. Entretanto, a dor não parece ser o motivo essencial para o desejo pela cesariana, mas sim a forma como a dor é encarada pela mulher e pelos profissionais que a cercam.

Ao longo da nossa história, o intenso processo de medicalização, embutiu nas mulheres a idéia da incapacidade de passar e finalizar o processo do parto sem intervenções invasivas. A dor ocasionada pelo parto é um dos pontos explorados pela medicalização do fisiológico, e passada de geração a geração, é tida como uma das piores sensações que pode ser sentida por um ser humano.

Rohden (2001) explica que durante o século XVIII intensificou-se um movimento de diferenciação dos corpos femininos e masculinos. O corpo feminino era considerado inferior ao corpo masculino e destinado à maternidade. Assim, o corpo da mulher era

potencialmente patológico por sua própria natureza e em momentos como o parto, a mulher se tornaria física e moralmente vulnerável. No Brasil do século XIX “as dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas” (ROHDEN 2001, P. 73) e havia um receio da associação da anestesia com um comportamento de excitação sexual pela mulher. Então, a dor não era entendida como uma deficiência do corpo da mulher. A dor no parto era tida como meio de realização plena da maternidade, e purificação dos pecados.

Vieira (2002) avalia a tese de José Belizário de Lemos Cordeiro de 1876 sobre o uso de anestésicos durante o parto normal. Neste estudo, o autor baseado nas várias classes sociais das mulheres, compara e difere o nível de sensibilidade, de dor e laboriosidade durante os partos e a necessidade de anestesia.

Proganti (2001) cita que no processo de medicalização do corpo feminino, as mulheres de classe social elevada desejavam o parto tecnocrata e sem dor em virtude do significado que atribuíam ao próprio corpo e para demonstrar o poder aquisitivo dos seus maridos, tornando-se mais vulneráveis à medicalização do corpo e da dor no parto. Assim, o significado atribuído à dor no parto pelas mulheres deixa de ser a expurgação dos pecados e passa a ser a confirmação de sua posição social privilegiada, com a eliminação da dor através da medicalização.

Neste momento, o significado atribuído à dor no parto pelas mulheres deixa de ser a expurgação dos pecados e passa a ser a confirmação de sua posição social privilegiada, com a eliminação da dor através da medicalização. Proganti e Barreira (2001) reforçam essa mudança de significados quando cita que o uso do clorofórmio e do éter para o alívio da dor no parto era proibido devido ao caráter redentor da dor para a mãe. Porém essa substância foi viabilizada em 1853 (século XIX), quando a Rainha Vitória solicitou o seu uso.

A “narcose” e o “fórceps” foram introduzidos na assistência ao parto no Brasil desde o início do século 20 por Fernando Magalhães com o título de “humanização”. Essas idéias foram difundidas ao longo do tempo por uma medicina misericordiosa frente ao sofrimento materno. Assim, o processo de parto deveria ser vivido com a mulher sedada e imobilizada e o funcionamento do seu útero conduzido pelos médicos (DINIZ, 2001).

Diniz (2001) diz que desde a segunda metade do século 20 até os dias atuais a mulher passou a vivenciar o trabalho de parto e parto conscientemente e submetida a uma cascata de procedimentos rotineiros. No sistema privado, o sofrimento causado por esse modelo assistencial pode ser prevenido com a cesariana eletiva.

O modelo tecnocrático de assistência ensinou às mulheres e aos profissionais a encararem dor no parto como um sintoma insuportável. Em 1970, essa forma de atendimento já havia alcançado a hegemonia no campo obstétrico em todos os países desenvolvidos. A assistência biomédica considera que a gravidez e o parto devem ser administrados, compreendidos e vivenciados sob soluções técnicas. O modelo se consolidou no Brasil após a década de 60, tendo o médico como único responsável pelo atendimento às mulheres.

É esse o modo de atenção vigente no atendimento às parturientes no nosso país (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Atualmente o serviço de analgesia não é oferecido rotineiramente e as intervenções continuam sendo realizadas de forma abusiva e sendo a própria mulher culpabilizada por esse tipo de assistência. A dor produzida pela imposição destes procedimentos vai muito além daquela explicada pela fisiologia do parto (DINIZ, 2001).

Diniz (2001) esclarece que no modelo típico o pedido da mulher por ajuda é ignorado devido a sua culpa sexual pela gravidez. No modelo de transição, a dor tida como natural é intensificada para finalizar o processo parturitivo. Com as evidências científicas os profissionais espantam-se com a grave situação de exposição das mulheres e com a passividade delas.

Na prática diária observo que a atuação da enfermeira obstétrica e o oferecimento das tecnologias de cuidados da enfermagem parecem tranquilizar e ajudar as mulheres a percorrerem e finalizarem os seus trabalhos de parto de forma mais amena. A enfermeira se utiliza de medidas não invasivas e do cuidado de enfermagem para atuar no processo de desmedicalização do parto (PROGIANTI, LOPES e GOMES, 2003). A desmedicalização da assistência ao parto, os cuidados prestados à mulher baseados em evidências científicas e a consideração aos direitos de informação e decisão da mulher fazem parte de um modelo humanizado de assistência à mulher. Esse modelo iniciou-se em 1996 com a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) do documento “Maternidade Segura – assistência ao parto normal: um guia prático”. Este documento diz que “deve existir uma razão válida para interferir no processo natural” da parturição (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002; OMS, 1996).

Diariamente noto que algumas parturientes manifestam-se em altos brados, são agressivas ou parecem descontroladas durante o trabalho de parto e atribuem essas manifestações à dor. Entretanto, fatores ambientais favoráveis parecem tranquilizá-las. Assim, freqüentemente reparo que a mulher substitui o desespero pela confiança quando lhe são oferecidos esclarecimentos, companhia e tecnologias de cuidados.

No estudo de Macedo et al (2005) acerca da relação entre o ambiente e dor no parto, a liberdade para se movimentar e realizar suas vontades, a presença atenciosa de um acompanhante, a água, o toque das massagens e a satisfação de ser mãe foram fatores que, segundo as puérperas, as ajudaram a passar pelo momento de trabalho de parto e parto. A mudança de posição da mulher, o contato com a água, o calor e o frio, as massagens, entre outros, são opções úteis para o alívio da dor no parto, não causam efeitos colaterais prejudiciais, embora não sejam tão eficazes quanto à analgesia e careçam de estudos científicos (ENKIN et al, 2005).

Intrigante é o fato de que a dor parece ser minimizada por esses fatores, o que me leva a considerá-la não mais de forma biológica, mas de forma sentimental. Para Hotimsky et al (2002) a mulher em trabalho de parto deseja ter espaço para a sua dor e vulnera-

bilidade, deseja ter respeitadas suas vontades e necessidades. Para Duarte (2003) não se sentir sozinha nesse momento e ser cuidada com carinho e informação pode ser de grande ajuda para a travessia do período do parto. Duarte (2003) diz também que “deve haver compreensão, paciência, competência e respeito para com seus ritmos e tempos”.

No estudo de Gurgel et al (1997) as mulheres significaram a dor como sensação de alívio, liberdade e prazer. As autoras recomendam que as medidas para alívio da dor sejam acordadas com a mulher, respeitando a confiança, segurança, aceitação e o amor.

Estamos na era da medicina baseada em evidências, mas, percebo que há uma forte tendência para medicalizar a dor no parto. A Rede Nacional Feminista de Saúde (2002) relata que as recomendações da OMS não são atendidas devido às percepções, expectativas, preferências e conveniências dos profissionais e das mulheres, além das questões culturais, estruturais e financeiras. Fica claro que as ações das políticas públicas em relação à redução do número de cesáreas, no Sistema Único de Saúde, surtiram efeito, fazendo com que o Brasil atingisse uma taxa de cirurgias próxima daquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde para a América Latina que é de 20% (BRASIL 2002, p. 56). No ano de 2003 a proporção de partos casarios no Brasil era de 41,02%, tendo a Região Nordeste o menor índice, 29,66% e a Região Sudeste o maior de 49,04%. Entretanto quando observamos os números dentro do Sistema Único de Saúde em 2004, percebemos que essa proporção cai abruptamente para o total de 27,53%, sendo de 23,16% na Região Nordeste e de 31,41% na Região Sudeste (DATASUS, 2006). Parece que o profissional médico vem diminuído a prática cirúrgica de rotina para extração do feto, porém, não com o intuito de desmedicalizar sua assistência, mas sim pelo forte apelo político e social para a redução desta prática, vista as altas taxas de cesarianas no país contrastadas com os números deste procedimento quando se trata do Sistema Único de Saúde.

Penso que medicalizar a dor no parto é uma tentativa de manter a dominação masculina sobre o processo natural de parir. Com a imposição da diminuição do número de operações cesarianas, a dor passa a ser o alvo da medicalização na tentativa de manter nas mãos dos médicos o domínio do corpo feminino, ao invés de incentivar o empoderamento da mulher.

Filho e Rouquayrol (2006) esclarecem que as práticas médicas são associadas ao componente político e ideológico, baseados na relação de poder. Assim, símbolos biológicos e comportamentais são socialmente significados, associados a patologias e conseqüentemente tratados.

Estas idéias se sustentam na propagação do juízo acerca do trabalho de parto na mídia, que refletindo a construção social do processo de parto penoso, representa esse momento com intenso sofrimento e/ou fins trágicos das personagens de novelas e séries. É comum estas personagens demonstrarem uma dor insuportável para parir ou até mesmo morrer em decorrência da maternidade.

Chamou-me atenção duas matérias exibidas, em menos sete dias, acerca do manejo

da dor no parto, na maior emissora de televisão aberta do país. A primeira exposta dia vinte e oito de abril de dois mil e seis, em horário nobre, destacava o aumento do número de partos normais associado ao uso da anestesia peridural. Nesta matéria, o médico Carlos Maganha apresentou (informação verbal)¹ um estudo de grande porte que levou à necessidade desta intervenção. Este estudo assume que a dor no parto é um problema, um mal que sacrifica as mulheres e as impede de parir com prazer, logo, medicando a dor, o número de partos vaginais aumentaria.

A segunda matéria foi mostrada no horário da tarde, dia cinco de maio de dois mil e seis. Em entrevista, o médico Adailton Salvatore Meira (informação verbal)² discutia sobre instrumentos tais como: água, mudança de posição e exercícios respiratórios como medidas para o alívio da dor no parto, a mesma matéria discutia também a importância do papel das doulas. Nesta reportagem, a dor é encarada como um fator importante, porém, é tratada sem a necessidade de invasão do corpo. Neste caso, são utilizadas tecnologias apropriadas para a assistência ao parto de baixo risco, entretanto, não foi citado o profissional enfermeiro.

O que me incomodou nesta série de reportagens foi o fato da exposição em horário nobre da necessidade da anestesia para alívio da dor no parto, em contrapartida, as formas não invasivas para o alívio da dor foram abordadas num horário menos expressivo, e sem a participação da enfermagem obstétrica. E ainda, a busca ativa do alívio da dor no parto pelos profissionais, como essencial para o andamento satisfatório do processo.

Assim, as mulheres aprendem que são incapazes de passar pelas dores no trabalho de parto e que necessitam de intervenções medicamentosas ou da operação cesariana como únicos meios de supressão desta dor.

Para Illich (1975) a medicalização atua em diversos setores da vida social das pessoas ensinando-as a desejar certas terapias. Para Filho e Rouquayrol (2006) os modelos socioculturais de saúde-doença defendem que a enfermidade e a moléstia são entidades construídas socialmente. Nesta perspectiva, “a enfermidade é produzida a partir da reconstrução técnica do discurso profissional no encontro com o paciente, a partir de uma comunicação em torno do idioma culturalmente compartilhado da doença” (FILHO e ROUQUAYROL 2006, p. 68).

O manual de assistência ao parto normal da OMS (1996) sustenta a importância da utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no parto. O documento categoriza os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento, como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. O mesmo manual também cita a anestesia como método para alívio da dor, entretanto, esclarece que as práticas medicamentosas podem aumentar

¹Jornal Nacional, entrevista com Carlos Maganha, exibida na Rede Globo, São Paulo, no dia 28/04/06, das 20h15min às 20h55min, produzido pela Rede Globo, São Paulo.

²Jornal Hoje, entrevista com Adailton Salvatore Meira, exibida na Rede Globo, Rio de Janeiro, no dia 05/05/06, das 13h15min às 13h45min, produzido pela Rede Globo, Rio de Janeiro.

a dor. Por outro lado, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (2002) traz a analgesia no parto normal como um estimulante à realização do parto normal por parte das mulheres, ao lado do incentivo à enfermagem obstétrica, entre outras medidas. Illich (1975, p. 140) diz que:

Em uma sociedade onde o Ministério da Saúde se encarrega de toda gestão administrativa legítima do bem-estar, considera-se como subversivo o que sugere o direito das pessoas a condições culturais e políticas nas quais possam controlar suas dores inevitáveis e ao mesmo tempo sob sua própria responsabilidade ter acesso aos sedativos, narcóticos, anestésicos e mesmo ao tóxico.

Então, se por um lado a política tende a apoiar e incentivar o parto sem intervenções invasivas, por outro lado, a mesma política considera a analgesia como um fator de estímulo para a realização do parto normal pelas mulheres, reforçando a idéia cultural de incapacidade da mulher de suportar a dor no parto e refletindo os jogos de força no campo obstétrico. Para Progianti (2001) o campo obstétrico é um espaço social composto por agentes sociais (médicos, enfermeiras, parteiras) que se diferenciam pelo seu “habitus”, e estão permanentemente envolvidos em lutas simbólicas.

Rezende e Montenegro (2003) e Neme (2000) indicam a analgesia no trabalho de parto e refletem sobre os efeitos colaterais desta prática. Segundo os autores, a diminuição da contratilidade uterina e da força da parede abdominal exige a utilização de ocitócitos e de leve compressão da parede abdominal para conduzir o processo de parturição. O anestésico administrado à mãe atravessa a barreira placentária, podendo vir a deprimir o feto. A hipotensão materna pode causar a diminuição da contratilidade uterina e diminuição do aporte sanguíneo ao feto. De acordo com Rezende e Montenegro (2003), pode haver a necessidade de emprego do fórceps, o que é controverso para Neme (2000). Para Enkin et al (2005), a analgesia peridural ocasiona um aumento de duração no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, embora não existam estudos que abordem o momento ideal da administração desta forma de alívio da dor. O mesmo autor aponta um aumento na utilização de ocitocina e um aumento nos partos instrumentais com o uso da analgesia. Faz referência também à necessidade da realização de mais estudos para compreender os efeitos da analgesia peridural sobre o feto.

Mauro Parra et al (2005) em seu estudo com primigestas mostra que o manejo padronizado do parto com anestesia regional, ocitocina e amniotomia não produziu benefícios durante a evolução do trabalho de parto. O mesmo autor indica que, diferente de outros estudos, seu trabalho demonstrou que não houve aumento na duração da segunda fase, mas sim um aumento no número de partos instrumentais. EHC e ATH (2004) em estudo randomizado demonstraram que o uso de anestesia durante o trabalho de parto aumentou o risco para a utilização da cesariana e do fórceps para a extração do feto, além do aumento do tempo do segundo período do trabalho de parto. Neste estudo, foi obtido alívio

da dor. Enkin et al (2005) informam que a analgesia peridural ocasiona trabalho de parto prolongado e aumento do uso do parto vaginal cirúrgico e cesariana.

Quanto à cesárea, a justificativa médica sustenta-se no fato que o medo da dor no parto é devido à falta de preparo psicológico da mulher (BARBOSA et al, 2003). Desta forma, a cirurgia vem se tornando um procedimento institucionalizado, voltado à facilitação e conclusão do parto e freqüentemente desejado pelas mulheres em trabalho de parto, levando a altos índices desta intervenção em nosso país (JAKOBI, 2003).

Percebe-se que a dor no parto é alvo da medicalização do corpo feminino por parte dos médicos que utiliza como pano de fundo uma incapacidade da mulher de suportar esta dor. Para isso é considerada a “fragilidade” corporal e/ou psicológica, peculiar à mulher, ou a sua condição social que a torna “civilizada”, fazendo-se desnecessário que ela passe pelo “tormento” da dor no parto.

É consenso entre os autores (NEME, 2000; REZENDE e MONTENGRO, 2003; PARRA, 2005; ENKIN et al, 2005), que as intervenções, em especial a anestesia, durante o parto causam inúmeros prejuízos para o trabalho de parto e para o bebê. Entretanto, os mesmos autores não comungam dos mesmos efeitos adversos destas práticas. Assim, a dor no parto sofreu influencia do processo de medicalização do processo de parto ao longo do tempo. A dor no parto foi indicada como mais um fator imperfeito do corpo feminino, e conseqüentemente passível da intervenção masculina da medicina.

Acredito que no trabalho de parto e parto sem risco, a dor no parto, essencialmente fisiológica, pode e deve ser humanamente suportável, tendo a parturiente total credibilidade para passar por esse período sem a intervenção que a condena incapaz. Jakobi (2003) nos mostra que a dor, sensação subjetiva, é fortemente influenciada pelas emoções: “O estado de espírito da parturiente, isto é, sua postura interna diante do parto é muito mais importante do que a sensibilidade da dor”.

Observo que a dor no parto é real para a mulher que a sentiu e que diferentes mulheres atravessam de diversas formas o trabalho de parto. Reparo também que as mesmas mulheres se comportam de maneiras variadas no decurso deste período. Assim, constantemente me indago se a expressão de sofrimento das parturientes relaciona-se com uma dor física, ou ainda se essa dor física é influenciada por fatores externos à condição do trabalho de parto. Desta forma, refletindo a fisiologia da dor no parto influenciada por aspectos sociais delimitei o objeto de estudo, as questões norteadoras e seus respectivos objetivos:

1.2 Apresentação do objeto, das questões norteadoras e dos objetivos

As reflexões acima despertaram em mim o interesse de escutar as mulheres que vivenciaram o parto por via vaginal acerca da dor deste processo. Assim, tenho como objeto de estudo o significado da dor no parto para as mulheres que viveram o parto vaginal. As seguintes questões irão nortear este estudo:

- O que significa a dor para mulheres que vivenciaram o parto vaginal?
- Como é vivenciada a dor pelas mulheres que pariram por via vaginal?
- Que estratégias as mulheres que vivenciaram o parto vaginal adotam para aliviar a dor?

A partir destas questões foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar os significados atribuídos à dor por mulheres que vivenciaram o parto vaginal.
- Analisar a vivência da dor segundo a percepção de mulheres que pariram por via vaginal.
- Discutir as estratégias vivenciadas pelas mulheres para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto vaginal.

1.3 Interesses no desenvolvimento deste estudo

O interesse em desenvolver este estudo surgiu pela necessidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos após a realização da monografia de conclusão do curso de especialização em enfermagem obstétrica no ano de 2003, intitulada “O trabalho de parto e o ambiente: percepção da dor pela mulher” (AMORIM et al, 2003).

Neste trabalho, os resultados indicaram que a mulher percebe as intervenções como fatores que aumentam as dores. Por outro lado, parece que um ambiente familiar, onde ela possa ser a protagonista do trabalho de parto, diminui sua percepção à dor.

Neste sentido, os cuidados voltados para o equilíbrio dos fatores ambientais, visando proporcionar à mulher a conservação da sua energia para o enfrentamento da dor, e a associação desta com acontecimentos agradáveis conduz à passagem do trabalho de parto de forma menos agressiva e dolorosa.

Outro ponto que despertou o interesse de estudar este tema foi a abordagem da mídia aberta sobre o assunto, formando opiniões. Em alguns momentos o parto é apresentado como um processo penoso nas suas novelas e séries. Em outros momentos são apresentadas reportagens acerca de medidas farmacológicas para o alívio da dor e mostrando operações cesarianas. Ainda em outras apresentações o parto humanizado é abordado como uma nova opção. E ainda, a existência de muitos trabalhos sobre o tema, (GURGEL et al, 1997; SAITO, 2000), escritos por diversos profissionais, também formadores de opiniões, que mostram as várias formas de manejo da dor no parto.

1.4 Justificativa e contribuições do estudo

Acredito que esse estudo é de grande relevância para a enfermagem obstétrica uma vez que poderá fundamentar esses profissionais na questão da dor no parto. É um tema atual e am-

plamente discutido entre diversos profissionais que se colocam de diferentes formas perante esse sintoma, em consequência disso, o manejo da dor também é variado para diferentes profissionais. O tema também encontra importante espaço nos manuais e documentos da OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001), o que demonstra a sua importância durante o processo reprodutivo da mulher.

Uma discussão acerca da dor no parto poderá levar à reflexão da dor como fenômeno sócio-cultural, rompendo o paradigma de que este sintoma deva ser tratado como uma doença. Desta forma, serão contemplados os aspectos éticos e humanos relacionados ao cuidado de Enfermagem Obstétrica prestado à mulher parturiente, respeitando o seu desejo e comportamento no momento das suas dores de parto, orientando e esclarecendo as medidas de alívio, seus respectivos benefícios e possíveis efeitos adversos.

Entendendo o que é, como é, e quais as estratégias utilizadas pela mulher perante a dor, os enfermeiros poderão oferecer as parturientes uma assistência mais humanizada, operacionalizando as ações individuais visando o conforto e satisfação das necessidades particulares das parturientes e suas respectivas famílias.

APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo. Esta pesquisa aprofundou-se na significação atribuída pelas puérperas para a dor vivida durante o trabalho de parto, significação que não poderia ser medida com números, equações ou estatísticas.

Minayo (2002, p 21) afirma que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Os dados foram coletados através de entrevistas. A entrevista ajudou a entender o que pensam as mulheres sobre a dor no parto, compreender os comportamentos das mulheres frente à dor no parto através de seus sentimentos e anseios e descobrir quais foram os fatores que influenciaram a vivência de estratégias para o alívio da dor no parto, o que proporcionou responder integralmente os objetivos deste estudo.

O tipo de entrevista adotada foi a semi-estruturada (Anexo A). Inicialmente, foi lançado um questionamento aberto sobre o trabalho de parto à depoente. Posteriormente, quando necessário, outros foram incluídos para assuntos relevantes que não foram espontaneamente abordados. Este tipo de entrevista tem um caráter de conversação e encoraja os depoentes a expressarem o que é relevante para eles num determinado fenômeno. “As entrevistas semi-estruturadas são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos”. (POLIT e HUNGLER 2004, p. 252).

A coleta de dados foi realizada no setor de alojamento conjunto da Unidade Integrada de saúde Herculano Pinheiro. Esta instituição pertence à Área Programática 3.3 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Atende prioritariamente mulheres com gestações de baixo risco que são assistidas por uma equipe multiprofissional. O corpo de enfermeiros obstétricos atuante na sala de partos é composto por oito profissionais, sendo dois destes diaristas, quatro plantonistas e dois enfermeiros que atuam com dupla função: líder de equipe e enfermeiro obstétrico. Eu me encontro neste último conjunto. A minha atuação neste cenário consiste no atendimento integral à parturiente durante o seu trabalho de parto, parto e puerpério imediato. As minhas atividades têm também como objetivo as questões burocráticas, gerenciamento do setor e substituição do enfermeiro do supervi-

sor de enfermagem na falta deste. Acredito que o acúmulo de atribuições é um ponto de desvantagem, pois a atenção oferecida às mulheres fica prejudicada em detrimento ao atendimento de outras questões. O baixo número de enfermeiros obstétricos e a dupla função atribuída a alguns deles contribuem para o enfraquecimento da enfermagem obstétrica e manutenção do modelo hegemônico tecnocrata conduzido pelos médicos que são em maior número e dedicam-se exclusivamente à assistência obstétrica.

O centro obstétrico possui seis boxes individuais, uma sala de relaxamento dividida em dois ambientes: sala de exercícios e sala da banheira e banheiros com chuveiros. A unidade tem o título de "Amigo da criança", pratica alojamento conjunto e realiza consulta pré-natal por enfermeiros.

Foram sujeitos do estudo dez puérperas ainda em seu período de hospitalização, que vivenciaram o parto vaginal nesta instituição. As depoentes, escolhidas aleatoriamente, foram abordadas após as doze primeiras horas do seu parto. Escolhi este período, pois nele a mulher já havia saído da fase de puerpério imediato, fase ímpar no processo de formação de vínculo com o bebê, entretanto ela ainda não estava na expectativa da alta hospitalar, que nesta instituição, se dá com quarenta e oito horas após o parto. Foram excluídas as mulheres que chegaram à unidade em período expulsivo, àquelas que tiveram operação cesariana e mulheres consideradas médio e alto risco e que, portanto, não foram assistidas prioritariamente pelos enfermeiros obstétricos.

Todas eram maiores de 18 anos. Apenas uma depoente era primípara. A metade dos partos foi assistida por enfermeiros obstétricos e a outra metade foi assistida pelos médicos.

O tempo médio de trabalho de parto foi de aproximadamente 4,7 horas, com desvio padrão de 4,3 horas. O trabalho de parto mais breve aconteceu em aproximadamente 1,17 horas enquanto o mais longo levou 12,58 horas.

Analisando os registros nos prontuários das entrevistadas constatamos que em apenas dois deles havia alguma anotação referente às tecnologias de cuidados de enfermagem como a presença e participação dos acompanhantes no parto, a posição vertical no parto, a ingestão de dieta e o contato imediato da mulher com o bebê. Essa caracterização da amostra revela que muito pouco se faz para aliviar a dor no parto através de medidas não invasivas, consideradas pela OMS (1996, p. 35) como "práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas", ou poderíamos supor que os enfermeiros não valorizam os registros dos seus cuidados.

Em nove prontuários havia registros de intervenções invasivas durante o trabalho de parto e parto, entre as intervenções utilizadas destaco o uso da ocitocina exógena, utilizada em oito mulheres, seguida da amniotomia e de outras intervenções. Neste cenário evidencia-se o uso rotineiro de práticas invasivas visando à aceleração do trabalho de parto e parto, práticas essas consideradas pela OMS (1996, p.37) como respectivamente "práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas" e "práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem

ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão”.

Em respeito ao artigo IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta sobre o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ sob número de protocolo 1694-CEP/HUPE e obteve o conceito aprovado. As puérperas que aceitaram o convite para serem entrevistadas foram esclarecidas acerca dos objetivos do estudo e sobre a preservação da sua identidade, para tanto assinaram um termo livre e esclarecido (Anexo B).

Os dados foram decompostos através da análise temática de conteúdo. Neste trabalho o fenômeno a ser estudado é a dor no parto. Bardin (1979, p 36), explica que:

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O autor continua dizendo que, Bardin (1979, p. 38):

O interesse não reside na descrição do conteúdo, mas sim no que estes poderão nos ensinar após serem tratados (Exp.: por classificação) relativamente a outras coisas. Os saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica entre outros.

Bardin (1979) afirma que o objetivo da análise do conteúdo é a palavra, isto é, o aspecto individual e atual da linguagem. O principal material para a análise do conteúdo são os significados. A análise do conteúdo tenta compreender os atores ou o ambiente onde se dá a cena, num momento determinado. Ela procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.

Podemos dividir a análise do conteúdo em três fases distintas:

1. Descrição das características do texto.
2. Inferência ou dedução de maneira lógica na qual admitimos uma proposição em virtude da ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.
3. Interpretação que é significação concedida às características do texto.

Assim, após a transcrição dos dados, foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas. O momento da entrevista, a transcrição e a leitura flutuante permitiu uma aproximação com o conteúdo exposto pelas entrevistadas. Em cada entrevista destaquei nas falas um conteúdo com significados específicos, desprezando as expressões ou palavras vazias, como por exemplo, temos um trecho de entrevista da Tulipa:

Tulipa: *“É uma dor.. é uma dor chata? É! Mas é uma dor suportável, é uma dor suportável, entendeu? E é aquilo, a dor só passa dependendo*

de você, entendeu? Dependendo de você, do seu esforço e quando a dilatação vir... fazer força”. (Grifo do autor)

Os trechos selecionados foram novamente lidos e desta vez foram destacadas, em cada entrevista, as partes das falas que possuíam significados em comum. Assim foram formadas as unidades de registros. Trago como exemplo a entrevista da Flor de Lis com alguns trechos da Unidade de Registro “Estratégias de enfrentamento”.

Flor de Lis: *“Depois quando a gente já tá com oito, assim quase nove, a gente vai fazendo força pra baixo, quando vier a dor, a gente faz força pra baixo, vem a dor, a gente faz força pra baixo... aí vai dilatando e nasce”.*

Flor de Lis: *“Só respirar e soltar pra baixo”.*

Flor de Lis: *“Ajuda bastante... e não ficar nervosa... se você ficar nervosa e querer gritar... você não consegue fazer nada e demora mais”.*

As Unidades de Registros das diversas entrevistas que possuíam significados em comum foram agrupadas formando os temas. Para exemplificar, recuperei os trechos em comum das falas de Tulipa e Rosa sobre a importância que elas atribuíram aos nascimentos dos seus filhos:

Tulipa: *“No momento só de importante é o nascimento da minha filha”.*

Rosa: *“O importante pra mim foi o nascimento dele”.*

As unidades de registros foram agrupadas buscando responder os objetivos propostos pelo estudo, formando categorias. Assim, por exemplo, a categoria Significando a dor no parto foi formada por diversas unidades de registro. Para construir esta categoria foram utilizadas unidades de registros, como por exemplo, a associação entre dor no parto e sofrimento, dentre outras.

Amor Perfeito: *“O meu trabalho de parto foi ótimo [...] Mais uma experiência de vida, pra mim foi... mais uma experiência de vida [...] Uma experiência gostosa! Saudável! Do jeito que deve ser! Uma experiência saudável, muito boa, uma coisa que eu vou levar pro resto da minha vida! Com certeza! Com certeza mesmo! [...] E experiência de mãe.”*

Violeta: *“Sofri um pouquinho [...] Sofri muito. [...] Sofri pra caramba!”*

As categorias foram subdivididas quantas vezes foram necessárias para atender às suas diferentes expressões. E essas foram subdivididas quando necessário. Assim, por exemplo, a categoria VIVENCIANDO AS ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NO PARTO foi subdividida em Submetendo-se a dor no parto, Seguindo as condutas medicalizadas e Enfrentando instintivamente a dor no parto.

Primeiramente as categorias foram descritas. Posteriormente, as categorias foram associadas com um referencial multifacetado que incluiu autores dos modelos tecnocrata

como: (BRANDER, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2003; NEME, 2000). E também autores do modelo humanizado de assistência à mulher como: (ENKIN et al, 2005; ODENT, 2002a, 2002b). Além de outras referências como: (FERREIRA, 1986; MOSBY, 2001; DELAMARE, 1984; PIERON, 1977; RYCROFT, 1975; ABBAGNANO, 1970; JOÃO PAULO II, 1984; JACKSON, 2006; RUAS, 2007) que foram necessárias para dar consistência à interpretação dos depoimentos.

Os capítulos seguintes apresentarão a descrição, interpretação e discussão das categorias encontradas e que foram assim designadas: SIGNIFICANDO A DOR NO PARTO, VIVENDO A DOR NO PARTO e VIVENCIANDO AS ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NO PARTO.

CAPÍTULO 3

SIGNIFICANDO A DOR NO PARTO

Neste capítulo vemos que as mulheres atribuem à dor no parto significados relacionados com o sofrimento e/ou com o prazer.

Foguel (2006) explica que a dor no parto pode ser considerada como subordinada à significação fálica na qual o valor deste sintoma depende da singularidade individual e da cultura. Assim, por exemplo, para a civilização urbana ocidental essa dor é desagradável e evitada, enquanto para certos lugares da África essa dor é desejada e significada como um momento de passagem para a maternidade.

3.1 Relacionando a dor no parto com o sofrimento

As mulheres significam a dor no parto como sofrimento. Esse significado foi atribuído, pois nas entrevistas o verbo “sofrer” apareceu várias vezes. Em um dos depoimentos foi marcante a modificação do verbo sofrer pelas expressões “pouquinho”, “muito” e “pra caramba”. O uso destes termos indicou a intensidade crescente do sofrimento ocasionado pela dor no parto para as entrevistadas.

Eu comecei a sofrer eram 11 horas da noite [...] então eu esperei amanhecer o dia e falei pra minha irmã que eu não estava agüentando mais, aí ela veio e me trouxe [...] por que eu não estava agüentando mais [...] sofre muito a pessoa sentir uma dor [...] Sofre bastante, a pessoa sentir uma dor... dor em todo lugar [...] Pra não sofrer muito, porque botar um neném assim grande, porque ele pesou muito, pesou bastante quilos.”(Rosa)

Não deixasse eu sofrer tanto de dor. (Camélia)

Sofri um pouquinho [...] Sofri muito. [...] Sofri pra caramba! (Violeta)

Procurando significados para o termo “sofrimento” nos dicionários de Enfermagem (MOSBY, 2001), Médico (DELAMARE, 1984), Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986), Psicologia (PIERON, 1977), Psicanálise (RYCROFT, 1975) e Filosofia (ABBAGNANO, 1970), não encontramos definições para o termo nem no dicionário médico (DELAMARE, 1984), no de psicologia (PIERON, 1977) e nem no de Filosofia (ABBAGNANO, 1970). No dicionário de psicanálise (RYCROFT, 1975), a indicação é de remete-se à dor: “ver dor”. O dicionário

de Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986) e o de Enfermagem (MOSBY, 2001) concordam que o termo designa os sentidos de dor física e de angústia. O primeiro acrescenta os significados de “aflição”, “amargura”, “paciência”, “resignação”, “infortúnio” e “desastre”. O segundo acrescenta: “desconforto”. Para ambos os dicionários, o termo é sinônimo de dor. Ferreira (1986) aponta ainda dois significados interessantes: paciência e resignação. É mais abrangente e inclui muitos sentidos para esse termo. Já Mosby (2001) entende também a experiência da dor como dor propriamente física e ainda como “angústia” e “desconforto”.

O que podemos observar é que tanto para as entrevistadas como para os autores consultados, o significado da dor no parto não se restringiu à questão da dor física mas contemplava outros sentidos/significados.

Simões (1998) explica que as mulheres temem a dor desde os tempos mais remotos. A autora afirma que tradicionalmente o parto foi associado à dor e as mulheres aceitam o fato de que devem sofrer as dores durante o processo de parturição. Esta idéia de que as mulheres “devem sofrer” está ligada aos ensinamentos da Igreja Católica Apostólica Romana conforme referenciado na Bíblia em Gênesis 3,16: “Disse também à mulher: multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio”. No contexto da Igreja o termo “dor” e “sofrimento” são sinônimos até certo ponto, pois existe o “sofrimento físico” e também o “sofrimento moral” (JOÃO PAULO II, 1984).

O sofrimento da dor no parto está também ligado também às questões de poder feminino. Esta idéia está em consonância com as de Guiomar (2005), para quem, na maioria das sociedades tradicionais, o parto altera o estado de consciência da mulher revelando nela força e resistência extraordinárias.

A dor no parto, no modelo tecnocrata de assistência, é abordada com base na fisiologia e anatomia (DIAS, 1996; NEME, 2000; BRANDEN, 2000; GUYTON e HALL, 2002). Podemos verificar que, no texto destes autores, os aspectos culturais, emocionais e sociais do momento do parto e nascimento não são considerados como sendo de maior importância. É interessante a citação de Neme (2000, p. 1035): “O trabalho de parto, apesar de ser processo fisiológico, é fenômeno doloroso”. Nessas literaturas, como aponta Neme (2000), por exemplo, são abordados os meios para abolir a dor no parto, em especial, a anestesia.

No que diz respeito à enfermagem, Branden (2000) aplica o processo de enfermagem: anamnese, exame físico, detecção de problemas, intervenções e reavaliação, desta forma, os cuidados de enfermagem para a dor no parto são impregnados dos valores tecnocratas da medicina. Collière (1999) reflete que o “toque”, principal instrumento do cuidado feminino é substituído pelas “palavras” dos conselhos baseadas nos valores morais e religiosos e finalmente, a palavra é substituída pela tecnologia. A mesma autora esclarece historicamente a filiação médica dos cuidados de enfermagem: “a enfermeira desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária da prática médica” Collière (1999, p. 85). Percebemos que a dor no parto é tratada de forma biológica e que os profissionais discutem

uma forma de abolir esse sintoma.

Partindo destas idéias apontadas, a análise dos depoimentos nos permitiu então identificar diferentes dimensões para este sofrimento, as quais optamos por designar de “sofrimento redentor”, “sofrimento heróico” e “sofrimento inútil”.

3.1.1 A dor no parto como sofrimento redentor

Segundo seus depoimentos, as mulheres entendem que a dor é necessária para o nascimento do bebê. Para essas mães passar pelas dores do parto significa sofrimento, para o qual foram atribuídos os termos “ruim”, “pior”, “difícil” e “calvário”. Entretanto é usada também a expressão “melhor momento da vida de qualquer pessoa” e a palavra “gratificante” refletindo a alegria no final deste processo, apontando um caráter de redenção para a dor no parto.

É difícil explicar, mas dá uma emoção muito forte [...] uma criança dentro de você ali, querendo sair, é uma coisa [...] muito forte [...] A gente passando por aquilo ali... é muito ruim e ao mesmo tempo muito gratificante [...] É ruim por que você sente dor [...] o melhor momento da vida de qualquer pessoa [...] é a pior parte [...] bem difícil. É o calvário pra chegar ao auge, ao ápice [...] Vale a pena! (Margarida)

Neste depoimento a expressão “A gente passando por aquilo ali... é muito ruim” nos remete a uma idéia de punição. Neste contexto, o sofrimento é necessário para que a mulher alcance a glória de parir um filho e através desta glória possa se redimir das culpas que carrega por milênios de dominação. Essas idéias nos remetem às concepções da Igreja Católica Apostólica Romana para a qual as dores do parto são tidas como meio de purgação do pecado que Eva cometeu ao saborear do fruto proibido do paraíso e oferecê-lo a Adão. Moraes (2005) explica que quando Eva ergueu-se para apanhar o fruto, abandonou a posição quadrúpede e o seu estado de nirvana, por isso recebeu o castigo divino de parir com dor.

A carta apostólica “*Salvifici Doloris*”, escrita pelo Papa João Paulo II em 1984, esclarece que o sofrimento tem a expressão de “castigo” por parte de Deus para justificar um pecado cometido. Este argumento apóia-se na idéia de justiça, na qual Deus é o “Supremo Legislador”. (JOÃO PAULO II, 1984). A Bíblia nos ensinou que a mulher sofre de dores para parir devido ao pecado original.

Porém, o depoimento de Margarida, por exemplo, termina com a expressão “Vale a pena!”. Desta forma, as depoentes nos mostraram que pelo seu sofrimento alcançou o “ápice” ou o “auge”. Em outras palavras, ela significou o seu sofrimento. João Paulo II (1984) esclarece que o valor redentor de sofrimento é acompanhado pela alegria da descoberta do seu sentido salvífico.

Assim, um sentido de “redenção” é estabelecido quando a mulher compara o seu sofrimento com o “calvário” de Cristo. No calvário, Cristo, isento de culpas, liberta o homem

do pecado e da morte. (JOÃO PAULO II, 1984).

Na mesma carta apostólica, o sofrimento é tratado como essencial à natureza humana e é dor no parto é trazida como exemplo na Bíblia em Romanos, 8, 22 “Pois sabemos que toda criação geme e sofre como que dores de parto até o presente dia”. As dores do processo de parturição são reconhecidas pela Igreja como uma das primeiras mazelas do homem.

Na dimensão da redenção “a salvação significa libertação do mal; e por isso mesmo está em relação íntima com o sofrimento” (JOÃO PAULO II, 1984, p. 7). Por falta de vocábulos o termo sofrimento foi definido como “mal”. Com a inclusão do verbo “sofrer” o sofrimento deixa de ser diretamente identificável com o mal “mas exprime uma situação na qual o homem sente o mal e, sentindo-o, torna-se sujeito de sofrimento” (JOÃO PAULO II, 1984, p. 3).

O sofrimento redentor de Cristo alcançou a vitória sobre o pecado e a morte, mas não isentou o homem dos sofrimentos temporais sobre a terra. Todos os homens são convidados a participar do sofrimento de Cristo pelo qual se realizou a Redenção. “Sofrer significa tornar-se particularmente receptivo, particularmente aberto à ação das forças salvíficas de Deus” (JOÃO PAULO II, 1984, p. 15).

A dor no parto é significada como sofrimento. Neste contexto, a dor torna a mulher participante do sofrimento de Cristo para a purgação do seu próprio pecado e também na missão de redenção dos homens.

O sentido de sofrimento redentor também foi manifestado como uma “coisa bonita” de sentir pelo outro.

Não é questão que seja bom [...] é uma coisa bonita de... assim...numa parte...é bonita de sentir...e falar: pô eu senti dor pelo meu filho! (Flor de Lis).

Assemelha-se ao sofrimento de Cristo que morreu pela salvação dos homens. Essa depoente participa do mistério do sofrimento de Cristo e conseqüentemente do mistério Pascal (JOÃO PAULO II, 1984). Cristo que demonstrou a “fraqueza” humana quando morreu na cruz, foi elevado através da ressurreição. “A ressurreição revelou essa glória – a glória escatológica – que na Cruz de Cristo era completamente ofuscada pela imensidão do sofrimento” (JOÃO PAULO II, 1984 p.14). A mulher atribuiu o sentido “bonito de sentir” à glória de pôr um filho no mundo, que a principio é ofuscada pela dor no parto.

Esse sofrimento intenso é peculiar ao trabalho de parto e faz com que somente aquela que sentiu tal dor seja capaz de conhecer o sofrimento que ela causa. Da mesma forma que o sofrimento da peculiar Cruz só poderia ser sentido pelo filho de Deus, pois “somente Ele – o Filho unigênito – é capaz de abarcar a extensão do mal contida no pecado do homem” (JOÃO PAULO II, 1984 p. 11).

Sei lá, não tem como explicar, não tem como explicar não. A dor é uma

dor que só a gente mesmo que sabe, só a gente mesmo que tem neném que sabe. (Violeta)

Eu acho que só quem passa mesmo e que sabe (Margarida)

O sofrer pelo outro expresso no trecho “eu senti dor pelo meu filho” e o sofrimento peculiar das dores no parto contido na fala “A dor é uma dor que só a gente mesmo que sabe” nos remete à área do “marianismo”, na qual a mulher cristã e casada é incluída num modelo de mãe “sofrida e digna”. Essa mulher sacrificada é aquela “que morreu de dor no parto, que passa a vida inteira cobrando dos filhos o sacrifício que ela fez por eles” (GROSSI 2004, p. 16). As mulheres esperam ser recompensadas pelos filhos devido às dores que sentiram por eles.

Não sabe depois o dia de amanhã da gente... deles...que a gente vai ficar velha e vai precisar deles pra cuidar da gente [...] Já botei três, quando eu ficar velhinha um dos três vai ter que cuidar de mim, um dos três. (Rosa)

Cristo foi predestinado ao sofrimento redentor aos homens. Maria de Nazaré também passou por um grande sofrimento na época de conceber Jesus através de um milagre e durante seu martírio. Ela testemunhou com sua vida um “evangelho de sofrimento” (JOÃO PAULO II, 1984). Entretanto essa personagem bíblica sabe que seus sofrimentos foram instrumentos para a revelação da glória de Deus. Assim, a mulher também é predestinada ao sofrimento da dor no parto e sabe que precisa passar por esse processo. Como Cristo que “vai ao encontro da sua paixão com plena consciência da missão que deve realizar exactamente desse modo”. (JOÃO PAULO II 1984, p. 9), essas entrevistadas dizem que a mulher passa o que tem para passar e fica muito satisfeita.

Pô, estou muito feliz, graças a Deus [...] o que eu tinha pra passar eu passei. (Amor Perfeito)

Diversas passagens bíblicas nos mostram que alguns personagens passam por provações da parte de Deus para provar sua fé e fidelidade. Deus permite que Satanás tenha poder sobre todos os bens de Jó, mas este permanece na retidão e na justiça. “Se o Senhor permite que Job seja provado com sofrimento, fá-lo para demonstrar a sua justiça. O sofrimento tem um sentido de prova” (JOÃO PAULO II 1984, p. 6). Isso confirma a idéia de que a mulher é predestinada ao sofrimento do parto e pelas suas dores deve passar para provar a sua fé.

Algumas entrevistadas mostraram que a mulher pensa que pode não conseguir passar pela dor, mas no momento do trabalho de parto descobre que este sintoma é superável pela força que vem de Deus. Na Bíblia, em Filipenses 15, 13 lê-se: “Tudo posso naquele que me conforta”. Nesse sentido, a mulher supera a dor no parto com a confiança que tem no seu Deus.

Tudo que eu queria aconteceu [...] foi tudo do jeito que eu queria, graças a Deus! Acho que eu mereci, com certeza. [...] pensei que não ia conseguir,

pensei que eu ia morrer [...] Que eu achei que realmente não ia conseguir, eu achei que eu não ia ter capacidade daquilo [...] E eu... será que eu vou conseguir? [...] Será que eu vou conseguir? [...] acompanhei minha gravidez, tudo direitinho, fiz meu pré-natal, eu pensava que de repente ela poderia vir com algum problema por que eu sou fumante, graças a Deus, Deus me mostrou tudo ao contrário [...] eu queria tanto ser mãe. (Amor Perfeito)

As mulheres em trabalho de parto fazem referência a uma emoção diferente e muito forte que também é difícil de explicar. Para essas depoentes o trabalho de parto é um momento íntimo no qual a mulher encontra-se em outra dimensão. É ainda considerado um processo divino ou mágico no qual o homem não pode interferir.

Parece que você está assim noutra dimensão [...] você está num plano diferente [...] aquilo ali é o importante pra você, nada mais é importante... marido...não sei...família... [...] é um momento seu ali [...] você se sente num plano diferente [...] Num plano superior [...] Você se sente abençoado [...] É uma mágica muito grande, a mão de Deus [...] o homem nunca ia poder criar, o homem nunca ia poder inventar [...] Não sairia da cabeça de um homem [...] uma coisa superior mesmo [...] a mulher quando ela fica grávida, ela já começa a se sentir em estado de graça. [...] É uma emoção tão diferente na hora ali [...] é difícil explicar [...] (Margarida)

Esse depoimento nos leva a reflexão de dois aspectos importantes. Primeiramente a necessidade de introspecção da mulher durante o momento do parto. Lembremos-nos do parto de Maria, mãe de Jesus, em Lucas 2,7 lê-se: “E deu à luz seu filho primogênito, e, envolvendo-o em faixas, reclinou-o num presépio; porque não havia lugar para eles na hospedaria”. Maria pariu Jesus sozinha num estábulo, ela teve a possibilidade de viver o seu trabalho de parto e parto de forma introspectiva. Odent (2002a) associa a história do parto de Maria à capacidade de amar do seu filho Jesus.

O segundo ponto de reflexão diz respeito à necessidade da solidão expressa no trecho “o homem nunca ia poder criar, o homem nunca ia poder inventar” do depoimento acima. Assim, podemos pensar na interferência do homem neste processo como um fator de inibição do parto, já que este pertence somente à mulher e a Deus. Martin (2006) reforça essa idéia quando reflete que os livros didáticos da medicina abordam a importância do bom relacionamento do médico e do ambiente com a mulher e conseqüentemente com o andamento satisfatório do trabalho de parto. Explica ainda que surpreendentemente esses conhecimentos sejam omitidos na prática. João Paulo II (1984, p. 2) explica que “O homem sofre de diversas maneiras, que nem sempre são consideradas pela medicina [...] O sofrimento é algo mais amplo e mais complexo que a doença.” Com estas reflexões podemos pensar que a negação ao direito de introspecção e solidão necessárias para o andamento natural do parto, causa aumento da percepção da dor pelas mulheres. Odent (2002a, p. 92) explica que a “experiência pico” acontece numa situação de passividade da pessoa, quando ela é sustentada por um poder que não é seu. Essa experiência confere sensações de “imor-

talidade”, “eternidade”, “consciência da Unidade de tudo” e “bem-estar”. No depoimento de Margarida essas sensações são atribuídas ao poder de Deus e a sua própria redenção é alcançada com o seu parto.

A dimensão “A dor no parto como sofrimento redentor” da subcategoria “Relacionando a dor no parto com o sofrimento” da categoria “Significando a dor no parto” nos revela a influência das concepções da Igreja Católica Apostólica Romana na formação do significado “redentor” da dor no parto pela mulheres. Percebemos que diversos trechos dos depoimentos podem ser associados a idéias de castigo, redenção, prova e confiança em Deus. Desta forma, tem sentido para a mulher sofrer ou viver a dor no parto, sendo este sofrimento um caminho de redenção.

3.1.2 A dor no parto como sofrimento heróico

O sofrimento ocasionado pela dor no parto é revelado também com a expressão “pior de tudo”. Entretanto, a depoente acredita que esse sofrimento é necessário para a realização do parto. O sofrimento originado pela dor no parto é expresso pela palavra “melhor” no sentido que é bom para a mulher sentir a dor no parto, pois ela é a responsável pelo andamento e finalização deste processo. A mulher significa o sofrimento da dor no parto como heróico quando passar por ele faz com que ela se sinta mais forte. Ela compara o seu poder de passar pela dor no parto com as virtudes de uma deusa.

[A contração] É o pior de tudo. Tá vendo que é pra melhor, mas é o pior. [...] Me sinto mais forte [...] A gente se sente mais forte [...] Então eu estou me sentindo uma deusa. (Camélia)

Algumas passagens da história da humanidade nos levam a refletir a maternidade como demonstração de força e poder feminino. Todos os povos pré-históricos tinham uma entidade para culto. Ela era a generosa deusa-mãe. Todas as culturas reverenciavam deusas e estas eram ligadas à questão do parto, refletindo a valorização feminina (JACKSON, 2006).

A deusa “Gaia” foi uma das primeiras entidades cultuadas pelas pessoas. É a grande mãe, personificação do antigo poder matriarcal da antiga cultura Indo-Européia. Ela era a responsável pela potencialidade geradora de todos os seres, o que faz dela uma personalidade forte. Na sua história sofreu de dores atrozes sem poder parir os seus filhos que foram aprisionados em seu útero por Urano (WIKIPEDIA, 2007).

Jackson (2006) traz as principais características de deusas da história: no Irã a deusa “Aditya” deu à luz sete filhos que são as divindades do espaço. “Bachue”, a deusa inca, deu à luz os primeiros humanos. Os deuses da natureza nasceram do rompimento do abraço de “Papa”, a mãe terra e “Rangi”, o pai céu, no mito da criação dos maoris. “Juno”, a deusa de Roma era a guardiã das mulheres e do parto. Ela era a deusa das coisas obscuras, ocultas e femininas. Ela é equivalente a deusa grega “Hera”. “Juno” foi considerada rainha do céu com a conquista de Bretanha pelos romanos, título que era conferido a “Brigit”. Segundo

uma fábula das ilhas Hébrides, “Brigit” era parteira ou mãe de criação de Jesus Cristo. À “Brigit” era pedido um bom parto pelos habitantes destas ilhas. Na Sibéria oriental a deusa “Ajysyt” zelava pelo nascimento dos bebês. A deusa egípcia “Meskhenet” era considerada como uma parteira sagrada.

Assim, a feminilidade é valorizada na figura das deusas que como as mulheres geram seus filhos e até sofrem de dores no processo parturitivo.

Ruas (2007) reflete a obra do poeta Rilke na qual este compara o parto a um combate. A parturiente que morre no trabalho de parto é comparada a um guerreiro “hoplita”¹ morto no campo de batalha. Desta forma, a mulher é valorizada quando sua capacidade de suportar as dores de parto e até morrer por causa delas. A mulher que sofre no parto é associada com força masculina de um guerreiro.

As dores no parto ora assemelham a mulher ao homem guerreiro, ora faz a mulher ser superior e mais forte do que o homem. Para Budó (2007) as mulheres passam por dores exclusivas delas como as do parto. Viver essas dores faz com que a mulher seja mais resistente que os homens.

No Brasil do século XIX o papel social da família, no qual destaco o papel da “mãe higiênica”, foi modificado devido ao prestígio médico. Os médicos, providos da “medicina higiênica” valorizaram socialmente o papel materno de geração e alimentação dos filhos e educação física, moral e intelectual deles para compor um povo de cidadãos dentro das normas de civilidade. Nesse sentido, a mulher era a principal aliada no médico, embora esse devesse regular sua reprodução já que ela é naturalmente degenerada. (ROHDEN, 2001).

Progianti e Barreira (2001) destacam que entre 1920 e 1930, no Brasil, acontece uma valorização da maternidade associado ao papel de mãe o papel de preparadora física, intelectual e moral do futuro cidadão, para o engrandecimento da nação. O papel da maternidade é valorizado com a expressão “Mãe cívica”. A mulher torna-se a responsável pela formação dos homens que vão servir à pátria. Esta conotação de heroísmo cívico constitui um sentido ou uma finalidade para que a mulher sofra o processo da dor no parto.

Mais recentemente, no estudo de McCallum e Reis (2006) as adolescentes que resistiram ao sofrimento do parto silenciosamente se consideraram “incríveis”, fortes, auto-controladas e vitoriosas. As autoras usaram o termo “resistindo heroicamente à dor” para significar o isolamento como forma de enfrentamento das adolescentes à dor no parto.

A dimensão “significando a dor no parto como sofrimento heróico” da subcategoria “Relacionando a dor no parto com o sofrimento” da categoria “Significando a dor no parto” mostra que, em épocas diferentes da história da humanidade, o processo de parturição foi atrelado a um estado de força e poder femininos. A mulher deusa é aquela que possui o poder da geração da vida. A mulher em trabalho de parto é tão forte quanto um guerreiro.

¹Soldado de infantaria pesada da Era Clássica na Grécia antiga que utilizava um grande escudo denominado hoplon (Wikipedia, hoplita).

A mulher que sente dor no processo de parturição é mais forte que os homens. No Brasil, foi concedida à mulher a responsabilidade pelo povoamento do país com cidadãos patrióticos. Atualmente, até mesmo a manutenção do silêncio por parte da parturiente, prática exigida pelo modelo tecnocrata, é vista como manifestação heróica. Neste sentido, a dor no parto é significanda como sendo um sofrimento heróico.

3.1.3 A dor no parto como sofrimento inútil

Algumas entrevistadas atribuem à dor no parto um significado de sofrimento intenso expresso pelo termo “ruim”. É interessante observar que não há contradições nesses depoimentos. Em outras palavras, o sentido inútil é revelado quando é atribuído a dor no parto somente o valor negativo do sofrimento, sem recompensas atreladas a este processo como ocorreu anteriormente. Essas idéias são reforçadas quando os depoimentos acrescentam o advérbio “muito” ao adjetivo “ruim” e quando as mulheres enfatizam a expressão “muito ruim” repetindo-as diversas vezes nos seus depoimentos.

É uma dor muito ruim [...] É muito ruim ficar sentindo dor. (Violeta)

Ai pra mim foi uma coisa muito ruim... Foi muito ruim. Pra mim foi muito ruim. (Azaléia)

Essa dor intensa é associada ao modelo médico que reduz a dor no parto às características biológicas do músculo uterino. Esse modelo ensinou às mulheres que a contração uterina do trabalho de parto dói muito e que todo esse processo independe da vontade delas, desta forma “Se as contrações uterinas são involuntárias, é claro, então, que as mulheres falam a respeito delas como se fosse algo distinto e separado de si mesmas.” (MARTIN, 2006, p. 46).

Assim, é ensinado por esse modelo que as contrações têm características diferentes na menstruação, trabalho de parto, período expulsivo e puerpério (NEME, 2000).

No trabalho de parto, a contração uterina tem origem no corno uterino direito e se propaga com mais intensidade no fundo e corpo uterino e desaparece, simultaneamente em todas as partes do útero. Essa origem, propagação e coordenação da contração denominam-se tríplice gradiente descendente explica a queixa dolorosa durante as contrações uterinas (NEME, 2000).

As contrações do músculo uterino são lentas e de longa duração. Essa peculiaridade se dá devido às características do músculo liso onde as unidades contráteis são distribuídas paralelamente fazendo com que as contrações aconteçam com maior força em distância e velocidades menores (NEME, 2000).

A parturiente percebe a contração quando essa atinge 20mmHg na fase ascendente até os 20mmHg da fase descendente, em outras palavras, ela percebe 70 segundos da contração média do trabalho de parto que dura 200 segundos no total (NEME, 2000).

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto, ocorrem o esvaecimento e dilatação cervical que são as causas do incômodo, desconforto ou dor descrita inicialmente pelas parturientes. Guyton e Hall (2002, p. 892) dizem que a dor tipo cólica é ocasionada devido à compressão venosa que leva à hipoxia do miométrio durante as contrações e “não é percebida quando os nervos hipogástricos sensitivos viscerais a partir do útero são seccionados”. O sistema nervoso visceral é o responsável pelas funções vegetativas, é involuntário e divide-se em aferente e eferente e esse último subdivide-se em simpático e parassimpático (Dângelo e Fattini, 1997).

A dor torna-se mais aguda a partir do momento que o colo atinge 4 cm de dilatação e manifesta-se de forma grave, aguda e espasmódica a partir dos 7 cm de dilatação (BRANDEN, 2000). Para Dias (1996), a dor no parto nas fases latente, ativa e de transição é sentida na região do baixo ventre e sacra.

A dor no segundo período do trabalho de parto é devida ao atrito entre o feto e canal de parto e pela pressão exercida sobre o períneo, a bexiga, os intestinos e ligamentos uterinos (NEME, 2000; BRANDEN 2000). A dor do trabalho de parto se torna mais intensa à medida que o processo evolui (DIAS, 1996) e é causada pelo estiramento, ou dilaceração, de estruturas no próprio canal vaginal (GUYTON e HALL, 2002). “Essa dor é conduzida por nervos somáticos, e não pelos nervos sensitivos viscerais” (GUYTON e HALL, 2002 p. 892). O sistema somático é o responsável pela vida de relação com o meio ambiente, é parte voluntária do sistema nervoso (DÂNGELO e FATTINI, 1997).

No terceiro estágio do trabalho de parto as contrações dos vasos uterinos levam a uma isquemia deste órgão que causa dor (BRANDEN, 2000). Para Dias (1996), nesta fase as respostas mais comuns a dor são: a região do baixo ventre e sacra e ainda na face interna das coxas, anal e perineal.

Neste contexto, a medicalização explica a dor no parto com uma abordagem basicamente biológica. Para o modelo biomédico a dor, de forma geral, significa que algum problema ocorreu ou ocorrerá em breve no corpo e causa um sofrimento angustiante, desconfortável e desagradável (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989). As entrevistadas também associaram aquela dor que sentiram durante o processo de parturição a um sofrimento intenso, semelhante à definição de dor do modelo biomédico.

Os autores (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY 1989; GURGEL et al, 1997; SAITO, 2000) quando tratam da dor no parto trazem vocábulos ou expressões como: “experiência sensorial e emocional”, “afetividade”, “sofrimento”, “angústia”, “desconforto”, “ansiedade”, “pensamentos”, “emoções”, “cultura”, “etnia” e “sentimento gerado”.

O parto, um processo fisiológico, foi transformado num fenômeno naturalmente doloroso, contradizendo a definição inicial de dor que considera este sintoma pertinente às doenças. Vieira (2002) esclarece essa idéia quando refere que o poder da medicina transforma eventos fisiológicos em doenças.

Uma vez que a contração uterina foi associada à dor, o trabalho de parto tornou-se um processo puramente doloroso. Desta forma, a dor no parto foi transformada num sintoma patológico, passivo de tratamento médico. Por isso as mulheres referem-se à cesariana como sendo um parto sem dor e ao parto normal como aquele no qual a mulher sente muita dor.

Cesárea a gente não sente dor. Normal a gente já sente. (Rosa)

Parto normal que você sente muita dor (Orquídea)

Para Illich (1975) a medicalização faz a dor perder o sentido pessoal quando a reduz a um problema técnico, um sinal diagnóstico. Desta forma, a medicalização arrancou da dor no parto todo e qualquer significado atribuído a ela. Nesta concepção a dor no parto foi significada como sendo um sofrimento inútil, pois “tornou-se extremamente difícil reconhecer que a capacidade de sofrer pode constituir sinal de boa saúde (ILLICH 1975, p. 140). A intervenção médica, desejada pelas mulheres, passa a ser necessária para a abolição desta dor sem sentido. Zveiter, Progianti e Vargens (2005, p.86) esclarecem essas idéias quando diz em que a medicalização contribuiu para a perda da capacidade da mulher no enfrentamento da dor no parto “passando a percebê-lo como um sofrimento insuportável ou inútil” e desejando não mais vivê-lo.

Por conseguinte, as mulheres afirmam que não deveriam sentir dor para parir seus filhos. Para essas mulheres ficar esperando até o neném nascer torna a dor no parto a pior dor que existe, já que para as outras dores existem remédios eficazes. Por isso essas depoentes concordam que a intervenção é necessária para o alívio da dor e para o seu bem estar. Odent (2002b) esclarece que grande parte da dor é ocasionada pelo uso rotineiro de intervenções da obstetrícia convencional fazendo com que as mulheres não tenham outra opção a não ser requerer os meios de alívio artificiais. Esses depoimentos esclarecem que o sofrimento inútil deve ser abolido através de intervenções da assistência médica.

Eu acho que ter um filho não podia vir assim não, com essas dores fortes não. Era pra ter assim... passa assim sem sentir dor. Não é pra nenhuma mulher sentir dor. Mas não adianta, vem mesmo, tem que ter dor mesmo. (Rosa)

Pior dor, pior dor que tem é dor de parto mesmo, por que as outras dores toma remédio e passa e a dor de parto? Tem que esperar até o neném nascer, o problema é esse. (Rosa)

Senti dor, senti bastante dor até ele nascer, senti muita dor. (Violeta)

Tipo assim... a dor...eu achava que tá na hora de ter a criança...com nove meses...tal dia...cortar...eles arrumarem um jeito...por que tem tanta maneira sem ser uma dor [...] Ou uma outra opção: cesárea também [...] e tem umas que você nem sente a cesárea.(Flor de Lis)

Eu acredito que tinha que ser cesariana. (Azaléia)

Assim, as mulheres aprenderam a desejar as intervenções para livrá-las da dor no parto. Na história do processo de medicalização do parto no Brasil, se percebe que a posição das mulheres de classe média alta era favorável pelo atendimento médico sofisticado para o alívio das dores no parto (PROGIANTI, 2001). A literatura ensina aos profissionais e às mulheres a necessidade de medicalização da dor no parto.

As mulheres aprenderam que a dor no parto é um defeito dos seus corpos e que elas não são capazes de suportá-la. Elas sabem também que a medicina desenvolveu intervenções para solucionar o problema da dor no parto. Entretanto, no cenário onde foi realizada esta pesquisa não é rotina o oferecimento de analgesia ou cesariana para combater a dor no parto. Por isso, tratando-se de um sofrimento intenso e inútil as mulheres não desejam sentir a dor no parto novamente. *begin quotation* (Passar pelas contrações) Foi horrível! Nossa! Não quero passar por isso nunca mais! Horrível, horrível, horrível. (Violeta) *end quotation* A dimensão “significando a dor no parto como sofrimento inútil” da subcategoria “Relacionando a dor no parto com o sofrimento” do capítulo “significando a dor no parto” revelou que o processo de medicalização da dor no trabalho de parto associou as contrações à dor. Essa associação exclusivamente biológica tornou o parto um processo extremamente doloroso e retirou dessa qualquer tipo de significado cultural ou social. Por conseguinte, a dor no parto se tornou um sintoma que a mulher não é capaz de superar. Porém, a medicina resolveu esta questão com a introdução da analgesia e da cesariana. Mas como essas intervenções não são rotineiras, a mulher é obrigada a passar pela tortura da dor no parto e por isso não deseja senti-la jamais. Neste contexto, a dor no parto foi significada como sendo um sofrimento inútil.

3.2 Relacionando a dor no parto com o prazer

As mulheres que significam a dor no parto com um sentido oposto ao sofrimento são aquelas que vivem a dor de forma prazerosa. Sentir prazer durante o trabalho de parto é outro significado atribuído para a dor deste processo. Embora raramente, algumas mulheres dizem que passar pelas dores do trabalho de parto é uma experiência de “mãe” e de “vida”. As depoentes atribuem ao valor prazeroso às expressões “experiência gostosa”, “saudável” e inesquecível.

O meu trabalho de parto foi ótimo [...] Mais uma experiência de vida, pra mim foi... mais uma experiência de vida [...] Uma experiência gostosa! Saudável! Do jeito que deve ser! Uma experiência saudável, muito boa, uma coisa que eu vou levar pro resto da minha vida! Com certeza! Com certeza mesmo! [...] E experiência de mãe. (Amor perfeito)

Odent (2002a) diz que o nascimento do bebê pode proporcionar a mulher um estado orgástico semelhante ao ato sexual ou a reza. Entretanto, a privacidade necessária para que

a mulher possa atingir uma mudança de consciência para alcançar este prazer é constantemente perturbada pelos rituais e crenças que cercam o período do parto.

As entrevistadas compreendem a dor no parto como uma “dor natural”, uma “dor normal de qualquer mãe” e que passa no final do parto. Essas mulheres assumem a dor como sendo própria dos seus corpos. No final deste processo acontece o nascimento do bebê. Assim, quando a dor é associada a um processo que culmina no nascimento do bebê, ganha um significado especial que a torna suportável e prazerosa.

Foi uma dor natural, uma dor normal. Uma dor normal de qualquer mãe, de qualquer parto. (Amor perfeito)

Mas é uma dor suportável, é uma dor suportável. Você sente aquela dor uma vez, a criança saiu na sala do centro cirúrgico, saiu, você não sente mais aquela dor insuportável. (Tulipa)

Interessante a contradição no depoimento de Tulipa que no mesmo trecho disse as palavras “suportável” e “insuportável” para caracterizar a dor no parto. Saito (2000) nos ajuda a compreender essa contradição quando esclarece que a dor no parto é de forte intensidade, o que poderíamos classificar como insuportável. Entretanto, diferencia-se das outras sensações e caracteriza-se pelo esquecimento posterior e pelo sentimento gerado em relação à parturição. Por isso, poderia ser classificada como suportável e prazerosa.

A subcategoria “Relacionando a dor no parto com o prazer” do capítulo “Significando a dor no parto” nos revelou que ser mãe e dar a vida a um filho de forma saudável faz as mulheres significarem a dor no parto de forma suportável e/ou prazerosa.

CAPÍTULO 4

VIVENDO A DOR NO PARTO

Este capítulo permitiu a análise da vivência da dor no parto pelas mulheres que pariram por via vaginal. Acreditamos que diversos fatores externos influenciam na vivência da dor no parto pelas mulheres.

Fatores fisiológicos, sociais ou psicológicos tais como: paridade, tamanho e posição do feto, procedimentos médicos, ansiedade, fadiga, nível educacional, influência cultural e mecanismos de enfrentamento influenciam a dor no trabalho de parto (BRANDEN, 2000). A dor é caracterizada de acordo com a percepção, sentimentos e atitude individual de cada mulher (GURGEL et al, 1997).

“A cultura do nascimento refere-se a um conjunto de crenças, valores e normas acerca do processo do nascimento que são compartilhados em graus variáveis pelos membros de um grupo étnico ou cultura” (BRANDEN, 2000 p. 219). A cultura do nascimento pode influenciar a mulher e a família no processo da concepção, gestação, parto e puerpério de forma a ditar regras de comportamento, restrições e liberdade para vivenciar todo este processo (BRANDEN, 2000).

Os depoimentos foram agrupados e analisados considerando a forma como as mulheres sentem e respondem à dor no parto, e ainda como essa vivência acontece dentro do ambiente hospitalar sob suas intervenções.

4.1 Sentindo a dor no parto

Para as entrevistadas a dor no parto normal pode ser comparada a uma cólica extremamente intensa, constante, forte, chata e similar a penetração de objetos pontiagudos no abdome e na região lombar.

É como se tivesse a cólica mais forte do mundo. (Violeta)

É uma dor... é uma dor chata! (Tulipa)

É uma dor, assim, constante. Uma dor muito forte, cólica, uma cólica forte. (Girassol)

Parecia que estavam enfiando várias facas nas minhas costas, na minha

barriga e eu contraindo aquilo, contraindo, contraindo. (Amor perfeito)

Considerando o modelo tecnocrata de assistência os autores (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989) nos ensinaram que toda dor é real quando o paciente diz que tem dor. A dor é real e não deve ser considerada imaginação. É uma experiência sensorial e emocional desagradável e de sofrimento que gera respostas individuais e que na maioria dos casos reporta a um dano real ou em potencial ao tecido.

A dor nas vísceras é devida a estimulação de receptores cuja função primária é de estiramento, isquemia, espasmo, entre outros. A presença e quantidade de mediadores químicos afetam o mecanismo de transmissão da dor. A dor é percebida com a ativação dos neurônios da via ascendente do corno dorsal da medula espinhal, esta transmissão de estímulos pode ser inibida por encefalinas de interneurônios, formando o controle do “portão” (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989).

Percebemos que grande parte dos depoimentos revela a dor no parto como alvo da atenção das mulheres em trabalho de parto e é considerada uma sensação de intenso sofrimento. Os autores (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989) descrevem a dor como sendo uma experiência desagradável para as pessoas. A dor no trabalho de parto foi agregada a dor das patologias, já que o próprio corpo da mulher é potencialmente patológico. As mulheres sentem a dor no parto como uma experiência ruim ou até violenta.

Outras mulheres esperavam sentir uma dor de menor intensidade considerando suas experiências anteriores. Essas mulheres desejam o trabalho de parto ao mesmo tempo em que esperam que este seja breve.

Estava esperando muito tempo, meu sonho era ter um filho homem [...] os outros dois que eu tenho não são homens, são mulheres, meu sonho era ter um filho homem [...] Engravidei de novo [...] não bati a ultra pra saber o que era... deixei sem saber...e veio homem, meu sonho era ter um filho homem, eu tenho duas meninas, aí falei vou engravidar de novo pra mim ter um filho homem, aí veio homem [...] Eu acho pra mim ter...que assim pra ter terceiro filho, era pra vir um pouco mais fraquinha, assim de vinte em vinte minutos, demorar...assim, veio uma agora, aí demorar bastante tempo pra vir a outra [...] (Rosa)

Os depoimentos mostram que o forte desejo de ser mãe e a experiência da mulher não a exime da expectativa pelo trabalho de parto e pela dor no parto.

Ela já foi minha segunda filha, então, não era uma experiência nova [...] Já sabia mais ou menos como é que era [...] você quer logo... sabe que está nos dias...você quer logo...aí...quero que chegue logo a hora [...]Aí meu Deus! Eu quis tanto! Agora tem que passar logo! (Margarida)

As mulheres desejam dar à luz seus filhos ao mesmo tempo em que desejam que o processo seja breve em virtude da dor no parto. Essa dor poderia ser desejável se fosse considerada natural ao parto (SAITO e GUALDA, 2003)

Uma vez que as contrações uterinas foram associadas à dor, algumas mulheres ficam na dúvida em relação à associação das contrações e da dor no parto, não sabem se as contrações são as dores, ou se tem outra coisa que chamam de contrações. Mas a maioria relaciona as contrações às dores no parto. Elas dizem que as dores da contração são todas iguais e são dores muito fortes. E a caracteriza como uma dor que incomoda, ora são rápidas, ora mais fortes.

Eu estou meio na dúvida. Não sei se é realmente aquelas dores que dá, no espaço de uma pra outra, ou se tem outra coisa que chamam de contrações [...] As contrações, as dores, sei lá se é a mesma coisa ou não é, são iguais. (Camélia)

É muito forte. Quando ela [a contração] vem, ela vem forte pra caramba. (Rosa)

As depoentes descrevem que sentiram a dor no parto como sendo uma dor que vai e volta. Neste contexto, a contração e a dor novamente foram associadas. No início do trabalho de parto as mulheres definem esta dor como sendo uma dor pequena. Embora esta expressão não seja usualmente empregada para descrição ou caracterização de diferentes intensidades da dor, foi empregada pelas entrevistadas para expressar uma dor fraca ou suportável. A dor começa bem fraca e com o passar do tempo vai aumentando rapidamente. Por isso, para estas mulheres, o trabalho de parto se torna muito dolorido, e a mulher se vê na situação de ficar agüentando uma dor bastante freqüente.

Ela (dor) vem, vai. Vem, vai. Toda hora. (Flor de Lis)

Ela [a contração] estava vindo fraca. Vinha no intervalo uma da outra de dez a quinze minutos. Mas depois estava vindo freqüente, questão de menos de cinco em cinco minutos. Estava vindo menos de cinco em cinco minutos, estava vindo direto. (Girassol)

É o pior por que vai aquela dorzinha pequena, depois vai aumentando de segundo, quase de segundo em segundo. A gente tem aquela dor aí em poucos segundos vem de novo essa dorzinha seguida, uma atrás da outra. (Camélia)

Esses depoimentos revelam que as mulheres vivem o parto com um sofrimento causado por uma dor ou contração tipo cólica. Essa cólica é muito intensa e violenta e suas freqüência e intensidade são proporcionais ao avanço do trabalho de parto.

É interessante associarmos essas idéias com a definição do termo “parto” para as diversas áreas de conhecimento. A Enfermagem por Mosby (2001) define o termo “parto” como o nascimento da criança e o parto da mulher. Para o Dicionário Médico, por Delamare (1984), o “parto” é o ato ou efeito realizado pela gestante. Para a Língua Portuguesa, por Ferreira (1986) é o ato ou efeito de parir. A definição médica e de enfermagem definem o parto como um processo realizado pela mulher, semelhante ao enunciado pela língua

portuguesa. Nessas significações o papel central do processo é atribuído à mulher. Não há alusões à dor como pertinente ao parto ou a necessidade obrigatória de intervenções de terceiros durante o processo.

Visando mesclar o termo “parto” ao termo “dor”, procuramos as definições do segundo para as diferentes áreas de conhecimento. As áreas de conhecimento: português, (FERREIRA, 1986); enfermagem, (MOSBY, 2001); médico, (DELAMARE, 1984); psicologia (PIERON, 1977) e psicanálise (RYCROFT, 1975), classificam o termo “dor” como uma sensação, condição ou impressão, exceto a filosofia, por (ABBAGNANO, 1970), que utilizou o termo signo ou indicação. No primeiro caso, a dor é a consequência de um efeito sobre os sentidos. A dor é uma reação interna comum a todas as pessoas quando expostas a um fator externo. Para a filosofia a dor parece ser um símbolo ou revelação do ser que a sente de forma única. Assim no primeiro caso a dor parece ser externa a pessoa e a mesma não pode controlar o seu aparecimento e desaparecimento. Se for externo à pessoa pode ser medicalizado. Enquanto que no segundo caso a dor pode ser considerada um processo interno, que não se reduz à condição física da pessoa que a sente.

O caráter do termo foi definido como desagradável, penoso, de sofrimento, hostil ou desfavorável. A “dor” é vista sempre por dois vieses para a definição dos dicionários de Português, (FERREIRA, 1986); de Enfermagem, (MOSBY, 2001); Médico, (DELAMARE, 1984) e de Psicanálise, (RYCROFT, 1975): o físico e o mental. A Filosófica, (ABBAGNANO, 1970) aborda a “dor” como uma fração da vida emotiva. As definições do termo parto não abordam existência de dor peculiar ao processo. A dor tem sempre uma parte física e outra mental que se complementam. E faz parte das emoções das pessoas.

Martin (2006) analisa o livro didático “William Ostetrics” no qual os textos referentes à fisiologia e condução do trabalho de parto são modificados ao longo do tempo. Na edição de 1980 deste livro, a mãe é eliminada do seu papel de expulsar o feto do seu próprio corpo. Comparando o corpo feminino a uma fábrica, esse fato elimina a trabalhadora e fortalece a tendência para o uso de tecnologias.

O parto é o processo no qual a própria mulher faz o seu filho nascer. É claro que as pessoas respondem aos processos da vida e com o parto não poderia ser diferente. Toda a vivência deste processo tem sido reduzida para a dor no parto. Assim, podemos pensar que a dor no parto foi socialmente construída à luz de um princípio de dominação do corpo feminino pelo masculino, no qual o primeiro é tido como imperfeito e incapaz de lidar com essa situação. As mulheres aprenderam a focar sua atenção nessa sensação “insuportável”. Entretanto é interessante perceber que alguns depoimentos revelaram que essa sensação que ao mesmo tempo é “insuportável” pode também ser comparada a um processo fisiológico como, por exemplo, o de eliminação do bolo fecal.

É a dor que parece vontade de fazer cocô. (Azaléia)

Então, as mulheres sentem a dor no parto que pode ser um incômodo suportável comparado a uma necessidade fisiológica ou pode sentir uma dor atroz comparada a uma facada. Isso nos esclarece esse domínio cultural na vivência da dor no parto pelas mulheres. Para Illich (1975) a palavra “dor” recobre os termos “melancolia”, “tristeza”, “aflição”, “ansiedade”, “vergonha” e “culpabilidade”, e, o vocábulo “dor” é a parte destes sentimentos na qual os médicos podem interferir.

Vimos que algumas mulheres focam a sua atenção exclusivamente na dor, entretanto outras mulheres focam a sua atenção no espaço de tempo entre uma dor e outra. Martin (2006) apresenta a metáfora da contração uterina da comunidade espiritual do Tennessee chamada “form”. Nela as contrações são consideradas explosões regulares de energia e o trabalho de parto progride melhor se a mulher prestar mais atenção à expansão e não à contração.

Não estava sentindo aquela dor por que tinha aquele espaço. (Girassol)

Parece que as primeiras mulheres citadas são mais adeptas ao modelo que ensinou que a dor é peculiar ao parto normal e gera intenso sofrimento. Enquanto as outras mulheres entendem que a contração é própria dos seus corpos. Para elas, assim como a dor, a contração pode ser considerada própria do parto normal. Para essas depoentes a contração passa, a contração pára e têm mulheres que não sentem aquela dor enorme. Elas entendem que, independente se a contração dói ou não, o que importa é que ela existe para fazer a mulher entrar em trabalho de parto, pra promover a dilatação e para formar o canal de parto, por isso ter contrações é bom pra ajudar a mulher a parir.

Contrações... se não existissem elas como saberíamos como é que seria o parto normal? (Tulipa)

Aí a dor passa, a contração pára. Eu não senti aquela dor enorme. (Flor de lis)

A contração é mais pra você entrar em trabalho de parto. Pra poder te ajudar a dilatar mais. A contração é mais pra ajudar você a ter uma passagem. Em vista se a contração dói ou não, as contrações também são boas pra ajudar. (Tulipa)

Para essas mulheres passar pelo trabalho de parto foi considerado muito bom. Quando o trabalho de parto evolui de forma satisfatória, a mulher passa bem por esse processo. Sendo assim, o trabalho de parto é considerado bom, excelente e maravilhoso.

Pra mim foi excelente, excelente [...] Foi bom o trabalho de parto [...] pra mim foi bom [...] eu fiquei bem no momento [...] estou bem. (Tulipa)

Foi bom [...] maravilhoso [...] Fiquei muito bem. (Rosa)

Para as entrevistadas as mulheres sentem dores diferentes nos diversos partos. Para elas, essa diferença pode ser devida à paternidade variada. Parece que a satisfação da mulher

com o relacionamento com o pai do bebê é um fator de alívio da dor no parto. Essas diferenças entre as dores também é atribuída às condições de saúde da criança. As mulheres atribuem ao estado de saúde do feto a dor mais forte, mais complicada e inexplicável. Essa situação leva a mulher a um estado de descontrole e a deixa traumatizada com o trabalho de parto e parto uma vez que a dor que sentiu é totalmente diferente da dor de um parto saudável. No parto saudável a mulher sente uma dor mais leve por que ela não é “constrangida”, desta forma não perde o controle. O termo “constrangida” foi utilizado para expressar as intervenções necessárias na assistência de um parto de médio ou alto risco.

Cada gravidez é diferente, né? Cada dor é diferente. (Violeta)

Cada um foi de um jeito, cada um foi de um pai [...] Não sei, mas eu não senti as dores que eu senti na primeira. Não foi igual, foi diferente. (Flor de Lis)

Há dois anos atrás meu filho nasceu com problema. A dor que eu senti foi totalmente diferente dessa dor que eu senti agora. Foi uma dor muito mais forte, muito mais complicada. Esse parto agora foi muito mais saudável [...] não foi constrangida como antes. (Amor Perfeito)

Além do estado de saúde da criança, o sexo do bebê é outro atributo que faz a mulher sentir mais ou menos a dor no parto. Para as entrevistadas, o parto de bebê menino demora mais que o parto de bebê menina. O parto de bebê menino dói mais e faz a mulher sofrer mais.

Dele eu sofri mais que da minha filha. Dele foi mais dor. [...] Por que ela foi a primeira, mas ele foi pior. Dela foi rapidinho, ela nasceu rapidinho. Ele demorou mais pra nascer. (Violeta)

É uma (contração) atrás da outra. Não dá trégua de jeito nenhum. É uma atrás da outra. Toda hora dando, toda hora. De menino é assim, de menina deve ser menos. (Rosa)

Anne Fausto-Sterling (2001) descreve a separação pelos sexólogos das categorias de sexo e gênero ocorrido a partir de 1972. O sexo é referenciado como anatomia e fisiologia, enquanto o gênero como a identidade do ser homem ou mulher e as suas manifestações. Rios e Gómes (1993) explicam que as idéias de gênero refletem a divisão sexual de trabalho. Espera-se que os meninos se encaminhem para a esfera pública de trabalho, por isso eles são estereotipados com a ambição, competitividade, agressividade, dominação, racionalidade. Enquanto as meninas são associadas à esfera privada, necessitando então de uma educação passiva, dependente, submissa, emotiva e subjetiva. As idéias da divisão de sexo e gênero parecem estar embutidas durante o trabalho de parto e a parturiente sente a dor no parto de menino de forma mais agressiva do que a dor no parto de menina.

Os depoimentos revelam que as mulheres só sentem as contrações na hora de fazer as forças, o que caracteriza um trabalho de parto mais avançado. Quando as contrações

estão intensas e constantes acontecem duas coisas importantes. Primeiramente é o momento em que a mulher percebe as contrações e em segundo lugar é sabido que essas contrações fazem o bebê nascer.

Só senti (a dor) na hora de fazer as forças pra... quando vinham as contrações pra ela sair. (Flor de lis).

A contração estava pouquinho. Eu não senti aquela contração no momento. (Girassol)

Veio uma (contração) atrás da outra, foi quando minha filha nasceu. (Girassol)

Foi três contrações muito fortes. Acho que mais forte até do que os outros três que eu já tive. Mas graças a Deus foram as últimas mais fortes que teve e ele já nasceu. (Camélia)

Esses depoimentos mostram uma tentativa das mulheres utilizarem a dor no parto para reconhecerem o que estão acontecendo nos seus corpos. Para Simões (1998) as contrações do final do trabalho de parto, apesar de serem de grande intensidade, são aceitas pelas mulheres, pois significam o final do processo de parturição.

Na dimensão “Sentindo a dor no parto” do capítulo “Vivendo a dor no parto” as mulheres referem a dor no parto como sendo uma sensação muito intensa e até violenta, ou comparada com sensações fisiológicas. Essa dor é caracterizada por um aumento de frequência e intensidade proporcional ao avançar do trabalho de parto. Essas características da dor no parto ajudam a mulher a prever o nascimento do seu bebê. O sofrimento ocasionado pela dor no parto pode ser aliviado ou agravado pela relação que ela mantém com o pai do bebê, pela relação de gênero ou pelas condições de saúde da gravidez

4.2 Respondendo à dor no parto

No princípio do trabalho de parto as depoentes mostram-se tranqüilas. Com o avançar do trabalho de parto as mulheres, perante a dor no parto, respondem com nervosismo, agitação, raiva, tensão, preocupação e medo. Essa dor pode causar também exaustão na parturiente e em algum momento ela pode sentir-se fraca, tonta, cansada e sem forças.

No comecinho eu ficava mais conversando. (Girassol)

[O trabalho de parto] É muita tensão. (Amor perfeito)

Sem força [...] Tontura [...] eu estava ficando fraca e tonta, cansada [...] estava sem força nenhuma [...] É de raiva por que ninguém gosta de sentir dor, então é de raiva ali na hora. (Girassol)

[Passar pelas contrações] Com raiva. Era raiva [...] estava muito nervosa. (Camélia)

[Na contração] que eu ficava muito nervosa [...] Agitada assim. (Orquídea)

Aí eu fiquei com medo... assim...acontecer alguma coisa [...] porque eu ficava preocupada [...] eu fiquei com medo de acontecer alguma coisa comigo e eu tá sozinha [...] eu já tava sentindo muito fraca de tanta dor, aí eu não tava conseguindo fazer força. (Azaléia)

Algumas mulheres apontam a dor como possibilidade do limite existencial (SIMÕES e SOUZA, 1997) e respondem a ela com uma linguagem corporal pertinente a dor e ao sofrimento (DIAS, 1996). Para Gurgel et al (1997) a dor no parto foi significada pelas mulheres como uma sensação de alívio, liberdade e prazer. As respostas mais comuns de enfrentamento da dor durante o trabalho de parto são segundo Branden (2000, p. 219):

Trejeitos faciais ou gemidos; tensão muscular e resmungos (devido aos esforços expulsivos); aumentos de pressão arterial, frequência do pulso e respirações; desejo de ter contato pessoal e toque nas fases iniciais do trabalho de parto ativo; retração, irritabilidade e resistência ao toque na transição ao trabalho de parto ativo.

Esses sinais de resposta fisiológica concordam com os citados por Atkinson e Murray (1989) referente à dor aguda, incluindo pupilas dilatadas, perspiração, entre outros. Smeltzer e Bare (1998) também citam sinais semelhantes e informa que na dor aguda, alguns pacientes podem ter sua frequência cardíaca diminuída e sua respiração presa. Quanto as respostas psicoemocionais, as mulheres apresentam receptividade, tranqüilidade, confiança e felicidade durante a fase latente. E demonstraram medo, dúvida, incerteza, declaração de intolerância à dor e raiva durante a fase de transição (ALMEIDA et al, 2004).

A dor aguda leva a pessoa a um estado desconfortável e perturbador, podendo acarretar prejuízo a outros sistemas tais quais: pulmonar, cardiovascular, gastrintestinal, endócrino e imunológico. As respostas fisiológicas incluem um aumento do metabolismo e do débito cardíaco, diminuição da resposta insulínica, aumento da produção de cortisol e de retenção de líquidos (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989).

A classificação "dor aguda" se aproxima mais da dor no parto em detrimento da "crônica", uma vez que a dor aguda é aquela de início recente e indica que o dano ou lesão tecidual ocorreu resulta de traumatismos, traumatismos cirúrgicos ou doenças. Os autores (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989) não citam o processo de parturição como fator desencadeante da dor aguda. O traumatismo que ocorre nas estruturas maternas durante o trabalho de parto e/ou o tempo do surgimento desta dor talvez seja o fator que mais aproxima esta dor da categorização aguda. O traumatismo das estruturas do canal de parto, ou a isquemia do útero durante as contrações podem causar dor. Porém, o "traumatismo" citado na classificação da dor aguda parece de caráter prejudicial, de doença e não de processos fisiológicos como é o caso do parto. Assim, a dor no parto não é classificada pelos autores como aguda ou crônica, como toda e qualquer outra dor de qualquer

outra situação patológica, apesar de serem descritas respostas similares a da dor aguda.

Nos depoimentos percebemos que as mulheres verbalizam e valorizam muito mais as respostas “psicoemocionais” do que aquelas respostas fisiológicas ensinadas e valorizadas pelos livros didáticos do modelo tecnocrata.

A resposta à dor varia entre as mulheres e nas diversas culturas. Os valores pessoais e as crenças de cada mulher são fatores que influenciam a resposta à dor de forma individualizada (GURGEL et al, 1997; BRANDEN, 2000). Para Illich (1975), o sofrimento é experiência da dor e sofrer depende da linguagem, da ansiedade, da atenção e da interpretação. Esses fatores são determinados social, econômico e ideologicamente.

Para Illich (1975, p. 129) “É a cultura que decreta se é o pai, a mãe ou ambos que devem gemer no nascimento de um filho”. A literatura cita diversas respostas à dor no parto, algumas pertinentes ao modelo biomédico como alterações fisiológicas, outras referentes às emoções como raiva.

Gurgel et al (1997) analisando outros autores admite fatores internos ou externos para causarem a dor e condiciona a resposta a dor com a afetividade, que deve ser tratada pela enfermagem de forma individualizada. O mesmo autor traz como sinônimos da dor o sofrimento, angústia e desconforto.

Pensamos que a afetividade seja a responsável por essas respostas psicoemocionais que são tão valorizadas pelas mulheres durante a vivência da dor no parto. Por isso pesquisamos o termo “afeto” nas diversas áreas do conhecimento e descobrimos que ele não foi abordado nos dicionários de enfermagem (MOSBY, 2001) e médico (DELAMARE, 1984). Houve comparação do termo “afeto” com o termo “emoção” nos dicionários de psicanálise (RYCROFT, 1975) e de filosofia (ABBAGNANO, 1970). No primeiro considera-se o “afeto” ligado à idéias enquanto a “emoção” como experiência independente válidas. No segundo a “emoção” refere-se tanto à pessoas quanto à coisas ou situações e o “afeto” é a emoção interpessoal.

Para esclarecer essas idéias foi pesquisado também o termo emoção. A “Emoção” é o ato de mover no dicionário de português (FERREIRA, 1986). É um sentimento/reação pessoal psíquica e somática às impressões percebidas. É um aspecto decisivo da afetividade, em comparação com a volição e a cognição que organiza e facilita as funções do EGO (MOSBY, 2001; DELAMARE, 1984; RYCROFT, 1975). As emoções fundamentais são a alegria, o desgosto (dor), o medo e a cólera, o amor e a repugnância (PIERON, 1977). A “emoção” é uma modalidade de controle de comportamento, são os signos das situações objetivas, valores das situações. É a reação/conduita normal ou “não emotiva” do homem: coragem, esforço, fadiga, esperança, temor, satisfação, insatisfação, que constitui uma resposta adaptada, racional e normal à situação. Pode ser uma “reação de fracasso”, ou “reação de desastre” que é patológica, impede a resposta adaptada e normal à situação. Nunca é neutra (RYCROFT, 1975). A emoção é uma mudança corporal e mental individual de reação. A dor é uma emoção fundamental do eu. A emoção é um comportamento que

reflete o valor da situação vivida. A resposta a dor é individual e revela o sentimento que a pessoa atribui a esta sensação.

O “Sentimento” é a faculdade de percepção de um estado emocional ou mental (FERREIRA, 1986; MOSBY, 2001). É um estado afetivo indeterminado que provoque, ou não, um estado de necessidade (PIERON, 1977). É a forma mais geral ou superior da emoção. É a fonte ou princípio das emoções o que reconhece a subjetividade humana como algo irredutível ao conjunto dos elementos objetivos ou do princípio racional. Tem um papel predominante na vida do homem. O sentimento, o conhecimento e a volição são as três faculdades do espírito humano. O sentimento originário e intencional é uma reação particular de enfrentamento ao estado emotivo. Assim, o prazer e a dor podem causar sofrimento ou gozo em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes. O “Sentimento” é a capacidade de apreender o valor que um fato ou uma situação apresenta para o ser e que deve enfrentá-la (ABBAGNANO, 1970).

A dor é uma emoção fundamental que revela no corpo e na mente uma reação de acordo com o valor que a pessoa atribuí com a experiência vivida. Quando a emoção envolve pessoas trata-se do afeto. O sentimento é a percepção da emoção. Assim, a mulher poderia ter um sentimento positivo em relação a parturição e responder a dor no parto com gozo.

Entretanto, os autores (SMELTZER e BARE, 1998; ATKINSON e MURRAY, 1989) associam fatores como: ansiedade, pensamentos, emoções, cultura, etnia e experiências dolorosas anteriores como tendo influencia na resposta individual à dor, através da abertura ou fechamento do portão. Assim, a emoção é reduzida ao controle portão.

Percebemos que as respostas à dor para esses autores limitam-se a questões biológicas. Quando são citados outros valores como cultura, etnia, entre outros, são associados ao controle do “portão”. Para Illich (1975) a ideologia da medicina industrial destrói melhor a dor quando a separa de significados, transformando-a numa experiência terrível.

Independente do fator que causa a dor, as respostas das pessoas são individuais e isso é explicado pelas diversas áreas de conhecimento. Por isso, este sintoma deve ser abordado de forma particular, cada pessoa deve ser tratada individualmente. Essas idéias aplicam-se especialmente à dor no parto, se levarmos em consideração os aspectos afetivos e culturais que acompanham esse acontecimento.

Na dimensão “Respondendo à dor no parto” do capítulo “Vivendo a dor no parto” são reveladas as principais respostas das parturientes perante a dor no parto. As respostas à dor no parto vão sendo modificadas com o avançar do trabalho de parto, acompanhando o aumento da frequência e intensidade da dor no parto. Entretanto, nos depoimentos as respostas subjetivas foram mais valorizadas que as respostas físicas.

4.3 A dor no parto e a permanência no hospital

Parece que o tempo de internação em trabalho de parto é diretamente proporcional ao sofrimento. As mulheres demonstram insatisfação quando consideram que passaram muito tempo no hospital na expectativa de finalizarem o seu trabalho de parto. Essas depoentes usam expressões como “demorou muito”, “a dilatação não cedia” ou “ficou toda vida” para expressarem seus sentimentos.

Por que demorou muito pra nascer [...] Eu cheguei aqui na quarta feira, assim oito e meia, assim que a doutora examinou a bolsa arrebentou, na quarta feira [...] e só foi nascer ontem (quinta feira) nove e dez da manhã [...] Aí pra mim demorou muito [...] Muito pra nascer, muito [...] a dilatação não cedia [...] o doutor olhou de noite aí tava oito por dez. e ficou toda vida... aí de manhã ainda tava nove [...] Como demorou muito pra nascer [...] mas eu achei que demorou muito. (Azaléia)

O hospital é um ambiente imprevisível onde a mulher perde o controle da situação, ocasionando temor e angústia. O temor na vivência do trabalho de parto está relacionado com uma “vagarosidade do tempo” para a parturiente (SIMÕES, 1998). Por isso, as mulheres que consideraram que o nascimento do seu bebê aconteceu de forma rápida ficaram satisfeitas. Essas entrevistadas atribuem a este fato a condição de “coisa mais importante” do trabalho de parto e são gratas a Deus pela finalização rápida do seu trabalho de parto.

Entrei em trabalho de parto nove e vinte e nove e com sete de dilatação e quando foi nove e quarenta e seis... a minha filha tinha nascido já [...] O mais importante pra mim foi que o meu parto foi rápido, foi rápido por que assim...tem pessoas que ficam doze horas, vinte e quatro horas no hospital, tem passagem mas não se ajuda...ficam no soro. (Tulipa)

O tempo de internação é associado a intervenções hospitalares. As mulheres pretendem passar o menor tempo possível dentro do hospital para dar à luz. Elas sabem que dentro do hospital sofrem intervenções que aumentam a dor no parto. Martin (2006) esclarece que quando o corpo feminino é visto como uma fábrica, o útero tem um tempo determinado para produzir o bebê. Uma das estratégias das mulheres compara-se a resistência dos empregados às suas condições de trabalho. A resistência dessas trabalhadoras é adiar sua ida para o hospital de forma a garantir que o seu processo não seja considerado ineficaz e ela não sofra intervenções.

Foi rápido [...] Foi rápido [...] foi muito rápido [...] Entrei, dei entrada no hospital, aí até preencher ficha e tal e passar pra parte da obstetria eu estava quase ganhando ela. Foi muito rápido, graças à Deus. (Margarida)

Não teve muito trabalho de parto [...] Foi pouco tempo, eu cheguei aqui de cinco horas da manhã, sete e vinte da manhã eu já tive ele, graças à Deus. (Camélia)

Deste aqui eu não sofri muito. Por que ele nasceu rápido [...] Já nos outros

dois eu sofri muito. Sofri [...] passei quase 5 dias no hospital, deste aqui não [...]. deste aqui rapidinho, cheguei já fui ganhando logo [...] foi bom, gostei do parto desse. (Rosa)

O tempo de permanência da mulher dentro da instituição de saúde é relacionado com o sofrimento da dor no parto. Parece que a permanência longa no hospital é um convite às intervenções próprias deste ambiente que ocasiona maior sofrimento às mulheres.

As depoentes classificam como “pior hora” o momento o qual o profissional instala a venóclise para induzir ou acelerar o trabalho de parto com ocitocina exógena. As mulheres referem um aumento significativo da intensidade e freqüência da dor com esta medicação. Elas associam a soroterapia com a dor e com outros sintomas como câimbras. As entrevistadas acreditam que o soro ajuda a dilatar o colo uterino mais rapidamente, acelerando o trabalho de parto. Entretanto referem não terem esclarecimentos mais abrangentes sobre essa intervenção.

Aí teve que botar o soro pra sentir dor [...] aquele soro pra sentir dor [...] aí eu fiquei com câimbra na perna no braço, por causa do soro. (Azaléia)

Acho que a pior hora é a hora do soro, que eles colocam o soro, pra mim é a pior hora. (Flor de Lis)

Quando ela colocou o soro que veio uma atrás da outra [...] a enfermeira falou que [...] ia colocar medicamento no soro que era pra dar mais contração mesmo, a intenção era essa. (Girassol)

Depois que me botaram no soro [...] Sei lá, não sei não. Só depois que eu fui pro soro mesmo [...] Estava pouco, mas depois que eu fui pro soro [...] Depois que me botou no soro [...] aí bota no soro pra dilatar mais rápido pro neném nascer, só isso, mas o resto não sei mais nada. (Violeta)

As mulheres destacam o exame de toque vaginal como fonte de agravamento da dor. Elas dizem que a dor vem mais forte depois que o profissional faz o toque vaginal e destacam que antes deste procedimento a dor vinha devagar e leve.

A dor vem forte, vem forte depois que ela dá o toque. Está vindo leve, leve. Depois que ela dá o toque, aí quando ela já vem, já vem forte. (Rosa)

As entrevistadas consideram a manobra de Kristeller ou pressão supra púbica como o momento de maior sofrimento. Elas afirmam que a dor as impede de fazer força, fazendo-se necessária essa intervenção.

Eu já tava sentindo muito fraca de tanta dor, aí eu não tava conseguindo fazer força [...] foi uma enfermeira, um doutor e a pediatra, foi três pessoas pra fazer o parto, por que aí tava muito difícil, aí a enfermeira mandou chamar o doutor, aí o doutor teve que forçar aqui (manobra de Kristeller ou pressão supra púbica) pro neném sair, mas eu não consegui fazer a força a cabeça dele ficou presa, aí nasceu com a cabeça amassada, aí foi muito ruim, o problema assim pra mim maior só foi isso. (Azaléia)

Os procedimentos de rotina utilizados na assistência hospitalar como, por exemplo, toque vaginal, amniotomia e infusão de ocitocina causam aumento da dor no parto (SAITO e GUALDA, 2003). O estudo de Macedo et al (2005) mostrou ainda que questões subjetivas sejam atreladas aos procedimentos hospitalares exacerbando a dor no parto como, por exemplo, a observação dos profissionais, a voz de comando dos profissionais e a forma agressiva de realização do toque vaginal. Essa rotina no atendimento obstétrico aponta para a impessoalidade e mecanicidade da assistência, fazendo com que a mulher não seja percebida em sua singularidade (SAITO, 2000).

As entrevistas demonstram que de modo geral as mulheres sentem-se satisfeitas quando passam pelo trabalho de parto e parto de forma saudável com menos intervenções possível.

Não fiquei com seqüelas nenhuma [...] O que foi de importante que eu não fiquei com seqüela nenhuma, nem eu nem minha filha [...] desde o momento que eu cheguei até agora, eu não fiquei no soro, tive a passagem normal [...] algumas grávidas ficam com seqüelas após o parto, entendeu? Como resto de placenta, infecção urinária [...] todos os exames prontos [...] Como a criança... como falta de exames que não fez durante o pré-natal e os meus todos estavam prontos [...] todos os exames...está tudo pronto, é só esperar mesmo as setenta e duas horas pra poder...as quarenta e oito horas pra eu poder ser liberada. (Tulipa)

Na dimensão “a dor no parto e a permanência no hospital” do capítulo “vivendo a dor no parto” as mulheres citam a indução ou aceleração do parto com ocitocina exógena, o toque vaginal e as manobras de Kristeller ou pressão supra púbica. Os depoimentos mostram que as mulheres aceitam a venóclise como necessária para aumentar a dilatação. Entretanto a dor causada por ela pode ser a responsável pela perda das forças da mulher e conseqüente necessidade de manobras para expulsão do feto. É consenso entre as mulheres que essas tecnologias agravam a dor no parto.

VIVENCIANDO AS ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NO PARTO

Neste capítulo os depoimentos foram agrupados e analisados considerando as diferentes estratégias vivenciadas pelas mulheres para alívio da dor no parto. Foi possível observar a influência do modelo biomédico da dor no parto refletida na passividade ou nas estratégias medicalizadas vivenciadas pelas mulheres. Foi possível também perceber que algumas mulheres utilizam estratégias instintivas para o alívio na dor no parto.

5.1 Submetendo-se à dor no parto

Algumas mulheres comportam-se de maneira passiva perante a dor no parto. Umas acreditam que não existem meios para aliviar a dor no parto. Outras não têm informações acerca da dor e das formas de alívio.

Não fiz nada, não tem como aliviar [...] Eu não sei como aliviar, então eu não fiz nada [...] Não tinha nada que ajudava a aliviar. (Azaléia)

Eu nem sei como explicar como que é isso. Eu nunca... assim...ninguém me falou como que é, ninguém nunca me falou como ela ia vir, minha mãe mesmo nunca me explicou: um dia quando você tiver um filho vai ser assim...assim...assim você vai sofrer, você vai ver como é que é. Nem da minha filha, ninguém nunca me explicou. Fiquei sabendo depois que eu fui ter o primeiro filho [...] Eu não sabia que dava toda hora, assim instante a instante, assim, de cinco em cinco minutos, eu não sabia. (Rosa)

Santos (2006) diz que a organização hospitalar das maternidades analisadas no seu estudo, com suas tecnologias invasivas e rotinas, impõem uma disciplina que é responsável pela passividade dos corpos. Ao longo do tempo essas práticas foram legitimadas, valorizadas e prescritas como a melhor forma de conduzir as experiências cotidianas. Nesses depoimentos percebemos que as mulheres acreditam que não podem fazer nada além de esperar passivamente pelo término do sofrimento das dores no parto.

Na dimensão “Submetendo-se a dor no parto” da categoria “vivenciando as estratégias de alívio da dor no parto” os depoimentos mostram que as mulheres são condenadas a

suportar a dor no parto passivamente.

5.2 Seguindo as condutas medicalizadas

Alguns depoimentos mostram que existem mulheres que seguem os conselhos médicos para ajudá-las a lidar com a dor no o trabalho de parto.

E fazer tudo que os médicos pedirem no momento, o doutor ou a doutora pedir [...] Tudo que a médica me pedia. (Tulipa)

A mulher espera compartilhar sua experiência com o profissional de forma a amenizar o desconforto e o temor do trabalho de parto. A mulher está aberta às orientações dos profissionais que dela esperam condutas e comportamentos adequados (SIMÕES, 1998).

As depoentes pensam que durante o trabalho de parto a parturiente deve comportar-se de forma civilizada. Elas dizem que gritar não cura a dor. Para essas entrevistadas atitudes como fechar as pernas e ficar nervosa as impedem de ajudar a si mesmas durante o trabalho de parto. As mulheres acreditam que quando isso acontece o trabalho de parto é prolongado e pode haver complicações. Para essas depoentes a mulher deve permanecer quieta e não deve incomodar o profissional desnecessariamente.

Ajuda bastante... e não ficar nervosa...se você ficar nervosa e querer gritar...você não consegue fazer nada e demora mais. [...] tem mulher que grita... que pede ajuda [...] Gritar continua a dor, é o único jeito. (Flor de Lis)

[...] não fechar as pernas, se você no momento não gritar [...] Não gritei, fiquei na minha, quieta. Chamei a médica quando a minha bolsa estourou Não fiquei chamando toda hora por que se você chama toda hora e ela toda hora tá naquele momento naquela dorzinha, no momento da sua dor ela não vai estar. (Tulipa)

Quando a dor vinha, eu tentava o máximo possível não ficar nervosa, por que eu tenho problema de pressão alta, então tentava o mais possível não ficar nervosa que eu poderia ter um princípio de eclampsia [...] E eu tinha aquilo na cabeça, então, tentava me controlar o máximo possível. Quando a dor vinha eu me prendia [...] apertava, segurava, por que se não de repente poderia até ser uma coisa ruim [...] Se eu gritasse, se eu ficasse muito nervosa de repente eu podia ter um princípio de eclampsia, por que eu tenho a pressão alta. (Amor Perfeito)

Odent (2002a, 2002b) diz que a mulher em trabalho de parto assume comportamentos que jamais faria em outras circunstâncias. Elas perdem a autoconsciência e o autocontrole. Entretanto os depoimentos nos revelam que as mulheres lutam contra seus instintos naturais para ser adaptarem ao hospital. Elas acreditam ainda que algumas atitudes possam ser prejudiciais para o trabalho de parto e não ajudam a aliviar a dor.

As mulheres pensam que devem praticar o puxo voluntário para passar pela dor no trabalho de parto. Para elas o puxo voluntário associado à dor reduz o tempo do trabalho

de parto e acaba com o sofrimento que ele ocasiona. Essas entrevistadas relatam que o puxo voluntário acarreta melhora da dilatação o que facilita o nascimento do bebê.

Depois quando a gente já tá com oito, assim quase nove, a gente vai fazendo força pra baixo, quando vier a dor, a gente faz força pra baixo, vem a dor, a gente faz força pra baixo ... aí vai dilatando e nasce. (Flor de lis)

Quando a dilatação vir... fazer força. (Tulipa)

Eu fazia força. [...] eu fazia força pra baixo. [...] eu fiz bastante força, aí foi que ele dilatou mais, aí melhorou mais a dilatação. (Violeta)

Os depoimentos mostram que na hora da dor no parto as mulheres não conseguem pensar em nada que não seja a finalização do sofrimento da dor no parto com o nascimento do seu bebê. As mulheres acreditam que o nascimento do bebê é o fator que faz com que a agonia do trabalho de parto termine. Por isso a mulher pratica o puxo voluntário. Estimular o puxo voluntário é uma prática muito comum nas maternidades. Martin (2006) explica que o útero e abdome femininos precisam fazer um trabalho mecânico no qual é necessário vencer a resistência do corpo da mulher para o nascimento do bebê. O objetivo deste trabalho é o controle da parturiente trabalhadora para o aumento da produção. Enkin et al (2005) diz que encorajar o puxo voluntário é uma prática que acarreta prejuízos para o feto. Estas entrevistadas concordam que depois que o bebê nasce a mulher fica bastante aliviada.

Quando a enfermeira pediu pra fazer força, eu queria fazer logo... pra acabar logo [...] quando saísse passava aquilo ali. (Margarida)

A gente toma um alívio depois que a gente ganha neném [...] Depois que a gente ganha passou tudo. [...] Depois que a gente tem, pronto, já acabou tudo [...] depois que a pessoa tem, toma alívio mesmo, toma aquele alívio [...] Quando a gente tem, que depois que a gente tem, pronto. Toma aquele alívio. (Rosa)

Mas depois que ele nasceu, acabou [...] Depois que ele nasceu passou tudo, está bom. [...] Sei lá! Lá na hora da dor tu nem pensa em nada... só pensa em ganhar logo... que acabe logo essa agonia e ganhar logo, fazer bastante força e botar logo pra nascer logo. (Violeta)

Simões (1998) afirma que o parto é o evento que diminui a ameaça da vivência do medo, da aflição e das expectativas do trabalho de parto. Assim as mulheres lançam mão de tudo aquilo que elas acreditam que vai colaborar para o nascimento do bebê.

As depoentes relatam que para aliviar a dor no parto pode-se concentrar na respiração. Elas dizem que esta respiração deve ser profunda. Outra característica importante da respiração é que este ato deve ser realizado visando exercer uma pressão para baixo. Parece que esse tipo de respiração contribui com o puxo voluntário exercido por essas mulheres. Elas acreditam que desta forma estão contribuindo para a finalização do processo

de trabalho de parto e parto.

Respiração ajudou um pouco, parece que quando você respira fundo, assim, melhora (as dores da contração). (Orquídea)

Só respirar e soltar pra baixo. (Flor de Lis)

Respiração, respirar [...] Não de boca aberta que a criança poderia subir, aí ficaria difícil e assim que viesse a contração com dor a gente fazer força pra baixo. (Tulipa)

Esses depoimentos revelam que as mulheres seguem as ordens médicas, procuram comportar-se de forma civilizada, praticam a respiração controlada e o puxo voluntário durante a dor no parto. Essas entrevistadas acreditam que essas atitudes são as mais adequadas para ajudá-las a finalizarem o seu trabalho de parto. Essas mulheres aceitaram e incorporaram a dominação dos seus corpos pela medicina.

5.3 Enfrentando instintivamente a dor no parto

Em algumas entrevistas, as mulheres atribuem a si mesmas o poder de enfrentar as dores no parto. Elas dizem que a dor só é superada dependendo do esforço e da força de vontade da própria mulher. Elas afirmam que há mulheres que se fragilizam perante a dor no parto. Por outro lado, existem mulheres fortes que agüentam a dor no parto. A mulher forte consegue suportar e superar a dor no parto. Essa mulher é introspectiva e não depende de outra pessoa para concluir com êxito o seu trabalho de parto. Essa mulher se apóia em forças divinas para enfrentar as dores no parto. A mulher que enfrenta a dor no parto pretende mostrar para outras pessoas o seu poder de parir. A mulher disposta é aquela que resolve ter o seu filho sozinha, que vive de forma profunda o seu trabalho de parto. Essas mulheres têm poder para enfrentar a dor no parto por que sabem que são capazes de fazê-lo.

Eu encarei assim: tem que sentir? Tem que ser? Então vamos com força, vamos embora. (Margarida)

A dor só passa dependendo de você [...] Dependendo de você, do seu esforço [...] Se você tiver força de vontade [...] Fizer por onde [...] Força de vontade [...] basta você querer, quem faz o tratamento é a gente. (Tulipa)

Depende da pessoa, depende da vontade da mulher, por que tem mulher que é fresca, não faz nada, se entrega e têm outras não, têm outras que já são mais fortes, já agüentam. (Flor de Lis)

Eu consegui suportar a dor [...] Consegui superar [...] a mulher nessa hora é só ela e Deus! Não tem médico, não tem marido, não tem mãe, não tem ninguém. É ela e Deus! Na hora de botar pra fora a criança [...] então acho que fui forte [...] eu me agarrei com o Senhor e falei: Senhor está em suas mãos, que o Senhor achar que deve acontecer, vai acontecer, mas eu quero a minha filha e me dê força. Só pedia isso, me dá força pra superar, força

pra agüentar a dor, pra mim botar pra fora! [...] Deus me mostrou que por mais fraca, por mais falha, eu fui uma mulher forte pra consegui [...] Botar ela pra fora. Mostrar pra qualquer um que eu posso! (Amor Perfeito)

E só tive sozinha [...] tive sozinha, eu e ele e Deus, graças a Deus [...] o menino nasceu sozinho [...] Nenhum nasceu sozinho, esse foi o primeiro e eu me joguei já no quarto e fiquei mesmo lá sozinha, ninguém chegou perto, eu fiz de tudo pra que ele nascesse [...] e graças a Deus saiu [...] Sozinha, eu, o bebê e a cama, só [...] e aí é preciso ter muita força de vontade, força realmente pra você poder, poder reagir pra ter força pra botar o neném pra fora. Eu sou católica, eu me agarrei muito com Deus, com Nossa Senhora que me ajudasse, eu acho que foi isso, também, durante a minha gravidez toda eu rezava, eu pedia muito a Deus que me protegesse nessa hora, que pudesse me ajudar, conversei com ele (bebê) também pra que ele pudesse me ajudar [...] aí conversei com ele também [...] sou uma mulher disposta. Que resolvi ter meu filho sozinha, que tive meu filho sozinha. (Camélia)

Macedo et al (2005) esclarece que as mulheres necessitam de liberdade para parir. A vivência da dor no parto sob uma perspectiva de realização ajuda as mulheres a lidar com a dor desse processo. Essas mulheres atribuem a si mesmas como ser determinante do parto.

Os depoimentos mostram que as parturientes pensam nos seus filhos e exercem atitudes que não são aceitas no ambiente hospitalar para enfrentar a dor no parto. A mulher implora pela ajuda divina e dos profissionais, aperta a boca, aperta a mão da enfermeira, amassa. Ela grita e chora. Ela tem a necessidade de bater, de tocar em alguma coisa e de se movimentar livremente.

[...] apertava a boca assim, ficava imaginando várias coisas. (Flor de Lis)

Você aperta a mão da enfermeira, você amassa, você: por favor, me ajuda! [...] só pedir a Deus [...] meu Deus, meu Deus, me ajuda [...] (Margarida)

Eu fui pro banheiro, pra tomar banho, [...] Eu gritei muito! Gritei muito! [...] Mas eu gritei muito! Chorei muito! Bati muito na parede! Dei muito soco! [...] na hora da dor ali tu faz de tudo! [...] você tenta de tudo... tocar alguma coisa, gritar, faz de tudo um pouco [...] Não passou a dor, mas me ajudou um pouco aliviar aquela sensação de dor. (Girassol)

Odent (2002b) esclarece que as atitudes instintivas da mulher, que nos parece estranhas, são resultado de um equilíbrio hormonal adequado para facilitação do trabalho de parto.

Para superar a dor no parto as mulheres mudam de posição. Cada mulher prefere uma posição que geralmente não é a padronizada nas maternidades. Para algumas mulheres o decúbito lateral com apoio para o membro inferior ajuda muito. A posição lateralizada é mais confortável do que a dorsal e a horizontal. Outras mulheres preferem ficar deitadas por que nessa posição a dor é menos intensa do que nas posições verticais e durante a deambulação.

Eu mudei de posição. Fiquei de ladinho [...] Me apoiei de ladinho e levantei a perna e fui numa outra posição, que não é a normal que você geralmente tem filho. [...] Aí eu fiquei de ladinho, deitei e levantei a perna pro lado [...] Me ajudou e muito! Muito, por que eu acho que se eu estivesse em pé, se fosse deitada como os outros eu tinha sofrido mais. (Camélia)

Em pé só que ela vem forte, deitada ela já vem menos, andando ela já vem forte... ela vem forte andando, agora deitada... quando eu estava deitada ali estourou a bolsa que eu nem vi. (Rosa)

Odent (2002b) esclarece que quando a mulher está livre para mudar de posição, instintivamente ela adota posições que facilitam o seu trabalho de parto. Para Enkin et al (2005) as posições diferentes do decúbito dorsal são benéficas para a evolução do trabalho de parto, para a saúde do feto e diminui a dor no parto.

Os depoimentos mostram que na hora da dor no parto a mulher pensa que vai ser ruim, mas fica imaginando várias coisas para enfrentar essa situação. Por isso a mulher imagina o seu filho. Durante o trabalho de parto a mulher deseja o seu filho. No momento da dor ela pensa que vai ver o bebê, segurar e senti-lo. A parturiente conversa com o bebê para que ele a ajude no momento da dor. As entrevistadas demonstram preocupação em relação às possíveis complicações do parto. Assim elas pensam nos seus outros filhos também.

Na hora a gente pensa assim: vai ser ruim, mas depois a gente pensa que vai estar com o filho no braço [...] você imagina que daqui a pouco... como eu te falei... você vai estar com seu filho no braço [...] Ficava imaginando meus filhos, minha filha já no meu braço, pensava no meu filho em casa... que eu podia ter alguma complicação na hora do parto e eu não tinha só ela, eu tenho os outros pra eu pensar. (Flor de Lis)

Eu queria fazer logo [...] você pensa na criança, você quer ver, você quer pegar logo [...] sentir. (Margarida)

Conversei com ele (o bebê) também pra que ele pudesse me ajudar [...] aí conversei com ele também. (Camélia)

As entrevistas revelam que na percepção das mulheres o que acontece de mais importante no trabalho de parto é o nascimento do bebê.

É bom por que você está tendo seu filho ali. (Orquídea)

Minha filha nasceu bem e graças a Deus [...] No momento só de importante é o nascimento da minha filha. (Tulipa)

Minha filha veio saudável, veio perfeita sem problema [...] a vitória da minha vida está aqui do meu lado [...] minha filha está aqui saudável, três quilos trezentos e sessenta e cinco, cinqüenta e dois centímetros [...] ela veio perfeita, sem problema de respiração, sem nada, graças a Deus! O que eu tenho de importante é essa coisa linda aqui! Está aqui nos meus braços, perfeita, com saúde, e gorda, bonita. (Amor Perfeito)

Que graças a Deus estou aqui com ele [...] Só ele mesmo agora. (Camélia)

Que minha filha nasceu... é... bem, saudável... (Girassol)

O importante pra mim foi o nascimento dele. (Rosa)

Depois que ele nasceu. Muito bom quando ele nasceu. Eu vi o rostinho dele, esse rostinho cabeludo aí. O rostinho cabeludo dele aí. (Violeta)

Para Macedo et al (2005) o filho é para a mulher um fator de alívio na dor no parto. Simões (1998) diz que a mulher valoriza a sua participação no parto e também a atuação da equipe no nascimento, uma vez que para ela é muito importante que o bebê esteja bem.

As entrevistas mostram que sentir-se solitária no trabalho de parto e parto é desconfortável para a mulher. Para estas mulheres a presença do acompanhante é um fator de ajuda no enfrentamento a dor no parto. Elas dizem que um acompanhante com o qual elas tenham alguma ligação afetiva é fonte de força, ajuda e segurança durante o trabalho de parto e parto. Algumas citam também a doula como fator de ajuda. Os depoimentos também refletem as dificuldades estruturais e burocráticas das instituições hospitalares no que diz respeito ao cumprimento da lei de número 11.108 de 07 de abril de 2005 que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada a permitir um acompanhante à parturiente de sua escolha.

Eu não sei se é por que eu fiquei sozinha também no quarto, não tinha nada... fiquei sozinha, não tinha ninguém, aí nada ajudava [...] eu morrer eu tô lá sozinha ou a criança nascer e eu lá sozinha [...] Por que quando eu cheguei estava muito cheio, aí devido tá muito cheio não podia ficar acompanhante, aí depois de madrugada já podia, só que a minha amiga já tinha ido embora, aí não tinha como eu avisar, ligar, nem nada, aí eu fiquei sozinha... o tempo todo [...] as meninas que estavam lá tudo ganhando neném, só eu que fiquei lá... fiquei sozinha [...] Ter alguém comigo, pra me dar uma força... assim, uma amiga, uma irmã, qualquer coisa... mãe eu não digo por que eu não tenho mãe. Mas eu queria assim que tivesse alguém, ou meu esposo mesmo [...] Aí que ajuda mais... a gente estando com alguém que a gente gosta. (Azaléia)

Não tem ninguém comigo na hora. (Margarida)

Meu marido estava comigo. (Amor Perfeito)

Assim, eu não sei o nome que se dá aquelas pessoas que ajudam a gente... assim... explicam como alivia a dor.. aquelas senhoras que ficam ajudando a gente ali na hora, na sala de pós [SIC] parto. (Girassol)

Simões (1998) diz que a parturiente percebe o ambiente como confiável e acolhedor quando a assistência considera a singularidade da vivência do trabalho de parto.

Os depoimentos apontam a importância da família para a parturiente. As entrevistadas dizem que o apoio da família transmite força para a mulher. Para as mulheres esse

apoio é uma ajuda para facilitar o trabalho de parto. Essas entrevistadas relatam que a falta da família torna o momento do trabalho de parto mais complicado e difícil.

Mas na verdade se você não tiver um... assim... a família... as pessoas ali... você sabe que está todo mundo ali te dando força, todo mundo ali do outro lado da porta esperando, eu acho que é mais difícil [...] Não sei as mulheres [...] não têm uma família... fica mais complicado... eu acho que o momento se torna bem mais difícil. (Margarida)

Enkin et al (2005) afirma que o suporte contínuo para as mulheres durante o trabalho de parto e parto é considerado uma forma benéfica de assistência. Macedo et al (2005) diz que o acompanhante traz tranquilidade e confiança para a mulher e é um fator de alívio da dor no parto.

Os depoimentos revelam o apego das mulheres às forças divinas a fim de enfrentar as dores no parto. Para as mulheres somente Deus pode ajudá-las no momento das suas dores no parto. Nas orações essas mulheres clamam por proteção divina, pela saúde dos seus bebês, para que o trabalho de parto seja breve e para que Deus lhe der forças para superar as suas dores e para conseguir parir. As entrevistadas revelaram que a oração e a fé durante são de grande valia para o enfrentamento das dores no trabalho de parto e parto e para o empoderamento destas mulheres.

Eu pensava coisas boas, ficava pedindo coisas boas... que Nossa Senhora do Parto me ajudasse, que ficasse ali do meu lado, comigo, e parecia até que ela estava realmente [...] não sei se é por que eu estava rezando, pedindo. (Flor de Lis)

Mas graças a Deus, Deus me deu força [...] eu me agarrei com o Senhor e falei: Senhor está em suas mãos, que o Senhor achar que deve acontecer, vai acontecer, mas eu quero a minha filha e me dê força. [...] Só pedia isso, me dá força pra superar, força pra agüentar a dor, pra mim botar pra fora! Tanto que quando ela saiu que você botou ela em cima de mim assim, a primeira coisa que eu falei foi: obrigada Jesus por ter conseguido, foi a primeira coisa que eu disse. [...] E Deus falou: tira essa dúvida da tua cabeça! Tu vai conseguir. (Amor Perfeito)

Eu sou católica, eu me agarrei muito com Deus, com Nossa Senhora que me ajudasse, eu acho que foi isso, também, durante a minha gravidez toda eu rezava, eu pedia muito a Deus que me protegesse nessa hora, que pudesse me ajudar. (Camélia)

Pedi muito a Deus [...] Pra vir tudo bem. Só isso que eu falei: Deus se for [...] entrar na sala e pedi a Deus pra nascer tudo bem, não ter um problema, por que tem criança que também nasce com problema De saúde, mas eu rezei bastante, deitada na cama, pedindo a Deus pra poder vir tudo bem. [...] Mas enquanto está ali, tem que pedir muito a Deus, pedir muito, muito mesmo [...] Ali a gente reza bastante, pede a Deus. Tem mulher que grita, mas eu fiquei calada, quieta, sozinha, só esperando a hora, quando foi a hora... chegou à hora de ter.. fui ter [...] Eu sei que eu estava

rezando pra chegar a hora pra ter logo [...] eu peço pra chegar logo, pra nascer logo. (Rosa)

Para Odent (2002a) a mulher quando reza se inclina para frente e reduz a atividade do neocórtex que se isola do mundo externo. Sugere-se a conexão entre a oração e o nascimento. A parteira, por sua vez, quando reza, não se comporta como observadora da parturiente. Tudo isso se encaixa com o entendimento da produção de ocitocina pelo cérebro primal da mulher em trabalho de parto.

Para enfrentar as dores no parto as mulheres utilizam diversas estratégias. Os depoimentos mostram que o conjunto destas estratégias ajuda a mulher a passar pelas dores do parto.

Eu acho que tudo isso, um pouquinho aqui, um pouquinho ali, cheguei lá!”(Camélia)

Medina (2003) refere que as tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica são utilizadas de forma concomitante. Parece que as mulheres mudam diversas vezes de estratégia para lidar com a dor no parto.

Na dimensão “enfrentando instintivamente a dor no parto” da categoria “vivenciando as estratégias de alívio da dor no parto” as mulheres atribuem a si próprias o poder de enfrentar a dor no parto. Para isso, exercem atitudes que não são aceitas no ambiente hospitalar, pensam nos seus filhos e mudam de posição. Essas entrevistadas sentem a necessidade da presença de sua família e do respeito a sua espiritualidade para enfrentar a dor no parto. Estas mulheres são capazes de parir sozinhas e para isso necessitam de liberdade, companhia e de Deus. Desta forma, este processo deixa de ser passível de tratamento médico e passa a ser um momento social, passível de tecnologias de cuidados de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados atribuídos à dor no parto pelas mulheres que viveram o parto vaginal foram relacionados com o sofrimento e/ou prazer. Foi possível identificar três dimensões para o significado sofrimento: sofrimento redentor, sofrimento heróico e sofrimento inútil.

A dimensão redentora do sofrimento reflete a influência da Igreja Católica sobre o processo de parturição no qual as mulheres sofrem para serem castigadas, provadas ou redimidas por Deus. A dimensão heróica do sofrimento causado pela dor no parto mostra que as mulheres trazem consigo valores das deusas e heróis e expressam seu sofrimento com poder. O sofrimento inútil é a dimensão proposta pela medicalização do corpo feminino que arranca da dor no parto qualquer significado e faz a mulher acreditar que não tem condições físicas e psíquicas para viver a dor do processo parturitivo.

Relacionar a dor no parto com o prazer é compreendê-la como natural do processo e atribuir a ela um significado especial que é a chegada do bebê.

Na vivência da dor no parto as mulheres associam as contrações à dor. A dor é vivida como um sintoma intenso, constante e até violento. Por outro lado, a dor pode ser comparada a processos fisiológicos. Assim, as mulheres vivem a dor como sendo algo destacado e/ou pertencente ao seu corpo. Portanto podem focar a sua atenção dor ou no processo por inteiro.

O relacionamento amoroso com o pai do bebê, a condição de saúde da gestação e do feto, as questões de gênero são fatores que podem modificar a forma que as mulheres vivem a dor no parto.

As respostas à dor no parto mais verbalizadas e valorizadas pelas mulheres são as psicoemocionais como raiva, tensão, preocupação, agitação, nervosismo e medo. Se a dor no parto for considerada como um sentimento não poderá ser reduzida a biologia do corpo.

As mulheres associam a dor no parto com o tempo de permanência no hospital. Parece que o tempo das mulheres em trabalho de parto é diferente do tempo cronológico e a permanência na instituição aumenta a probabilidade do uso de tecnologias invasiva que aumenta a dor.

As mulheres vivenciam a dor no parto de forma submissa, praticam as condutas ensinadas pelo modelo medicalizado ou enfrentam instintivamente a dor no parto. As parturientes associam a finalização do trabalho de parto ao alívio da dor, e como não é oferecida pelos profissionais a analgesia e a cesariana elas seguem os conselhos institucionais

e praticam o puxo voluntário, a respiração controlada ou simplesmente aceitam a condição passivamente. Em algum momento elas se desligam do ambiente que as cercam e buscam em Deus, em si própria, no bebê e na família motivos para enfrentar a dor no parto. Neste contexto, a mulher age de forma instintiva, muda de posição, grita, chora, pede ajuda. Ela usa um conjunto de estratégias perante a dor no parto.

A mulher não atribui à dor no parto um significado único e imutável. A assistência prestada às parturientes, baseada no modelo médico, ensinou que a dor no parto é inútil e as mulheres e os profissionais aprenderam bem essa lição. Entretanto, as mulheres carregam dentro de si suas características de heroínas e de redentoras, reflexo de outros tempos. Por isso, a dor no parto pode ser significada de várias formas por diferentes mulheres ou ainda pela mesma mulher num mesmo trabalho de parto. Fato é que os sentimentos da mulher em trabalho de parto são simplesmente ignorados pelos profissionais que a assistem neste momento. Ninguém se preocupa, por exemplo, com a sua religiosidade, com a sua sexualidade ou com sua necessidade de acolhimento. O grito da mulher é entendido como mau comportamento e falta de colaboração. E já que não há condições de realizar a analgesia como rotina, um soro com ocitocina exógena é imediatamente instalado para terminar com o incômodo causado pela parturiente aos profissionais e para terminar com o seu sofrimento, para doer de uma vez só!

Essa é a dor no parto, uma dor construída ora para a mulher purgar os seus pecados e os pecados da humanidade. Ora para ela demonstrar o seu poder. Ora para ela se sentir incapaz, submissa e fraca e solicitar e/ou aceitar intervenções invasivas no seu corpo.

A enfermagem obstétrica, inserida no contexto hospitalar, cuida da dor no parto mais do que da mulher em trabalho de parto. A enfermeira aborda a mulher depois de esta ter sido admitida pelo médico que normalmente já prescrevera a manutenção de um acesso venoso com ocitocina exógena. É muito comum a enfermeira atuar como uma espécie de “advogada” da parturiente, quando, por exemplo, posterga a instalação do soro ou a informa sobre o seu direito de ter um acompanhante. A enfermeira assume também um papel de “solidariedade” com a parturiente, quando, por exemplo, a convida para um banho de aspersão relaxante após a ruptura artificial e precoce da bolsa amniótica. Outro papel bastante comum é o de “educadora”. A enfermeira estimula e ensina à mulher que ela pode movimentar-se, ela pode ingerir algum alimento e ela pode gritar também e que não tem nada de errado nisso. Essas práticas causam espanto na própria mulher e nos acompanhantes, impregnados da cultura tecnocrata.

Essa forma de atuação da enfermeira pode causar grande desconforto com relação à equipe multiprofissional, também impregnada do modelo tecnocrata. Penso que o principal papel da enfermagem obstétrica é respeitar e valorizar os significados atribuídos pela mulher à sua dor no trabalho de parto e parto e fazê-la participante deste processo. Acredito que a dor “do” parto é real. Acredito que essa sensação é necessária para alertar a mulher sobre a chegada do seu filho e sobre as mudanças que ocorreram no seu corpo em pouco

tempo. Essa dor é suportável e superável, não causa qualquer prejuízo para as mulheres e não pode ser cuidada ou tratada.

Os significados atribuídos à dor no parto influenciam a vivência deste processo. Por isso as mulheres podem sentir a dor no parto com total submissão a um sintoma que é insuportável e insuperável, passando pelo medo e tensão e alcançando uma vivência satisfatória e tranqüila. Vivenciar a dor no processo de parturição pode representar um sentimento, relacionado ao sofrimento ou gozo, dependendo do valor que a mulher atribui a este estado. Acredito que os cuidados de enfermagem obstétrica neste contexto são aqueles voltados para o acolhimento e escuta da mulher.

O modo pelo qual as mulheres vivenciam as estratégias de enfrentamento da dor é influenciado pelo significado que elas atribuem à dor no parto. Quando a mulher significa a dor no parto como sendo uma dor inútil e não lhe oferecem meios de abolição para esta dor como analgesias e cesariana elas assumem uma postura medicalizada para enfrentamento desta dor. Da mesma forma que foi ensinado a ela que a dor no parto é inútil, foi ensinado também que ela precisa se comportar e fazer muita força para que essa dor acabe logo com o nascimento do bebê. Se o hospital não dá conta de saciar a dor no parto ou se a mulher assume o seu trabalho de parto ela passa a usar estratégias instintivas para enfrentar a dor no parto e comporta-se de maneira oposta àquela que foi preconizada pela instituição. É comum verificar que esse tipo de comportamento não é aceito pela equipe multiprofissional que surpreendentemente às vezes atribui a ele um fator de risco à saúde materna e fetal! Constituindo-se uma violência institucional. Desrespeito a individualidade e aos direitos da mulher.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. São Paulo: Mestre Jou; 1970.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; et al. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. Rio de Janeiro: Rev. enfermagem UERJ, 2004; 12(3): 292-98. Disponível em World Wide Web <<http://www.bireme.br>. Acesso em 02 de Jul de 2006.

AMORIM, Carmila; et al. O Trabalho de Parto e o Ambiente: Percepção da Dor Pela Mulher. 2003.(Monografia de enfermagem obstétrica) – Faculdade de Enfermagem/UERJ, Rio de Janeiro.

BARBOSA, Gisele Peixoto; et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública, 2003. Disponível em World Wide Web <<http://www.scielo.br>. Acesso em 11 de set de 2005.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70/M. Fontes, 1979.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. São Paulo: Ave Maria, 1997.

BRANDER, Pennie S. Enfermagem materno-infantil. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editors, 2000.

BRASIL, Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 01 Dez. 2007.

_____, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à

mulher. Brasília, 2001. 199 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Medidas de Incentivo ao Parto normal. Promoção da Saúde: Saúde da Mulher Brasileira, Brasília, Ano 3, n. 6, p. 54-56, out. 2002.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; et al. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. São Paulo: REEUSP, 2007. Disponível em <http://www.ee.usp.br/>. Acesso em 08 de nov de 2007.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem. 4. ed. Coimbra. Ledil, 1999.

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. 2. ed. Atheneu: 1997.

DELAMARE, Garnier. Dicionário de termos técnicos de medicina. 20. ed. São Paulo: Andrei; 1984.

DIAS, Maria Djair. A mulher e o parto: respostas frente à dor. João Pessoa. 1996. 85 p. Disponível em World Wide Web <<http://www.bireme.br>. Acesso em 02 de Jul de 2006.

DINIZ, Carmem Simone Dias. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. (Tese de doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.

DUARTE, Ana Cris. Amigas do Parto [homepage na internet]. Acesso em 04 de maio de 2003. Elementos e recursos. Disponível em World Wide Web <<http://www.amigasdoparto.hpg.com.br>.

EHC, Liu; ATH, Sia. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentrations epidural infusions or opioid analgesia: systematic review. 2004. Disponível em <http://bmj.com>. Acesso em 06 de maio de 2006.

ENKIN, Murray; et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAUSTO-STERLING, Anne. Desafios da equidade – Dualismos em duelo. Cadernos pagu (17/18) 2001/02: p.9-79.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. Novo dicionário aurélio da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1986.

FILHO, Naomar de Almeida; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Introdução à epidemiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FOGUEL, Elaine Starosta. Algumas considerações sobre psicanálise e dor. Obtida em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/5.95.1.htm>. Acesso em 27 de out de 2007. GROSSI, Miriam Pillar. Masculinidades: uma revisão teórica. Santa Catarina. 1995. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/antropos/75.%20grossi.pdf>. Acesso em 24 de out de 2007.

GUIOMAR, Carla. Doulas de Portugal [homepage na internet].Portugal. Acesso em: 27 de outubro de 2007. Parto e dor, ontem e hoje. Dezembro, 2005. Disponível em: <http://doulasdeportugal.blogspot.com>.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de fisiologia médica. 10. ed. Guanabara Koogan, 2002.

GURGEL, Almerinda Holanda et al. Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes. Bahia: Rev. baiana enfermagem; 10(1/2):95-105, abr.-out. 1997. Disponível em World Wide Web <<http://www.bireme.br>. Acesso em 02 de Julho de 2006.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, Set./Out. 2002. Disponível em World Wide Web <<http://www.scielo.br>. Acesso em 11 de setembro de 2005.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INDICADORES de saúde. Disponível em World Wide Web <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 01 de set de 2006.

JACKSON, Deborah. Ser Mãe: uma experiência sem fronteiras: conselhos da sabedoria tradicional para a gestação, o parto e os cuidados com o bebê. São Paulo: Publifolha, 2006.

JAKOBI, Heinz Roland. Dr. Heinz Roland Jakobi [homepage na internet]. “Parto sem Dor”

Utopia ou Realidade? Disponível em World Wide Web <<http://www.jakobi.com.br>. Acesso em 04 de maio de 2003.

JOÃO PAULO II. A Santa Sé [homepage na internet]. Vaticano: Igreja Católica Apostólica Romana. Acesso em 22 de out de 2007. Salvifici Doloris: Carta Apostólica de 11 de fevereiro de 1984. Disponível em <http://www.vatican.va>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MACEDO, Priscila de Oliveira; et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. Rev. enfermagem UERJ. 2005; 13(3): 306-12.

MAGANHA, Carlos. Entrevista concedida ao Jornal Nacional. São Paulo, 28 de abril de 2006.

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Mauro Parra C. et al. Evaluación Gráfica del Partograma en Primigestas com Manejo del Trabajo de Parto. Chile: Rev Chil Obstet Ginecol, 2005; 70(1): 8-11. Disponível em <http://scielo.br>. Acesso em 06 de maio de 2006.

MEDINA, Edymara Tatagiba. Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto: um estudo exploratório. Rio de Janeiro; sn; Fevereiro 2003. <http://www.bireme.br>, acesso em 08 de novembro de 2007.

MEIRA, Adailton Salvatore. Entrevista concedida ao Jornal Hoje. Rio de Janeiro, 05 de maio de 2006.

McCALLUM, Cecília; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e supererando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2006. 1483-91. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 22 de outubro de 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social- teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOSBY: dicionário de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Roca; 2001.

MORAES, Eleonora de. Peregrino das letras [homepage na internet]. São Paulo: Jperegrino Comunicação Visual LTDA; Acesso em 17 de outubro de 2007. A saga de Eva e o nascimento humano: fevereiro 2005. Disponível em http://www.jperegrino.com.br/Psicologia/a_saga_de_eva_e_o_nascimento_humano.htm.

NEME, Bussâmara. Obstetrícia Básica. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000. ODENT, Michel. A cientificação do amor. 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.

_____. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996. 53 p.

PIERON, Henri. Dicionário de psicologia. 5. ed. Porto Alegre: Globo; 1977.

POLIT, Denise F, HUNGLER, Bernadette P Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PROGIANTI, Jane Márcia . Parteiras, Médicos e Enfermeiras: A Disputada Arte de Partejar: Rio de Janeiro – 1934/1951. 2001. (Tese de Doutorado) - UFRJ/EEAN. Rio de Janeiro.

_____; BARREIRA, Ieda de Alencar. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. R. Enferm. UERJ. 2001; 9 (1): p. 91-7.

_____; LOPES, Alessandra Silva; GOMES, Raquel Cristina Pitão. A participação da Enfermeira no processo de desmedicalização. R. Enferm UERJ. 2003; 11:273-7.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo, 2002. 40p.

REZENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia Fundamental. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIOS, Rebeca de Los; GÓMES, Elsa. A mulher face à saúde e ao desenvolvimento – um enfoque alternativo. Organização Panamericana da Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. Representação do Brasil. Brasília, 1993.

ROHDEN, Fabíola. Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

RUAS, Joana. Revista de cultura agulha [homepage na internet]. Fortaleza, São Paulo. Acesso em 7 de outubro 2007. Rainer Maria Rilke: amar a uma só voz. Set/out de 2007. Disponível em: www.revista.agulha.nom.br.

RYCROFT, Charles. Dicionário crítico de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

SAITO, Emilia. Da obtenção de informação ao esquecimento: a vivência da dor de parto em um Hospital-Escola. São Paulo; s.n; 2000. 171p. Disponível em World Wide Web <<http://www.bireme.br>. Acesso em 02 de Julho de 2006.

SANTOS, Nara Moreira dos; FERNANDES, Joana A. Parto humanizado no SUS: uma reflexão sobre direitos reprodutivos em Goiânia. Disponível em http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/mulher_ciencia/redacoes_2006/G_Santos_G0.pdf. Acesso em 17 de novembro de 2007.

_____ ; GUALDA, Dulce Maria Rosa. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. Revista Técnico-científica de enfermagem. 2003; 1 (1): 31-6.

SIMÕES, Sonia Mara Faria; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Vivência de parturientes: observação da enfermagem. Rev. bras. enfermagem; 50(4):507-16, out-dez. 1997. Disponível em World Wide Web <<http://www.bireme.br>. Acesso em 02 de Julho de 2006.

_____, O ser parturiente: um enfoque vivencial. Niterói: EdUFF, 1998.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

SOUZA, Elvira de Felice. Manual de Enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.

TEDESCO, Ricardo Porto et al. Primigravid expectations about the delivery method and the causal factors for their choice. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Nov/Dec. 2004, 26 (10): 791-8. Disponível em World Wide Web <<http://www.scielo.br>. Acesso em 11 de setembro de 2005.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Gaia_%28mitologia%29&oldid=7712093>. Acesso em: 22 de Outubro de 2007.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hoplita&oldid=8064093>. Acesso em 26 Out 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A Medicalização do Corpo Feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ZVEITER, Marcele. PROGIANTI, Jane Márcia. VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. Revista de psicanálise. 2005; Ano XVIII, n. 182.

ANEXO A

ANEXO B

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)